



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

### **Commissions parlementaires**

---

---

Commission permanente des affaires sociales

Étude des crédits du ministère de la Santé  
et des Services sociaux (3) et de la Régie  
de l'assurance-maladie du Québec

Le jeudi 29 avril 1993 - No 42

**Président : M. Jean-Pierre Saintonge**

---

**QUÉBEC**

## Débats de l'Assemblée nationale

### Table des matières

Discussion générale	
Réduction des crédits	CAS-2085
Mobilité des ressources humaines	CAS-2093
Régie de l'assurance-maladie du Québec	CAS-2095
Médecins en trop au Québec	CAS-2095
Entente-cadre avec les médecins	CAS-2096
Répartition régionale des médecins	CAS-2097
Réduction des dépenses du système de santé	CAS-2108
Contrat sans appel d'offres à la firme Biovac	CAS-2112
Ministère de la Santé et des Services sociaux	CAS-2116
Services des centres hospitaliers	CAS-2116
Projet de déménagement du département d'ophtalmologie du CHUL	CAS-2117
Rénovation du centre hospitalier de Granby	CAS-2124
Documents déposés	CAS-2125
Désignation des centres hospitaliers universitaires	CAS-2126
Hôtel-Dieu de Montréal	CAS-2128
Distribution du lait maternisé dans les hôpitaux	CAS-2129
Service de buanderie de la région de Montréal	CAS-2131
Situation à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc	CAS-2133
Urgences-santé	CAS-2135
Prix des médicaments	CAS-2139
Urgences-santé (suite)	CAS-2142
Adoption des crédits de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et du ministère	CAS-2143
Conclusions	
M. Marc-Yvan Côté	CAS-2143

### Autres intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Paul Philibert, président suppléant

M. Henri Paradis, président suppléant

M. Rémy Trudel

M. Jean Garon

M. Roger Paré

Mme Denise Carrier-Perreault

\* M. Réjean Cantin, Régie de l'assurance-maladie du Québec

\* M. Maurice Charlebois, ministère de la Santé et des Services sociaux

\* M. Conrad Dubuc, idem

\* Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 325 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires  
115 \$ par année pour les débats de la Chambre - Index: 10 \$  
Prix de vente à l'unité variable selon le nombre de pages  
La transcription des débats des commissions parlementaires  
est aussi disponible sur microfiches au coût annuel de 105 \$  
La TPS et la TVQ s'ajoutent aux prix indiqués

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:

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

tél. 418-643-2754  
télécopieur: 418-528-0381

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

Le jeudi 29 avril 1993

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

(Neuf heures quatorze minutes)

**Le Président (M. Joly):** Bonjour. Il me fait plaisir de vous accueillir à cette commission. La commission des affaires sociales est réunie afin d'étudier les crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'année financière 1993-1994.

Mme la secrétaire, avons-nous des remplacements?

La Secrétaire: Non, M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Je vous remercie beaucoup. Donc, j'appelle le programme 1, Services des centres locaux de services communautaires. M. le député.

**M. Trudel:** M. le Président, je poserais quelques questions générales sur la présentation des crédits, tel que je l'avais dit hier soir en quittant, et, après ça, nous irions au programme de la RAMQ.

**Le Président (M. Joly):** Je n'ai aucune objection, M. le député; la parole est à vous, je vous reconnais. M. le ministre, je pense que vous vous voulez ajouter quelque chose.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, je pense qu'on va faire comme on a fait les années passées, si vous permettez.

**Le Président (M. Joly):** Un libre échange.

**M. Côté (Charlesbourg):** Une libre discussion sur à peu près tout, et on adoptera les crédits à la fin, sans nécessairement avoir des programmes particuliers. La seule chose que je souhaiterais, c'est avoir un petit peu l'ordre dans lequel les gens devront se présenter, parce que, si on leur fait perdre une journée alors qu'ils vont être interrogés, ou ils vont supporter le ministre dans les réponses pendant une demi-heure, c'est une demi-journée d'inefficacité...

**M. Trudel:** Pas l'inefficacité totale.

**M. Côté (Charlesbourg):** Comment?

**M. Trudel:** Pas l'inefficacité totale...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non.

**M. Trudel:** ...que vous voulez dire.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, c'est parce que quelqu'un...

**M. Trudel:** Vous parlez du moment où ils attendent, pas là où ils répondent.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est parce que quelqu'un qui aurait dit «inefficacité totale» aurait été tordu.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** Mais je pense que vous avez fait des contorsions quelques fois. Général, RAMQ, ensuite, on fera dans l'ordre des programmes...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** ...qui suivent, en descendant dans la présentation des crédits. Bon, alors, M. le Président...

**Le Président (M. Joly):** M. le député, je vous reconnais.

### Discussion générale

#### Réduction des crédits

**M. Trudel:** Merci. Bon. Dans la présentation générale — je répète un petit peu la question d'hier soir, à 17 h 58 — des renseignements supplémentaires, aux pages 186 et 187 du ministère, ce qui est annoncé, c'est 50 000 000 \$ de réduction des crédits. Ensuite, on passe à la partie II, où on dit que la colonne compression, à 140 000 000 \$... Évidemment, il va y avoir l'autre colonne, 1991, sur les augmentations, mais c'est à la page 187 qu'on dit: «Il s'agit de la non-indexation des dépenses autres que salariales du réseau de la santé et des services sociaux et la non-indexation salariale de juillet 1993 de l'ensemble des employés du réseau et du ministère qui représentent des économies respectives de 33,1 M\$ et de 136,6 M\$.» Donc, on est, grosso modo, dans les 170 000 000 \$. Et, le paragraphe ou la phrase qui précède, c'est: «...ces mesures n'interviennent pas dans la variation de crédits.»

Alors, on réduit, puisqu'on n'indexe pas. Je veux dire que les établissements vont avoir à rencontrer ces dépenses. Donc, la compression, c'est 140 000 000 \$ plus 136 000 000 \$ plus 33 000 000 \$.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, on peut avoir un point de vue différent, et je pense que c'est normal un peu, mais, lorsqu'on dit qu'on n'indexe pas, on n'a donc pas à débours ces sommes-là. C'est une

indexation qui aurait été prévue. Et l'ensemble des mesures sur le plan de la rémunération, quand on parle de 136 000 000\$ qu'on n'a pas à verser... Donc, au niveau des salaires, on ne verse pas. On peut toujours, sur le plan comptable, dire qu'il faut que tout ça s'additionne pour être capable de faire un beau gros chiffre mais, comme on ne verse pas, on dit qu'il y a donc des économies de ce montant-là. Mais on ne le verse pas. C'est des économies de papier.

**M. Trudel:** O.K. Mais, est-ce que vous convenez que, en particulier sur la non-indexation des autres...

**M. Côté (Charlesbourg):** C'en est un, ça...

**M. Trudel:** ...sur les biens et services, là...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** ...juste une seconde, là...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui.

**M. Trudel:** ...que, ça...

**M. Côté (Charlesbourg):** La non-indexation des autres dépenses.

**M. Trudel:** Oui, des autres dépenses, ce qui fait 33 000 000\$?

**M. Côté (Charlesbourg):** Environ 32 000 000 \$.

**M. Trudel:** Quelque 32 000 000 \$, ça, les établissements vont devoir aller le chercher dans ce que nous pourrions appeler le vieux gagné ou la subvention, enfin, résiduelle — je ne veux pas exagérer, là — dans la subvention qui est accordée?

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça, c'est clair que ça a un impact sur le budget des établissements. Bon, il faut se le dire très clairement, si vous avez à acheter des biens — quand on parle des autres dépenses qui ne sont pas indexées — ça ne veut pas dire que, parce que le gouvernement a décidé de ne pas indexer les sommes d'argent qui sont nécessaires à cet item, les prix n'ont pas augmenté, eux. Donc, au réel, vous allez acheter du matériel cette année, qui va vous coûter l'indexation de plus que l'an dernier — on peut supposer, là — et qui, en coûts réels à l'établissement, va être là. Et, ça, c'est clair. Là-dessus, il n'y a pas d'équivoque. Sur l'autre, c'est évident...

**M. Trudel:** O.K.

**M. Côté (Charlesbourg):** Sur l'autre, c'est évident que ça n'a pas d'impact sur le plan budgétaire des établissements, parce qu'il n'est pas versé, donc...

**M. Trudel:** Alors, quand on additionnera quelque

part les efforts que devront réaliser les établissements au bout de la ligne, et donc l'effet sur la population en termes de services, il faudra additionner cela. Il faudra probablement aussi additionner à ces 32 000 000 \$ de non-indexation des autres dépenses, deux choses. Un rappel. L'an passé on n'a pas indexé non plus les autres dépenses. Il y en avait...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui et...

**M. Trudel:** ...à partir du 9 mai?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, c'est à partir du budget lui-même, en totalité de l'année financière, et je pousserai mon honnêteté encore plus loin en vous disant que l'année précédente il n'y avait pas eu d'indexation totale non plus. Donc...  
(9 h 20)

**M. Trudel:** C'est ça, troisième année.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Je pense qu'à un moment donné il va falloir que les gens reconnaissent les efforts qui ont été faits aussi sur le plan du réseau de la santé et des services sociaux au niveau des équilibres sur le plan gouvernemental. On est donc dans la troisième année. La première année, c'était, si ma mémoire est fidèle, -1 %.

**M. Trudel:** -1 %, oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors que, l'an dernier, il n'y a pas eu d'indexation du tout et, cette année, pas d'indexation non plus.

**M. Trudel:** C'est qu'on se réveillera, au bout de 3 ans, avec une compression, dans le système, de l'ordre de 100 000 000 \$.

**M. Côté (Charlesbourg):** Pas nécessairement. Non, non, je n'irais pas jusque-là. Si c'est environ 32 000 000 \$ cette année...

**M. Trudel:** L'an passé, 37 000 000 \$.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...on peut estimer...

**M. Trudel:** 37 000 000 \$, l'an passé?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, on va y revenir.

**M. Trudel:** Et, plus que cela, vos 32 000 000 \$, ils sont calculés, évidemment, sur l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de 1992 pour ce qui est de l'estimation des crédits 1993 et de la non-indexation. Mais, en matière de services de santé... En tout cas, j'ai cherché un certain nombre d'évaluations sur le coût de vie, l'indexation ou l'augmentation du coût des produits dans les services de santé, et on n'est pas dans l'ordre de 2,5 % ou de 2,6 %, on est plutôt dans l'ordre de 4,5 % jusqu'à 4,9 %. Ça veut dire que, oui, il y a

100 000 000 \$ que l'on calcule sur 3 ans, qu'on n'a pas donnés aux établissements pour être capable de rencontrer la demande; il faut aussi dire que les biens et les services qu'ils ont achetés, ces établissements-là, ils les ont payés, en moyenne — en tout cas, prenons 4,5 % comme élément de référence — plus cher. Donc on vient d'affronter une espèce de réduction des services, au bout de la ligne, de l'ordre de 150 000 000 \$ à 200 000 000 \$. Vous en convenez?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non. D'abord, je pense qu'il faut mettre les choses au clair, et c'est un petit peu pour ça qu'on est là. Ça fait 3 ans que cette mesure-là est appliquée: 1991-1992, -1 %; 1992-1993, on a dit une non-indexation qui représentait 37 000 000 \$; pour 1991-1992 et 1992-1993, qu'est-ce qu'on a fait? Ces sommes-là n'ont pas servi à maintenir les équilibres du gouvernement. Ces sommes-là ont servi... En particulier les 37 000 000 \$ de l'an dernier, ils ont été réinjectés dans le système de santé et de services sociaux, dans du développement. Donc, ce n'est pas un gain net pour les équilibres financiers du gouvernement pour ces 2 années-là; alors **que**, cette année, 1993-1994, les 32 600 000 \$, si on se comprend bien, ne sont pas réinjectés dans d'autres mesures. Donc, pour le réseau lui-même, la perte est plus lourde cette année, et les conséquences sont plus importantes cette année que les années antérieures.

**M. Trudel:** Je reviendrai sur ces réinjections. On va les qualifier tout de suite, ces réinjections «taguées».

**M. Côté (Charlesbourg):** «Taguées», oui, **oui**, oui. Là, il y a comme le coût du système de santé, là.

**M. Trudel:** **Oui.**

**M. Côté (Charlesbourg):** **Oui.**

**M. Trudel:** Deuxième question, à la page 186, 25 900 000 \$ de mesures diverses, de coupures.

**M. Côté (Charlesbourg):** **Oui.**

**M. Trudel:** Est-ce qu'on peut avoir le détail du «diverses»?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, parce que c'est une série de choses qui ne sont pas encore **arrêtées**. On est dans un ordre budgétaire qui est celui-là. Ça devra donner ce rendement-là, mais on pense à un certain nombre de choses sur le plan des mesures spécifiques. Et je n'hésiterais pas à vous en donner deux, à ce moment-ci, que nous examinons de très près.

**M. Trudel:** Ha, ha, ha! Vous n'hésitez pas, mais vous regardez alentour.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Non, non, je n'ai pas de... Par exemple, au niveau des repas, pas des

repas de ceux qui sont hébergés mais les repas de ceux qui mangent dans les cafétérias des hôpitaux, et des stationnements aussi. C'est 2 mesures, 2 parmi une série de mesures. Je ne vous dis pas que nous tentons d'aller chercher les 25 000 000 \$ uniquement par ces 2 mesures. Il y en aura d'autres, mais c'est 2 exemples que je vous donne. Et, ça, ça n'affecte pas le service à la clientèle, mais il est peut-être juste et normal aujourd'hui qu'on se rapproche du coût réel d'un repas, y compris pour tout le monde.

On l'a déjà fait l'an dernier, pour les résidents, dans notre négociation avec eux. Et, au niveau du stationnement, ce n'est pas au système public de payer les coûts reliés au stationnement pour les gens qui travaillent. Dans l'entreprise privée, les gens paient leur stationnement, puis il faut que ça soit la même chose au niveau du réseau.

**M. Trudel:** Vous ne pensez pas aux frais d'hôtellerie pour les usagers, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, non. Pas du tout! Si c'était ça, je vous le dirais...

**M. Trudel:** **O.K.**

**M. Côté (Charlesbourg):** ...compte tenu de notre discussion d'hier.

**M. Trudel:** Mais, l'objectif, c'est 26 000 000 \$ à aller chercher dans le système, quelque part, en mesures diverses.

**M. Côté (Charlesbourg):** 25 900 000 \$.

**M. Trudel:** 25 900 000 \$ à aller chercher dans le système, quelque part, à la fin de l'année. Alors...

**M. Côté (Charlesbourg):** En vous donnant deux pistes que nous explorons actuellement.

**M. Trudel:** Que tout le monde se le tienne pour dit. Il s'en vient d'autres mesures encore.

Un autre élément d'information, donc, au niveau des masses salariales. Alors, la proposition Johnson. Donc, le réseau de la santé et des services sociaux, 69 300 000 \$ représentant une économie de 1 % dans la rémunération globale, découlant des gains de productivité. Comment fait-on ça, des gains de productivité, dans la santé et les services sociaux? Je dirais tout de suite, au départ, compte tenu de vos remarques, par exemple, que vous avez déjà faites sur... On ne peut pas en demander plus aux infirmiers et infirmières.

**M. Côté (Charlesbourg):** On parlait des urgences.

**M. Trudel:** La réponse était générale, si je me souviens bien. Votre réaction était en «scrum» non pas après vos annonces d'urgence. Elles étaient aux...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Je peux vous dire une chose, c'est que...

**M. Trudel:** Ils vous écoutent, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...règle générale, il s'agit de fréquenter des hôpitaux pour s'apercevoir que le personnel infirmier a une charge assez lourde. C'est encore plus évident dans les urgences. Pour ceux qui fréquentent à l'occasion les urgences, autrement que dans la salle d'attente pour un petit bobo mineur, lorsqu'on voit des gens, à l'intérieur des salles d'urgence, travailler et s'affairer à procurer un peu de soulagement à ceux qui sont à l'urgence, c'est un travail assez extraordinaire, y compris du corps médical. C'est peut-être ce qu'il y a de plus dur au niveau des centres hospitaliers.

Ce principe-là, il est bon. C'est un bon principe, quoi qu'en disent les syndicats. Parce qu'on est dans un système où les syndicats vont continuer de défendre une négociation centralisée — et ils ont tout intérêt à continuer de défendre ce qui les fait vivre — alors qu'on est dans un principe de décentralisation. Et vous ne serez pas surpris parce que, dans la réforme, dans le document du 7 décembre 1990, on évoquait cette possibilité de retourner au local un certain nombre de choses qui permettraient, sur le plan de la négociation, d'avoir une meilleure organisation. On se disait, puis on prenait l'exemple: Ce n'est pas vrai qu'à Saint-Anne-des-Monts, au centre hospitalier, il doit y avoir la même structure, d'après nous, qu'à Notre-Dame, à Montréal. Laissons donc un peu d'oxygène au niveau local pour être capable d'aménager un certain nombre de choses qui peuvent apporter des résultats sur le plan administratif. À l'époque, quand on disait ça, on disait: C'est pour se donner de l'oxygène, non pas uniquement dans les négociations mais de l'oxygène budgétaire au niveau d'un établissement, pour des services encore plus adaptés ou mieux adaptés aux problématiques de chacune des régions.

Cette idée-là a été reprise sur le plan provincial, en disant: Bon, compte tenu du contexte budgétaire difficile, est-ce qu'on n'a pas intérêt à lancer cette idée-là et à inviter les gens qui oeuvrent quotidiennement puis qui viennent nous dire: Vous savez — puis les gens sont très sincères quand on les rencontre puis quand on fait des visites — M. Côté, nous autres, on est surchargés? On a une tâche complète, puis c'est très difficile. Puis, finalement, il faut vivre à l'intérieur de tout ça pour s'en apercevoir. Mais, dans l'administration, vous savez, M. Côté, il y a de la place pas mal; il y a pas mal de place, on est pas mal de cadres, il y a pas mal ci, il y a pas mal ça. Lorsqu'on est arrivé avec cette mesure-là — c'est une mesure qui est, d'après moi, raisonnable — on a dit: Vous êtes les mieux placés au niveau local pour être capables de le livrer, et, au-delà de ce dont on a besoin pour les équilibres financiers, on le partagera. Donc, c'était une incitation à le faire, à concourir, donc, à identifier des pistes. Ça ne veut pas dire couper un poste d'infirmière à l'urgence, là où c'est des soins qui sont essentiels, mais en travaillant ensem-

ble, dites-nous les pistes où on peut sauver des sous. Et, dans la mesure où l'atteinte se fait par établissement, vous avez cette reconnaissance qu'a évoquée mon collègue Johnson sur le plan stratégique, et votre budget sur le plan local vous permettra, pour l'année 1994-1995, d'avoir 2 % que vous pouvez partager.  
(9 h 30)

C'est donc, ça, intéressant, mais ce n'est pas dans tous les secteurs qu'on peut le faire. Il est clair que, suite à ma déclaration au niveau des infirmières, par exemple, les travailleurs sociaux dans les CPEJ, m'ont dit: M. Côté, est-ce que vous pensez qu'avec 27 cas qui se sont, au fil des années, alourdis, on peut être capable de faire des économies à ce niveau-là? Il est clair qu'en prenant des situations isolées, on peut le dire. Je vous dirais **peut-être**, par exemple, sur le plan administratif: **Peut-être** que, si on regardait dans tous les établissements du Québec, au niveau des communications il y aurait **peut-être** de l'espace, un peu; il y a **peut-être** un petit peu d'espace budgétaire qui nous permettrait de régler un certain nombre de choses. Mais, à partir de ça, il faut que les gens s'associent dans une démarche comme celle-là pour être capable de le livrer. On n'a pas dit: Il faut absolument aller le chercher sur... Vous soignez, ou vous rencontrez aujourd'hui, dans votre journée, 20 malades; vous allez être obligé d'en rencontrer 25 pour avoir une plus grande productivité. C'était ça, le message.

Au niveau des infirmières, c'est difficile. Au niveau des travailleurs sociaux dans les CPEJ, il s'agit d'y aller pour savoir quelles pressions ces gens-là ont, et c'est une pression absolument épouvantable. Donc, au-delà de ça, sur le plan administratif, il y a probablement de l'espace un petit peu, et c'est avec ça qu'il faut travailler.

**M. Trudel:** Mais, là, ce que vous nous dites, donc, c'est: L'application locale de conventions collectives provinciales doit faire l'objet d'aménagement local, sans avoir les pouvoirs parce qu'il n'y a pas de changement dans le régime de négociation provincial jusqu'à date. Ça veut dire que vous refiiez ça aux cadres des établissements en leur disant: Voulez-vous organiser ces mesures de productivité? C'est une question ou une affirmation qui se fait, ça. Ça peut se faire, sauf qu'on ne vous donne pas les moyens de le faire parce que, que je sache, il n'y a pas de changement dans le régime de négociation.

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon. Il y avait deux moyens. Ce n'est pas très, très compliqué, là. Le moyen le plus facile de régler cette histoire-là, c'était de dire: On coupe deux jours et demi de congé au niveau des employés, partout à travers le réseau, et la solution est livrée. C'est fait, c'est fini. Deux jours et demi de congé de maladie de moins; c'est fini, c'est réglé. Ça, c'est une décision centrale convenue avec les syndicats, et c'est réglé.

L'autre hypothèse était celle de dire: Sur le plan local, il y a donc, au niveau local, des situations que les

gens sont capables d'identifier, de travailler ensemble. On ne va pas dire aux cadres: Vous imposez tout ça. Il est clair que vous pouvez convenir dans un établissement qu'au niveau des soins infirmiers votre efficacité, votre productivité est telle que vous ne pouvez pas en demander en additionnel. Par contre, le service des communications de l'établissement, s'il y a 14 personnes... Pour un établissement du réseau de la santé, est-ce que l'objectif, c'est de dispenser des soins ou de dispenser des communications? C'est des soins. Il faut s'interroger. Et, lorsque vous vous promenez comme ça, les gens vous en disent à gauche et à droite, de ce genre de chose là.

Comme ça ne peut pas être une règle provinciale... Ce n'est pas possible. On ne peut pas dire: On a une règle provinciale, au-delà de ce que je vous ai dit tantôt, qui va s'appliquer partout. C'est donc spécifique à chacun des établissements, et les établissements peuvent le faire, le dire. Donc, à partir de ça, il y aurait des économies. Et, au-delà de ça, on pourrait aussi en partager au niveau des employés. Et, ça, c'est possible.

**M. Trudel:** Je veux être sûr d'avoir la bonne compréhension sur les compressions de tous ordres imposées au système salarial. Il y a donc la non-indexation et la proposition générale annoncée du 1er... Enfin, la prochaine étape, c'était...

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est le 1er juillet.

**M. Trudel:** ..le 1er juillet, et peut-être 1 % de forfaitaire l'an prochain s'il y a des gains. Dans le cas des établissements de santé, ce qui est dit ici, c'est qu'il y a 69 300 000 \$ de moins qui vont être renvoyés aux établissements, en disant: Faites des gains de productivité. C'est ça?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** Bon.

**M. Côté (Charlesbourg):** Pas seulement en santé.

**M. Trudel:** Et, s'ils ne le font pas, on va avoir une augmentation des fermetures de lits, on va avoir une diminution des services aux usagers, à la population? La problématique, vous la décriviez, au départ, en disant: Lorsque je rencontre un groupe, ils me disent: Ah, dans la cour d'à côté, c'est gras pas mal et c'est bien organisé. Et lorsque vous rencontrez le groupe b, ils disent: Dans le a, là, ça ne produit pas tellement fort. Je vais vous donner un truc, là-dessus, d'ailleurs...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, ce n'est pas ça que j'ai dit. Dans le même établissement — pas dans la cour du voisin, dans notre propre cour — il y a des dépenses qu'on considère exagérées, où il y a un peu de gras, hein. Je ne dis pas beaucoup de gras, parce que je pense qu'il faut quand même admettre qu'au fil des dernières années il y a eu une administration beaucoup

plus serrée. Au-delà des cas plus spectaculaires qui peuvent sortir sur la place publique — si vous avez cinq ou six cas par année qui sortent sur la place publique, sur 900 établissements — je pense qu'on a une très bonne moyenne, un très bon rendement. Mais les gens disent: Oui, effectivement, lorsqu'on regarde du côté administratif — c'est surtout ça qu'ils nous disent — du côté administratif, il y a des choses possibles là; dans d'autres domaines aussi, là, mais c'est le domaine qui revient le plus souvent.

Qu'est-ce qu'on a dit aux syndicats? D'abord, on leur a dit, la première chose: Au 1er avril, on verse le 1 %; au 1er avril, on verse le 1 %. Ça, c'est la première. Après ça, on a dit: On veut convenir avec vous, compte tenu de la situation financière, de ce qui suit: Le gel, y compris la récupération de 1 %, telle que vous l'avez évoquée tantôt, et qui implique plus ou moins 70 000 000 \$ au niveau du réseau de la santé et des services sociaux. La manière de convenir, c'est: On veut s'entendre pour que, sur le plan local, les gens puissent le faire. On a dit: Bon, parfait, on convient de ça, que, sur le plan local, les gens puissent le faire. Et, en échange de ce règlement de situation pour l'année 1993-1994, en 1994-1995 on s'engage à échanger avec vous sur des augmentations qui pourraient être versées sous forme forfaitaire aux employés et de partager l'excédent qu'on a voulu récupérer. C'est ça, le principe de base. Les syndicats sont revenus. Les syndicats nous disent plus ou moins non, un non plus ou moins ferme, et pas l'ombre d'un oui. Alors, c'est à peu près ça que ça veut dire, là.

**M. Trudel:** Non, mais, est-ce que... Il faut quand même ajouter... Donc, la commande aux établissements, c'est: il y a une diminution de 69 000 000 \$ dans la masse qu'on vous transfère pour rendre les services.

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans...

**M. Trudel:** Organisez-vous pour économiser, avoir des gains de productivité de cet ordre-là. Et, si l'administrateur n'y réussit pas, si les administrations locales n'y réussissent pas, bien, vous n'avez pas fait sauter votre principe de la nécessité de l'équilibre annuel.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, c'est clair.

**M. Trudel:** Il va falloir qu'ils fassent l'équilibre. Et je vais vous dire, ce dont j'ai peur...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** ...c'est qu'on se réveille, au bout de l'année, avec davantage de fermetures de lits, par exemple, dans le système hospitalier...

**M. Côté (Charlesbourg):** On...

**M. Trudel:** ...et que ce soit Bozo qui paie

encore, à l'autre bout, en termes de services, c'est-à-dire: allongement des listes d'attente, moins de lits disponibles. Et je ne dis pas que c'est la solution facile employée; je dis que c'est devenu une religion, cet équilibre-là, et la religion oblige à des périodes stratégiques, premièrement. Et, deuxièmement, on oublie la notion de période stratégique et on dit: Il faut que je balance pour 2 raisons — parce qu'un administrateur a toujours envie d'en avoir un petit peu plus, aussi. Il dit: Je veux mon 1 % de système, moi, là; je veux mon 1 % de coût de système à la fin de l'année...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, ça... Non, non, ce n'est plus vrai, ça.

**M. Trudel:** ...alors, je ferme des lits, et ce n'est personne qui souffre, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Il faut bien se comprendre. Le coût de système de 1 %, là, tu fais ce que tu veux avec; il n'existe plus. Ce n'est pas d'aujourd'hui, là. Ça fait 2 ans qu'on fait ça. Le coût de système, il est coloré, lui aussi. Donc, ce n'est plus l'atteinte à tout prix de l'équilibre, parce que je veux mon 1 %, ou mon 0,075 %, ou mon 0,05 %. Ça n'existe plus, ça. Je conviens avec vous... Dans le transfert des budgets aux établissements, il va y avoir cette ponction, parce que c'est la décision actuelle. Si on convient d'autre chose avec les syndicats, évidemment, il y aura le réajustement compte tenu de ce qu'on conviendra avec eux. Mais il est clair que, dans les budgets transférés aux établissements, cette ponction-là va être là, et que l'obligation pour l'établissement, à ce moment-ci, est de livrer ce 1 %.

(9 h 40)

Lorsqu'on pousse plus loin, vous exprimez une crainte, et ce n'est pas une crainte qui n'a pas raison d'être exprimée aujourd'hui. Il est clair qu'en termes de colonnes de chiffres, si, demain matin, pour un établissement, ça signifie, le 1 %, 200 000\$, on maintient toujours l'équilibre financier, on maintient l'équilibre financier sans fermeture de lits, parce que les fermetures de lits doivent être autorisées par le ministère. C'est clair. Alors, que vous ayez des inquiétudes, à ce moment-ci, que ça ait un impact sur la fermeture de lits, c'est une inquiétude que je comprends, que nous aurons, au niveau du ministère, à gérer, parce que les lits fermés doivent être autorisés par le ministère.

Est-ce que, pour autant, le fait de fermer des lits, on doit en arriver carrément à la conclusion que ça a un impact sur les services à la clientèle? Moi, je ne vais pas jusque-là, parce que les chiffres démontrent autre chose. Et, au-delà de tant de lits fermés par année, est-ce que ça signifie moins de services à la clientèle? Les chiffres des dernières années démontrent le contraire. Pour avoir des bonnes indications quant à l'impact des fermetures de lits, c'est: A-t-on admis en centre hospitalier au cours des dernières années, malgré certaines fermetures qui, à l'occasion, peuvent être occasionnées par des rénovations fonctionnelles, pour des périodes

saisonniers, pour les raisons qu'on connaît ou pour fins d'équilibre budgétaire... C'est des cas qui arrivent aussi.

**Est-ce** que ça veut dire qu'il y a moins de monde qui a circulé dans les hôpitaux du Québec? Non. Toutes les indications — je peux vous les transmettre — sur le plan des chiffres font une démonstration autre. Et quand on prend les principaux indicateurs et qu'on compare 1991-1992 par rapport à 1992-1993 — je vous dis, là, avec la réserve que, 1992-1993, c'est des estimés que nous avons; on pourra comparer les chiffres réels, mais on n'est pas très, très loin de la vérité — et qu'on prend les jours-présence de courte durée, au Québec, 1991-1992 par rapport à 1992-1993, il y avait 3 720 000 jours-présence de courte durée; il y a eu, en 1992-1993, 3 758 000, donc 38 000 jours-présence de plus, malgré la fermeture d'un certain nombre de lits.

Lorsqu'on parle d'admissions en courte durée, ce n'est pas la personne qui va à l'urgence parce qu'elle a un petit bobo et qu'on peut dire qu'il y a eu 4,5 % d'augmentation de fréquence des urgences; elle, elle peut s'en retourner chez elle. L'admission dans les lits, on est passé, en 1991-1992, de 348 000 admissions à 358 000. Il y a donc 10 000 personnes de plus, malgré les compressions qu'on a imposées, qui ont séjourné dans les lits au niveau du Québec. Et quand on parle des visites ambulatoires, c'est un indicateur aussi: on est passé de 4 420 000 personnes à 4 546 000 personnes.

Donc, c'est des indications qui nous permettent de dire, avec des taux d'occupation qui varient de 79,4 % en 1991-1992 à 81,1 %, que les gens n'ont pas été privés de services comparativement à l'an dernier, malgré les efforts qu'on a imposés au système. Le système s'ajuste lui-même. Et on en a déjà parlé à cette commission-ci, à la commission sur le financement du réseau: les séjours moyens étant moins longs, ça nous permet d'accueillir un plus grand nombre de personnes. Donc, il se développe des alternatives qui permettent aux gens d'avoir des services aussi. Et, ce qu'il faut comprendre, c'est qu'on a servi plus de monde avec des budgets semblables ou un peu diminués. Donc, on est dans une situation où les gens reçoivent quand même des services, et il n'y a pas de lien direct. Il pourrait finir par y en avoir si on était dans une situation où, tout ça, au fil des années, s'ajoutait, s'ajoutait, s'ajoutait, s'ajoutait. Mais, dans la situation actuelle, c'est une situation qui est gérée et qui permet aux gens d'avoir des services.

**M. Trudel:** J'allais dire: Je peux convenir des chiffres. Je ne peux pas convenir des chiffres, mais je les lis comme vous; les faits sont têtus; il faudrait toujours les comparer. Dix mille admissions de plus, par exemple... Et, ça, ça n'existe pas, à ce que je sache; c'est à l'évolution de la demande aussi, compte tenu du vieillissement de la population et de l'état de santé de la population. Bon. Il faudrait le comparer à cela, parce qu'on peut dire qu'il y a eu une plus grande réponse, là, mais, si l'augmentation de la demande ou de la nécessité était plus grande aussi, on n'aurait peut-être répondu qu'à une partie.

Ce que je veux rappeler, c'est ceci: On ajoute un autre montant de 69 000 000 \$ de compressions dans le système. Et, que ce soit bien clair, là, parce que, tantôt, vous disiez: Bien, là, ça dépend aussi, évidemment, de ce qui va être convenu par Johnson dans les négos, parce que ce n'est pas terminé tout à fait. **Y aura-t-il** des ajustements **là-dessus**? Je veux être clair. Il y a déjà 136 000 000 \$ de compressions, entre guillemets, de non-indexation du salarial. Ça, c'est 69 000 000 \$ supplémentaires. Je veux juste faire la remarque suivante...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, non.

**M. Trudel: Oui.**

**M. Côté (Charlesbourg):** Deux choses différentes. Deux choses totalement différentes.

**M. Trudel:** Bien, si...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, non. On va se comprendre. Moi, je suis prêt à admettre des choses, là. Je suis prêt à admettre des choses, mais je ne suis pas prêt à tout admettre non plus.

**M. Trudel:** Allez-y.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vous vois venir, là, gros comme un char d'assaut. Vous avez traîné votre additionneuse avec vous, et votre objectif, c'est d'arriver à la fin avec un total, un total qu'on soustrait et non pas un total qu'on additionne. C'est gros comme la lune.

**M. Trudel:** Je n'ai pas pris mon additionneuse.

**M. Côté (Charlesbourg):** Au moins vous dire que je vous ai vu venir, là.

**M. Trudel:** Je vais changer de bouton.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Les 136 000 000 \$ ne sont pas une compression, ça n'existe pas. Ça n'existe pas. O.K.?

**M. Trudel:** Correct.

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors, ne me dites-pas qu'il y a une **compression** là, ça n'existe pas. Bon. On a décidé qu'on n'indexait pas. Ce n'est pas une compression; on n'en a pas enlevé, ça n'existe pas.

Lorsqu'on parle du -1 %, là, c'est différent. Là, vous avez raison. Je l'admetts bien volontiers que, dans l'état actuel des choses, là, vous pouvez faire marcher votre additionneuse. Que, ça, ça fonctionne, ça, c'est vrai. Et, en bout de piste, le choix qui a été donné, c'est que dans la mesure où on pourrait convenir avec les centrales syndicales que la solution à ce problème... Parce que nous en convenons, et que c'est pas mal moins douloureux que ce qu'impose l'Ontario, en pas-

sant. Ce que nous demandons aux syndicats pourrait se traduire par deux jours et demi de congé de maladie non payés et, à ce moment-là, ça n'aurait pas d'impact au niveau des établissements quant aux services à donner à la population. Si nous ne convenons pas avec les syndicats que ça peut se faire, il est évident que les mesures qui pourraient être prises sur le plan local quant à la productivité, qui viendraient rencontrer ces sommes-là, peuvent — je dis bien «peuvent» — avoir un impact au niveau des services à la population, mais elles pourraient aussi, dans certains cas, ne pas en avoir si c'est des choix autres qui sont faits, par exemple, **sur** le plan administratif.

**M. Trudel:** Mais vous ne pouvez pas nier, au-delà des mots... Je la ferme, mon additionneuse, si vous ne voulez pas que je l'ouvre. Vous ne pouvez quand même pas nier que, pour les travailleurs et les travailleuses sur le terrain, il n'apparaîtra pas — je fais une périphrase, là — dans leurs poches 136 000 000 \$ pour affronter le coût de la vie. Point.

Deuxièmement, dans le milieu de travail dans lequel ils vont être, on va leur demander pour 70 000 000 \$, 69 300 000 \$ d'efforts supplémentaires **dans** le milieu de travail. Ce à quoi je veux tout simplement en arriver comme conclusion ici, c'est que le rendement ne peut pas toujours être le même quand, dans les établissements et au niveau des personnels, c'est la troisième année qu'on fait de la compression, quand c'est la troisième année qu'on arrive à réduire le fric disponible, soit pour les personnels, soit pour rendre les services. Et est-ce qu'on sera capable de rencontrer la gageure que vous avez mise dans le système au niveau des établissements après en avoir demandé autant à tout le monde, tant du côté des établissements que du côté des personnels? Ça commence à faire beaucoup, beaucoup, beaucoup là-dedans, compte tenu de la pression, de la demande sur le système de santé en particulier, et aussi les services sociaux; on y reviendra tantôt.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...

**M. Trudel:** Je ne l'appellerai pas «compression», d'abord.

**M. Côté (Charlesbourg):** Pardon?

**M. Trudel:** Je ne l'appellerai pas «compression»...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, ce n'en est pas une.

**M. Trudel:** ...je vais l'appeler, cependant, «réduction des moyens disponibles pour répondre à la demande de la population».

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Je veux bien qu'on se comprenne. Je ne partage pas votre point de

vue sur le gel. Ça, c'est clair. Le gel, c'est un gel, ce n'est pas une compression. Vous compressez ce qui existe. Ce qui n'existe pas, vous ne pouvez pas le compresser. C'est un gel. Lorsqu'on dit -1 %, lui, c'est une compression. C'est vrai, c'en est une. Évidemment, le choix qu'on a, c'est de faire comme ailleurs: carrément fermer les lits et que les emplois disparaissent en même temps. Ce qu'on a choisi, c'est de maintenir le niveau de l'emploi. C'est ça qu'on a choisi au niveau du secteur hospitalier.

(9 h 50)

Et c'est clair, disons-le carrément, que des nouvelles comme celle-là, ce n'est pas de nature à aider l'humeur. Bon. Je pense qu'on est tous comme ça, là, et c'est un peu humain que de réagir de cette manière-là. Les employés du réseau de la santé et des services sociaux, comme les autres, ont fait la démonstration au cours des dernières années — parce que ce n'est pas la première fois qu'on leur demande des sacrifices — qu'ils étaient capables d'absorber ces sacrifices tout en continuant de maintenir un très haut niveau de qualité de services dispensés à notre population. Ça va être encore vrai cette année. Bon. L'humeur, elle... C'est ce que je dis toujours au monde: Votre humeur, si vous avez de la mauvaise humeur à faire passer, faites la passer sur le dos des politiciens — c'est bien mieux comme ça — au lieu de la faire passer sur le dos des bénéficiaires. Et je pense que, ça, ils ont compris, ça, depuis des années, là. Vous y avez goûté, on en a payé une partie du prix, nous autres aussi, au référendum, bon, et ainsi de suite. Et, ça, c'est la normalité des choses. Il faut prendre des décisions et il faut vivre avec nos décisions. Et les gens sont suffisamment professionnels pour être capables de dispenser des services aux citoyens; ils l'ont prouvé au cours des dernières années.

Le choix, ça aurait **peut-être** été de dire: Bon, parfait, on ferme des lits. On ferme carrément les lits et, si tu fermes les lits, tu n'as besoin de personne. Ça aurait pu être un autre choix, mais ce n'est pas celui-là qu'on a fait. On a dit: On maintient l'emploi, on maintient la sécurité d'emploi, et, ce qu'on vous demande en réalité, c'est -1 %, pas sur le salaire, sur des avantages que vous avez. Et, en retour de cela, pour l'année 1994-1995 où on espère être dans une situation financière plus confortable, on reviendra avec un partage des économies qu'on aura faites, qui est à être négocié avec vous. Il me semble que c'est un «deal» qui est raisonnable dans les circonstances, compte tenu des finances publiques du Québec.

Et tous ces employés-là, à travers le Québec, ils ont des enfants. Ce qu'on ferait, autrement, c'est qu'on prendrait un autre montant de 70 000 000 \$ qu'on mettrait sur le déficit du Québec, qui serait payé dans 15, 20 ans par les enfants qu'on a, puis qui vont déjà en avoir suffisamment à payer. C'est un peu ça, cette responsabilité-là que nous avons. Et je vous dis que, de manière globale... Parce que, moi aussi, j'ai fait marcher... Hier soir — et je voudrais que le député m'écoute comme il faut — avec l'annonce de cette question à 18 h 12 ou 18 h 13 — parce qu'il faut se préparer de

temps en temps, nous autres aussi — j'ai fait marcher ma petite calculatrice pour additionner puis pour soustraire. J'ai dit: Qu'est-ce qui a été demandé comme efforts au réseau depuis quelques années, depuis notre arrivée au pouvoir? C'est bien évident qu'on est dans un système où l'Opposition veut devenir le pouvoir, et le pouvoir ne souhaite pas devenir l'Opposition... Bon. Et que c'est un système qui est normal, qui est parlementaire, qui est un système très démocratique. Qu'est-ce qu'on a fait, nous, comme gouvernement, depuis 1985, 1986? Parce qu'on ne fait pas juste enlever. Au moment où on a eu une croissance, on en a ajouté.

Ça, je pense qu'il faut se le rappeler, ce qui a été ajouté sur la base des centres hospitaliers. On a d'abord réglé des déficits que vous nous avez laissés quand vous avez laissé le pouvoir. Dans les hôpitaux du Québec, il y avait 260 000 000 \$ de déficit accumulé que nous avons réglé. Ça, c'est clair. On a ajouté 300 000 000 \$ de développement au niveau du réseau des centres hospitaliers de courte durée. Et, ça, c'est quand même considérable, 300 000 000 \$, en termes de coûts de système. On a mis 120 000 000 \$ additionnels dans le développement obligatoire. On a mis 160 000 000 \$ dans les urgences, en additionnel. Ça commence à faire des sous. Additionnez-les, vous allez voir, c'est ce que le gouvernement a fait, de manière globale, dans les centres hospitaliers de courte durée. Alors, c'est pour ça qu'il y a un certain discours de l'AHQ que je ne partage pas. Il faut bien crier au loup à l'occasion pour dire qu'il y a des mesures qui peuvent nous faire mal, mais il faut aussi être capable de reconnaître tout ce qui a été fait dans le passé.

Et on est donc dans une situation où il s'est ajouté... On a demandé aussi, oui. On en a parlé dans le coût de système, tantôt: le coût de système, plus ou moins 55 000 000 \$ par année. Au cours des 2 dernières années, on l'a peinturé. Avant, c'était un coût de système qui était donné à l'établissement. L'établissement faisait ce qu'il souhaitait avec l'argent, alors que, nous, on l'a peinturé. On a dit: Cardiologie, dialyse, pour des fins spécifiques, donc, réinvesti dans des fins spécifiques. Donc, on peut dire que, globalement, ça a été une compression. Disons-le comme ça, parce que c'est facile de dire ça, une compression, mais l'argent est resté dans le système. Sur 2 ans, ça fait plus ou moins 110 000 000 \$ qu'on a demandés au réseau; 37 000 000 \$ l'année passée, 32 000 000 \$ cette année au niveau de la non-indexation, plus le 1 % de l'époque, disons plus ou moins 80 000 000 \$. C'est ça qu'on a demandé comme effort au système, qui peut avoir des conséquences directes dans les services à la population. Au niveau des salaires, ça a gelé, ça a dégelé. Et, finalement, le gel qui est demandé cette année, ça ne doit pas avoir d'effet sur les services à la clientèle. Alors, quand on regarde tout ça, là, oui, il y a des efforts qui sont demandés aujourd'hui parce qu'on est dans une situation économique difficile, mais, dans les moments de prospérité, disons que le réseau de la courte durée en particulier a été bien choyé par le gouvernement du Québec.

**M. Trudel:** Et il y avait une évolution de la demande. Et il y avait une évolution de la demande.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah! bien sûr.

**M. Trudel:** Bon.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Bien sûr, mais...

**M. Trudel:** Non, non. Les chiffres s'additionnent, les chiffres, je comprends, se soustraient, là, mais...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais, là-dessus, là, je veux juste vous dire que je ne suis pas allé en arrière. Mais, si vous voulez, je ne veux pas faire une bataille politique, là, mais je peux aller en arrière, sous votre régime, si ça vous intéresse. Il y avait aussi progression de la demande, puis on va **peut-être** se parler de ce que vous avez mis puis pas mis. Vous allez voir que, là, on va additionner puis on va soustraire...

**M. Trudel:** Non.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...puis il y a de quoi vous faire rougir. Donc, si vous voulez qu'on y retourne, on va y aller, là...

**M. Trudel:** Ce n'est pas...

**M. Côté (Charlesbourg):** ...mais je n'ai pas de... Ce n'est pas ça, les objectifs des crédits d'aujourd'hui.

**M. Trudel:** Le temps est trop précieux pour gérer le passé; on va gérer l'avenir, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vous comprends.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** Mais vous ne réussirez pas à me faire dire là-dessus et à ne pas constater qu'il y a de plus en plus de fermetures de lits d'hôpitaux pour faire les équilibres budgétaires. Ça, c'est visible à vue de nez, visible à marée basse, là...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, mais...

**M. Trudel:** ...pour n'importe quel chrétien au Québec. Bon.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais, en tout cas, marée basse ou marée haute, là, je veux dire juste une chose, c'est qu'il y a des lits, je vous l'ai dit tantôt, qui sont fermés pour des rénovations fonctionnelles, il y a des lits qui sont fermés pour un...

**M. Trudel:** Oui, mais...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Je vais finir.

Pour un rafraîchissement. Je l'ai dit tantôt, il y a aussi des lits qui sont fermés pour équilibre budgétaire, qui sont acceptés par le ministère. Tout ça n'a pas empêché, avec relativement le même argent l'année passée par rapport à l'année précédente, de donner plus de services à plus de citoyens à travers le Québec. Ça, c'est de l'efficacité, puis, à l'occasion, il faut dire merci à ceux qui gèrent. Ils ont su bien gérer, de manière générale.

**M. Trudel:** Je donnais la moyenne. À peu près 1000 lits-jours fermés l'an passé. Si mes chiffres sont bons aussi, c'est 173, moyenne-jour, dus à des rénovations. Sauf que, moi, dans ma moyenne, je l'ai déjà soustrait parce que, entre le 7 décembre et le 15 janvier, la moyenne, c'est de 2600, les lits fermés. Alors, je les ai déjà soustraits, mes...

**M. Côté (Charlesbourg):** Et l'été aussi, en période estivale, il y a plus de fermetures de lits.

**M. Trudel:** Bon. Alors, je les ai déjà soustraits là-dessus. Voilà pour le général. RAMQ.

**M. Paradis (Matapédia):** M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Oui, M. le ministre.

#### Mobilité des ressources humaines

**M. Paradis (Matapédia):** Non, non. C'est moi. M. le ministre, avant de...

**Le Président (M. Joly):** Oui.

**M. Paradis (Matapédia):** ...toucher à la RAMQ, moi, j'aimerais que... Puisqu'on a parlé beaucoup des ressources humaines... Dans la réforme, même si on n'en a pas parlé beaucoup, on a un élément important sur les ressources humaines, qu'on appelle la mobilité des ressources humaines. Puisqu'on aura une complémentarité à assumer entre les établissements, on a eu le support et l'adhésion à la réforme des grandes centrales syndicales sur cette mobilité de la main-d'oeuvre. Comment ça s'articule?  
(10 heures)

**M. Côté (Charlesbourg):** On n'est quand même pas très, très avancé sous ce chapitre-là, parce que... On l'a dit, le réseau de la santé et des services sociaux était le parent pauvre par rapport à l'éducation puis l'enseignement supérieur, par exemple, au niveau des conditions quant à la formation, quant au support. Et les gens, chez nous, se sont toujours comparés à ce qui se passait dans le réseau de l'éducation. Et il y a eu, au cours des dernières années, sur le plan budgétaire, des augmentations budgétaires pour permettre un meilleur support de nos employés. Et il y a eu aussi beaucoup de travaux et beaucoup d'échanges sur le plan de la mobilité de la main-d'oeuvre. Mais, ça, c'est des choses dont il faut convenir.

Par exemple, l'opération regroupement des conseils d'administration de centres d'accueil, ça n'a pas été une opération facile. On sait qu'il y a 189 postes de directeurs généraux qui sont disparus et qui sont, d'une manière ou d'une autre, en compensation à ce moment-ci, parce que c'est des conventions qui s'appliquent. Et on a mis sur pied le Centre de référence qui, lui, permet la relocalisation ailleurs des différents DG, ce qui signifie une certaine mobilité. C'est davantage au niveau des cadres qu'il s'est fait du travail, au cours de la dernière année, et non pas nécessairement au niveau des employés. On est donc dans la phase de mise en place de la réforme — principalement la loi 120 — depuis le 1er avril; il y a toute une série de mesures qui concernent l'information et la participation des employés à ces différentes phases là, mais, sur le plan de la mobilité, ce n'est pas uniquement au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux que ça doit être réglé, c'est une convention que nous avons avec l'ensemble des employés, et c'est là que ça doit se travailler. Et, à ce niveau-là, il n'y a pas beaucoup de choses de faites — au niveau des employés.

**M. Paradis (Matapédia):** C'est ça, mais je voulais surtout essayer de savoir... Parce que changer d'hôpital, à Québec, c'est un moindre mal: ça peut toujours changer ton style de vie de changer d'autoroute, le matin, pour te rendre à ton travail. Mais si tu vas de Rimouski à Rivière-du-Loup, c'est une autre paire de manches.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, ou de Rivière-du-Loup à Rimouski.

**M. Paradis (Matapédia):** Ou à Mont-Joli.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ou à Mont-Joli. Il est clair. Mais je pense qu'il faut que ça... il faut que ça tienne compte de l'organisation terrain; et quand on a parlé de mobilité, là, ce n'était pas... ce n'était pas de dire à tout prix qu'il fallait que quelqu'un d'Amqui déménage à Rimouski, sur le plan du travail, pour faire exactement les mêmes fonctions.

La mobilité dont il a été question, c'était davantage d'avoir, au niveau des cadres supérieurs et des directeurs généraux, une mobilité, à travers le réseau, qui permette de connaître différentes expériences, et qui crée du mouvement; pas pour créer du mouvement... Mais c'est bon, du mouvement; si c'est bon en politique, c'est bon ailleurs. Et, finalement, chaque personne arrive avec des idées nouvelles, une nouvelle fraîcheur, et ainsi de suite, et peut se permettre de se ressourcer, aussi. C'est donc à ce niveau-là qu'on en faisait état à l'époque, alors qu'au niveau des employés ce que nous souhaitons sur le plan de la participation, c'est davantage une participation plus active à la détermination des objectifs de l'établissement dans lequel ils travaillent, et, par conséquent, influencer et être partie prenante des objectifs. Et en les partageant comme ça, dans l'action, ça aurait dû, normalement, ou ça devrait, normalement,

se traduire par une meilleure compréhension et une meilleure action sur le terrain.

**M. Paradis (Matapédia):** Mais, si, par exemple, là, l'entente que vous avez conclue avec, entre autres, les médecins spécialistes permet à certaines régions de se doter de ces services de spécialité, comme, aussi, on a, jusqu'à un certain point, là, plafonné les chercheurs ou les médecins chercheurs, dans certains centres hospitaliers, de telle sorte que ces gens-là, qui génèrent, finalement, des ressources humaines qui les accompagnent, il doit y avoir mobilité de cette main-d'oeuvre qui accompagne soit les médecins spécialistes, soit les...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je pense que vous évoquez toute la panoplie, en même temps, des travailleurs autonomes, des travailleurs salariés du réseau...

**M. Paradis (Matapédia):** Non, c'est parce que le travailleur autonome, lui — je veux bien qu'il soit autonome, jusqu'à un certain point; en tout cas, on fouillera ça éventuellement plus loin, pour voir jusqu'où ils sont autonomes, enfin, c'est un autre sujet — mais ces gens-là génèrent des coûts, génèrent des services, génèrent des personnes qui donnent ces services-là, et si on les plafonne dans les grands centres et on essaie de les attirer, jusqu'à un certain point, en région, donc, il va se fermer un certain nombre de postes dans les régions-centres pour les ouvrir ailleurs. Je ne sais pas, je pose la question.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, je ne tirerais pas cette conclusion-là à ce moment-ci. Évidemment, l'objectif est de se retrouver avec les spécialités de base, et quelques spécialités additionnelles au niveau des régions du Québec pour les desservir. Ça ne signifie pas pour autant qu'il y a un déplacement du personnel d'un centre comme Montréal ou Québec vers les régions, il va y avoir déplacement des professionnels de la santé eux-mêmes, des médecins, qui entraîne, règle générale, un budget qui va avec, donc, de support, parce que lui-même occasionne, sur le plan de l'administration ou de la dispensation de ces soins, un certain nombre d'«aidants» qui doivent être financés. Mais à chaque fois qu'un spécialiste dans des catégories identifiées, qui répond au plan d'effectifs, s'installe dans un centre hospitalier, c'est accompagné d'une mesure budgétaire que le gouvernement transmet au centre hospitalier pour faire face à ces demandes-là, donc, ce n'est pas... Le but recherché, c'est le spécialiste qui se déplace et qu'on puisse le supporter par des équipes qui sont reconnues au niveau du centre hospitalier, et ça ne signifie pas que quelqu'un de Montréal, en support ou une infirmière ou un technicien déménagerait de Montréal pour s'en aller à Rimouski ou à Mont-Joli. Je ne sais pas si on se comprend?

**M. Paradis (Matapédia):** Oui, pour aujourd'hui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Pour aujourd'hui.

**M. Paradis (Matapédia):** Ha, ha, ha! À moins

qu'il y ait d'autres discussions, M. le Président, avec la RAMQ, là.

**Le Président (M. Joly):** Oui. Alors, merci, M. le député.

Alors, Régie de l'assurance-maladie du Québec, M. le député.

### Régie de l'assurance-maladie du Québec

**M. Trudel:** Oui. Bon, alors, dans le programme, donc, des crédits prévus à la RAMQ, la première chose qui nous frappe, c'est la baisse de 96 000 000 \$ des crédits disponibles pour l'année à venir. **Est-ce** qu'on a utilisé, pour la première année, la nouvelle disposition de la loi — je ne sais plus son numéro, là — elle s'appelle la loi 15.

**M. Côté (Charlesbourg):** L'application.

**M. Trudel:** L'application? Le projet de loi 9 ou 15? Je ne me souviens plus duquel.

**Une voix: 15.**

**M. Trudel:** 15. L'an passé, c'est-à-dire... l'avant-dernier article de la loi. Est-ce qu'on a utilisé, pour la première fois, cet article pour faire en sorte que la Régie de l'assurance-maladie du Québec a maintenant un budget fermé, ce n'est plus «l'open bar»?

### Médecins en trop au Québec

**M. Cantin (Réjean):** Effectivement, tel qu'il avait été stipulé à l'article de la loi, la Régie a formulé un budget sur des nouvelles bases, en prenant en considération l'offre et la demande comme telles. Et ce budget-là a été transmis au gouvernement, en conséquence, ce qui a donné comme résultat que, si on applique intégralement les données des années 1986 et suivantes sur lesquelles la table de concertation s'était entendue et ce que disait la loi, il y aurait dans le système, actuellement, l'équivalent de 688 médecins de trop. Il va de soi, calcul établi à partir de 1986 et...

**Une voix:** Actualisé.

**M. Cantin:** ...actualisé aux années 1992-1993, ce qui donne, en fait, un écart de 135 000 000 \$. Mais c'est un montant qui, comme tel, n'est pas récupéré. C'est un montant qui devra servir, qu'on devra prendre en considération lors des futures négociations avec les professionnels de la santé.

**M. Trudel:** Bien, là, soyons clairs: donc, l'enveloppe de la RAMQ pour essentiellement payer médicaments et fournitures et rémunérations aux médecins, c'est une enveloppe fermée. Ça ne peut pas être dépassé en 1993-1994?

**M. Cantin:** Sur les budgets médicaux, sur les budgets médicaux,...

**M. Trudel:** C'est...

**M. Cantin:** Uniquement pour cette fin-là.

**M. Trudel:** La rémunération des médecins: c'est de même que ça s'appelle, ça, des budgets médicaux?

**M. Cantin:** Oui.

**M. Trudel:** C'est quoi les autres budgets non médicaux, là, de la RAMQ?

**M. Côté (Charlesbourg):** Les médicaments.

**M. Cantin:** Tous les programmes administrés par la Régie, il y en a une trentaine.

**M. Trudel:** O.K. Donc, essentiellement, c'est fermé sur les salaires, mais l'enveloppe n'est pas fermée au niveau des médicaments.

**M. Cantin:** C'est ça.

**M. Trudel:** Et ça veut donc dire qu'au niveau des médecins — pour être très clair — on ne pourra pas dépasser tant d'actes médicaux, compte tenu que l'enveloppe est fermée. Même s'il y a un besoin quelque part, si on dit: Il y a une demande supplémentaire, vous ne dépenserez pas plus que cela, c'est-à-dire le montant prévu à l'enveloppe?

**M. Côté (Charlesbourg):** Il y a un principe, dans les ententes, qu'il y a récupération des dépassements. Donc, c'est pour ça que...

**M. Trudel:** De différentes façons.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'anticipe beaucoup de plaisir à en discuter au cours des prochaines heures.

**M. Trudel:** C'est correct. Il y a de la «récup»... Il faut que ça soit récupéré à l'intérieur des enveloppes. Ça, c'est par convention collective.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est ça.

**M. Trudel:** O.K. Mais il ne peut pas y avoir, suivant le nouveau principe, d'augmentation de la masse monétaire servant à payer des actes qui, en vertu de n'importe quelle situation, pourraient augmenter?

**M. Cantin:** Il faut bien s'entendre. Si, pour une raison ou une autre, le 15 mars, le budget était épuisé, la RAMQ n'arrêtera pas de payer les médecins. Ce que elle fera, c'est qu'elle paiera jusqu'à la fin de l'année et elle devra analyser le pourquoi des écarts, les justifier et, par la suite, les présenter pour qu'ils soient négociés

avec les fédérations médicales.  
(10 h 10)

**M. Côté (Charlesbourg):** Juste pour ne pas qu'il y ait d'équivoque, pour qu'on soit d'une limpidité exemplaire. C'est la première fois que la Régie de l'assurance-maladie du Québec menait l'opération qui a été menée, et qui en arrive à la conclusion qu'en prenant l'année 1986 dont on a convenu, avec le corps médical, comme année de référence, ajustée avec les années en cours, le conseil d'administration de la RAMQ a été saisi de ces données, a donné son accord, donc, l'ensemble des médecins aussi, par le fait même, parce qu'ils sont représentés, et on en arrive avec ces «stats» à une conclusion. Il y aurait, dans le système québécois, 685 médecins de plus que le besoin qu'on a, qui occasionnent eux-mêmes 135 000 000 \$ de rémunération — ils sont forcément rémunérés, ils sont dans le système. Ce n'est la faute de personne — ni des consommateurs ni de la RAMQ — ça découle de décisions gouvernementales.

On a fixé le niveau de formation, sur le plan médical, à un niveau x, un moment donné, et on a formé tant de médecins. Et on a toujours dit: On a trop de médecins par rapport à nos besoins, quand on se compare aux grands indicateurs. Donc, on est dans un système, au moment où on se parle, où le gouvernement, par ses politiques d'admission en faculté de médecine, a formé plus de médecins que le besoin et, aujourd'hui, c'est le constat.

On a donc pris des mesures, ce même gouvernement — évidemment, comme on le sait, le temps que ça prend pour former un médecin, vous êtes autant responsables que nous autres, mais ce n'est pas l'idée de trouver un coupable — et on a donc commencé à réajuster en diminuant le nombre d'acceptations en faculté de médecine, de telle sorte qu'en l'an 2006 — c'est l'objectif — on soit dans une situation d'équilibre sur le plan financier. C'est là que devrait se résorber l'écart du 685, en incluant 135 000 000 \$. On devrait être, à ce moment-là, en parfait équilibre entre le nombre de médecins dont on a besoin et la rémunération.

**M. Trudel:** Combien de temps? Dans combien de temps vous pensez qu'on...

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est 2006, l'objectif. Parce que, évidemment, c'est un objectif qu'on pourrait atteindre beaucoup plus rapidement, je pense, si ça n'avait pas un impact sur la formation universitaire. Il y a quand même des nombres qui sont requis pour être capable d'avoir une masse critique, dans un premier temps; et, deuxièmement, aussi, ce dont il faut se rendre compte, c'est qu'il y a des besoins un peu partout, et si, demain matin, on décidait de ramener ça tout d'un coup, je ne suis pas sûr que ce n'est pas les régions du Québec qui paieraient le prix encore davantage.

**M. Trudel:** La commande est longue, là. 2006? Je comprends, on ne peut pas...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça prend 10 ans former un médecin.

**M. Trudel:** Oui, oui, c'est parce que l'autre affirmation, elle est trop péremptoire...

**M. Côté (Charlesbourg):** Trop facile.

**M. Trudel:** Y a-t-il une faculté de médecine de trop au Québec?

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça, tout le monde en convient, mais il n'y a pas grand monde qui veut prendre des décisions, et, lorsqu'on parle de rationalisation de centres hospitaliers universitaires, on se rend compte de ce que ça donne.

**M. Trudel:** Ça aussi, on va en parler. Alors, donc, ce constat étant fait, c'est combien, la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes, au total, dans les crédits RAMQ pour 1993-1994? C'est combien les crédits totaux de rémunération? Les deux, toute la rémunération, ce que vous avez appelé les médecins.

**M. Côté (Charlesbourg):** Médical... Les médecins. 2 000 000 000 \$?

**M. Cantin:** 2 015 000 \$.

**M. Côté (Charlesbourg):** 2 000 000 000 \$.

**M. Cantin:** 2 015 000 000 \$.

#### Entente-cadre avec les médecins

**M. Trudel:** 2 015 000 000 \$. Bon, très bien. Alors, abordons tout de suite, donc, la cruciale: les fameuses ententes qui viennent d'être signées avec...

**M. Côté (Charlesbourg):** Elles ne sont pas signées.

**M. Trudel:** ...les médecins. Les accords... Oui, j'ai remarqué ça, d'ailleurs, dans les documents que vous m'avez transmis, que c'est des accords non signés. J'ai remarqué, d'ailleurs, que, à l'été 1991, vous avez eu des accords où personne ne signe, et, encore là, c'est des accords où personne ne signe. Enfin, les copies que j'ai eues, c'est des accords non signés, je ne sais pas quelle valeur ça a dans le «deal», dans le «bargain».

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, mais ce qu'il faut comprendre dans la démarche, c'est que nos négociateurs, bien sûr, viennent chercher des mandats de la part du ministre, échangent avec les fédérations, et, d'un côté, ils s'entendent, ils disent: Voici le cadre d'entente. Après ça, il faut que ce soit soumis au Trésor, pour nous, pour une approbation, et finaliser les textes où, ça, c'est de la véritable entente, et c'est ça

qui est en cours de rédaction à ce moment-ci et qui doit refléter le plus fidèlement possible l'entente-cadre qui est intervenue, mais qui n'est pas signée.

**M. Trudel:** L'entente avec les... L'accord-cadre non signé avec les médecins omnipraticiens...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

### Répartition régionale des médecins

**M. Trudel:** ...morceau no 1.

Grosso modo — pour ne pas aller dans les peccadilles, mais dans les effets généraux du système — la question qui s'est posée, en particulier à l'été 1991, et qui se pose depuis une quinzaine d'années, c'est la répartition interrégionale des médecins, au Québec. C'est ça, la question de base qui s'est posée. Alors, l'entente... le délai de juin 1991 à avril 1993 devait permettre de répondre à cette question-là, à cette déficience du système. C'est quoi, la réponse de l'accord, telle que je peux la lire de mon bout et — je vous le dis — telle qu'on peut la lire dans les régions, pour avoir fait un certain nombre de consultations?

Avant le mois de juin ou, plus récemment, avant le 1er avril 1993, il existait toute une série de mécanismes désincitatifs à s'établir à Montréal, Québec, Sherbrooke, les régions universitaires. D'autre part, il existait toute une série de facteurs incitatifs à s'établir dans les régions périphériques et éloignées, caractérisées par: Tu gagnes 115 % du taux de l'acte parce que tu es dans cette région-là. Qu'est-ce qui est arrivé dans la nuit de samedi à dimanche du 4 au 5 avril? On a convenu d'une entente qui touche — et là je suis obligé de rapetisser mon chiffre, encore, par rapport à hier — un maximum de 243 médecins omnipraticiens au Québec — j'ai dit, hier: à Montréal; aujourd'hui, je dis: au Québec — qui ne font pas d'activités particulières. Reprenons cette mécanique-là, et je vais essayer d'être le moins long possible.

On dit à 243 médecins omnipraticiens, qui gagnent actuellement 70 % de la rémunération dans les régions de Montréal, Québec et Sherbrooke: Vous autres, si vous voulez gagner... on va vous enlever la pénalité de 70 % sur des activités particulières, en autant que vous allez nous faire 12 heures de travail, 12 heures d'activités particulières, à ces 243 médecins. Pour les autres, tous les autres, pour les 7500 autres omnipraticiens, c'est «more of the same». Il n'y a rien de changé.

Ma première question, quant à l'entente avec les omnipraticiens, c'est: Comment vous pouvez m'expliquer que, grosso modo, tous les facteurs désincitatifs ne sont pas changés, moins un facteur important? C'est: J'étais pénalisé sur une série d'activités, en termes de salaire, je ne le serai plus. Je ne serai plus pénalisé sur les activités particulières, sur le taux de paiement de l'activité particulière que j'aurai dans la région de base. Et, deuxièmement, dans la région périphérique, je n'ai pas plus d'incitatifs, je n'ai rien changé. Comment, en

retirant un des incitatifs, on va avoir comme effet général que l'omnipraticien va s'en aller dans les régions du Québec? C'est la première question parce que c'est ça, l'économie générale de l'entente.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, je pense qu'il faut, aussi, remonter un petit peu dans l'histoire. Et, pour savoir où on est aujourd'hui, il faut savoir d'où on est parti.

Effectivement, la réforme visait et vise toujours à faire en sorte qu'il y ait une meilleure répartition des effectifs médicaux, tant dans les spécialistes que les omnis, un peu partout à travers le Québec, comprenant que, de manière générale, au cours des dernières années, les statistiques le démontrent de manière très nette, la répartition des omnipraticiens dans les régions du Québec était une bonne répartition. Il y a des problèmes dans des sous-régions du Québec. Ça, c'est le premier élément.

(10 h 20)

Au niveau des spécialités de base: un peu plus difficile, malgré le fait qu'il y a eu un progrès. Mais laissons les spécialistes — parce que j'imagine qu'on y reviendra tantôt — concentrons-nous sur les omnipraticiens.

À l'époque, on s'est dit: Il faut contraindre les médecins à aller dans les régions du Québec. Je vous rappellerai que, à l'occasion, on a fait un bout ensemble, sur le plan de cette revendication; à l'occasion, aussi, le ministre s'est retrouvé bien seul, y compris — le message s'adresse aux gens des régions du Québec qui, à l'époque, n'étaient pas très visibles quand le ministre était tout seul dans le tirage de poignets. Davantage, après, pour dire qu'il y avait eu recul, ils étaient présents, mais pas très présents pour supporter le ministre de manière très claire, sur la place publique, quand ça a été le temps.

On a donc accepté, à l'époque, un recul, ce qui était qualifié d'un recul qui, pour moi, était un recul stratégique, l'objectif étant toujours le même. Et, lorsqu'on est revenu, au mois d'août, adopter la loi 120, on est revenu avec une entente qui, avec les omnis, portait sur les activités particulières. C'était ça: des activités particulières à définir, pour savoir l'amplitude, comment on réaménage tout ça, et on s'était donné jusqu'au 1er avril 1993 pour conclure à ce niveau-là. C'est donc les échanges, en cours de route, qui, sur le plan du travail, nous ont permis de conclure.

L'entente porte principalement sur les modalités d'application des activités particulières. On ne peut pas discuter avec une fédération médicale quand on veut — ensemble et de manière commune, la poussière étant retombée — régler les problèmes de présence d'omnipraticiens sur le territoire du Québec et dans les différents réseaux — que ce soit le réseau public ou le réseau privé, cabinets privés, parce qu'ils existent — on ne peut pas faire en sorte que ça se règle du jour au lendemain. On s'est donc assis, on a négocié très serré. Mais il faut tenir compte d'un certain nombre d'autres mesures qui ont des impacts sur la répartition, mais qui

n'ont pas fait l'objet de discussions à la table. Par exemple, nous avons introduit, à notre arrivée au pouvoir, des plans triennaux d'effectifs médicaux — donc d'acceptation, en facultés de médecine — qui, éventuellement, deviennent des médecins pratiquant un peu partout à travers le Québec. Pour la première fois, pour 1993-1996 — sans dire que c'est une acceptation totale, parce qu'il y en a peut-être un qui va se lever quelque part pour dire: Je n'ai jamais donné mon accord à ça, moi — fédérations médicales, Corporation professionnelle des médecins, universités, ministère se sont entendus sur un cadre général, qui est l'instrument de référence, et qui nous dit: Voici ce que nous devons accepter, au cours des trois prochaines années, comme étudiants en médecine, qui doit correspondre, éventuellement, à notre besoin et à l'objectif de changement de trajectoire pour atteindre l'objectif de 2006 qu'on a évoqué tantôt. Ça, c'est la première pièce.

Donc, des plans d'effectifs médicaux pour le Québec, par région. Un des grands problèmes, au Québec, actuellement, c'est qu'il y a des plans d'effectifs médicaux au niveau des établissements, et quand on les additionne — on n'a même pas osé le faire — je ne sais pas combien il manquerait de médecins au Québec malgré le fait qu'on en a 685 de trop. Il en manquerait peut-être 10 000. C'est aussi simple que ça, parce que chacun dans son établissement souhaite bien obtenir le nombre le plus élevé de médecins — même si, à l'occasion, on les décrie — pour donner des services à la population.

Qu'on soit dans une situation — et prenons un exemple. On va en prendre un, exemple, là, assez clair. Est-ce que, pour dispenser des services à **Sept-Îles**, il faut absolument quatre anesthésistes? C'est elle, la question. Ou si on ne peut pas avoir une permanence d'anesthésistes et un support par la suite pour combler un certain nombre de besoins? Si, dans le plan d'effectifs, il y en a quatre et que vous additionnez l'ensemble des effectifs à travers le Québec, on va être rendu à l'an 3050 et on n'aura jamais suffisamment produit assez de médecins pour être capable de répondre à ça. Il faut donc qu'il y ait un équilibre, maintenant, entre ce que nous avons besoin, pour le Québec, de médecins et l'addition des plans d'effectifs des établissements; il doit y avoir, sur le plan mathématique... ça doit se rencontrer quelque part. Ça, c'est la première chose, et c'est la première fois qu'un document reçoit autant de «oui». Donc, c'est la première pièce, elle est majeure.

Deuxième pièce, la rémunération différente. Ce que les médecins appelaient le décret punitif... Et nous, ce qu'on peut dire à l'intérieur de ça, c'est qu'effectivement il y a des mesures incitatives et il y a des mesures désincitatives. Ce règlement-là n'a pas changé. Il est toujours là. Il n'a pas fait l'objet d'une négociation comme... parce que c'est un décret gouvernemental. La négociation avec la FMOQ sur les activités particulières a permis, à ce moment-ci, de faire des ajustements logiques — le député me suit, là?

**M. Trudel:** Très bien.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Oui. Non, parce que je pense qu'il y a peut-être des éléments de l'entente qui sont mal saisis. C'est un petit peu normal, on est dans le début de l'explication sur la place publique, et d'aucune manière je ne pense que la mauvaise foi y est, de part et d'autre. Il s'agit tout simplement de comprendre ce qu'on a fait, en termes logiques, dans une stratégie plus globale.

Et, donc, on a négocié avec les médecins des activités particulières. C'était ça, l'objet premier de la négociation. On s'est entendu. Il fallait d'abord s'entendre sur ce que c'était, une activité particulière, où elle se pratiquait et quelle était l'intensité qu'on voulait lui donner. Donc, c'est trois éléments majeurs. Et je vous rappelle qu'en signant une entente sur des activités particulières c'est la première fois qu'un entrepreneur autonome, dit médecin, est contraint à des choses spécifiques dans sa pratique. C'est une première. Donc, sur le temps, à l'échéance de l'entente, on a dit: C'est l'équivalent de 12 000 \$ par période, ce qui signifie, grosso modo, plus ou moins 12 heures par semaine. On s'épargne des détails, là. Il peut y avoir, à l'occasion, quelques variantes, mais, sur l'amplitude, c'est ce sur quoi on s'est entendu. Et je vous dirai même que, ce que je souhaitais, c'était 17, mais qu'on a fini... Même M. Charlebois me corrige, il dit: 12 000 \$, à l'échéance, ça équivaut à 15 heures et non pas à 12. Alors, tant mieux, c'est bonifié. Et l'objectif que je poursuivais, au début, c'était 17 heures. Je vous le donne très clairement, mais, quand on négocie, il faut arriver à une entente. C'est ça.

Deuxièmement, les activités particulières, c'était quoi? C'était quoi, les activités particulières? On a donc, avec eux, défini ce qu'étaient des activités particulières. Et pourquoi on a parlé d'activités particulières? On a parlé d'activités particulières parce qu'on éprouve un certain nombre de difficultés, par exemple, à avoir des médecins pour faire la garde à l'urgence, dans certains hôpitaux à travers le Québec, y compris dans les grands centres. J'imagine que, si on a la préoccupation de donner des services à la population, dans les régions du Québec, on doit aussi avoir la préoccupation qu'il y ait des médecins à l'urgence, de garde, que ce soit **Shawinigan**, c'est un cas très typique, qui est réglé maintenant, puis qui a été évoqué, à l'époque, pour dispenser l'urgence. Et **Shawinigan**, ce n'est pas le tiers monde, puis ce n'est pas à 500 milles de Montréal, puis de Québec, et ailleurs. Donc, on avait cette préoccupation. On avait la préoccupation du maintien à domicile. Et rappelez-vous, à l'époque, lorsqu'on a parlé de CLSC, c'était un peu mettre le feu aux poudres que de seulement mentionner CLSC, pratique médicale en CLSC. Même dans la loi qu'on a adoptée ensemble — je ne me souviens plus si vous étiez pour ou contre cet article là, mais ça n'a pas d'importance — les CLSC n'étaient pas reconnus comme faisant partie des activités particulières, alors que l'entente, aujourd'hui, le reconnaît. Donc, aussi en CLSC, un pas très important en avant.

Et finalement, on s'est dit: Qui? On a dit: Tous les médecins de moins de 10 ans de pratique qui vont

faire des activités particulières. Et là j'interviens avec un élément que vous avez soulevé et que vous interprétez, je pense, de mauvaise façon — pas de mauvaise foi, mais de mauvaise façon — la question s'est posée: Est-ce que, par exemple, un médecin qui accepterait de faire 15 heures par semaine, dans des activités particulières... Prenons l'exemple, pas le plus difficile, mais le plus exigeant: 15 heures de garde à l'urgence dans un centre hospitalier. À partir du moment où il répond à nos exigences de service à la population identifié par nous, est-ce que ce n'est pas une question de justice et d'équité envers ce médecin qu'il soit rémunéré, comme omni, à 100 % et non pas à 70 %, dans une région universitaire, pour les activités particulières qu'il pratique? Moi, je dis que c'est une question d'équité et c'est une question de justice.

(10 h 30)

Est-ce que ça veut dire pour autant que la rémunération totale du médecin, dans les autres activités, sera à 100 %? C'est non. Il va être rémunéré à 70 %. Et même, plus que ça — non, non, c'est clair. Non, non, c'est très clair — dans le cas d'activités particulières, ce dont on a convenu avec les médecins, c'est que la rémunération à 100 % pour des activités particulières serait uniquement dans le cas des urgences et non pas dans le cas des autres activités particulières.

Donc, ce que j'ai compris des conclusions que vous en tirez, c'est que ça aurait un effet sur l'ensemble de la rémunération du médecin, ce qui n'est pas le cas. Et l'autre conclusion que vous tirez, c'est que ça permettrait au médecin davantage de rester en milieu urbain et de ne pas aller dans les régions du Québec.

Je conclus là-dessus, parce qu'on pourra échanger, là. Il y a donc des plans d'effectifs triennaux, des plans d'effectifs sur le plan des établissements, il y a donc la rémunération différente, qui n'a pas été changée sauf pour la reconnaissance du paiement à 100 % des activités qu'un médecin ferait dans le cadre d'activités particulières, à l'urgence, dans les centres hospitaliers. Dans les autres cas, la rémunération **différente** n'a pas été changée au niveau des **omnipraticiens**. Et, au-delà de tout ça, reconnaissance des activités particulières qui rend disponibles 243 médecins temps plein, mais, **en** réalité, c'est 500 médecins. Il faut bien se comprendre, c'est 243 équivalents temps plein, mais c'est 500 médecins de disponibles pour répondre aux activités particulières qui seront éventuellement identifiées par la commission médicale régionale et par la régie régionale. Et c'est comme ça que ça va fonctionner. J'espère vous avoir éclairé un petit peu plus, là.

**M. Trudel:** Bien, un petit peu plus... On va y aller avec des questions pointues parce que, dans... Tel que je lis là, la maudite bonne entente faite par les omnipraticiens, vous confirmez très exactement ma vision. C'est-à-dire que, vous, ce que vous dites, c'est: Il y avait un facteur désincitatif qui existait dans le décret punitif — c'est leur expression à eux autres. Cet élément-là, il disparaît comme élément désincitatif. C'est pourquoi le président et le boss syndical des méde-

cins, le Dr Clément Richer, il a dit, lui, hier: Mais nous avons quand même réussi à faire lever le décret là où il faisait le plus mal, dans les salles d'urgence des grandes villes. C'est assez clair! L'objectif, le restant du décret, ce n'est pas là qu'il faisait mal, l'aspect du décret punitif. Le président, il dit: Le plus grand facteur désincitatif pour notre monde, dans les grandes villes, on a réussi à le faire lever.

Je vais prendre votre restriction in extenso: Je vais gagner 100 % de la rémunération lorsque je suis à l'hôpital, lorsque je suis à l'urgence, je dis à l'urgence. Alors, c'est ce qui dérangeait totalement les omnipraticiens et qui était un facteur désincitatif. Ce grand facteur là, il disparaît. Est-ce qu'il y en a d'autres qui s'ajoutent, dans l'incitatif, dans les régions? Non. Pourquoi? Là résultante serait un déplacement des médecins vers les régions.

C'est là le point essentiel. Puis, allons dans le... on ira dans le détail, aussi, tantôt, en disant: Même dans les 243 médecins — vous allez me dire que c'est du principe, là — à temps plein à travers le Québec — pas à Montréal, à travers le Québec, pas à Montréal et Québec, à travers le Québec — même dans ces 243 médecins-là, si la commission médicale, à tout hasard, ne déterminait pas autant d'activités particulières, il suffira pour le médecin en pratique, omnipraticien, de dire: «Je veux faire des activités particulières de 12 heures, pour qu'il soit réputé adhérent à l'entente. C'est ça qui est inscrit, aussi, à la page 5 de l'entente. En cas d'insuffisance, j'ai juste à manifester ma volonté. Mais voulez-vous bien me dire quel va être l'effet de pousser sur l'augmentation des effectifs médicaux en région?

Je termine là-dessus, à ce chapitre-là, en attendant avec anxiété votre réponse, en disant: La première question, pour prendre un anglicisme, qui s'adressait au ministre de la Santé et des Services sociaux, c'est la répartition interrégionale des médecins, au Québec. Vous avez bien dit tantôt: Le premier élément de la réponse qu'on a cherché et qu'on a donné, ça a été la répartition intrarégionale.

Je ne suis toujours bien pas pour être malheureux et ne pas me réjouir du fait qu'on va avoir des meilleurs services à l'urgence à Montréal, Québec et Sherbrooke; il y a toujours bien une limite! Mais ce n'est pas ça le problème, ce n'était pas ça le premier problème, je ne dis pas que ce n'en était pas un, je dis: ce n'était pas le premier problème, et c'est la réponse au deuxième problème qui sert à masquer la réponse au premier problème. Alors, si vous voulez recommencer par l'effet des incitatifs, là, le 100 %.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je n'hésiterai pas à dire que c'est un point de vue que je ne partage pas quant à l'application, bon. C'est un point de vue purement et carrément pessimiste que vous avez, que je ne partage pas. Je le qualifie, parce que je le vois de même. Vous avez raison de dire que j'ai un point de vue qui peut être optimiste, j'ai aussi raison de vous dire que vous avez un point de vue qui est pessimiste, à faire moins davantage confiance à la responsabilité des gens, que de

dire que c'est une gang qui ne veut pas aller en région. Vous me permettez à tout le moins d'avoir ça, et, finalement, vous prenez un biais d'interprétation, pour la simple et bonne raison que vous vivez une situation particulière au niveau de l'Abitibi, on va l'aborder en cours de route, et je comprends qu'il y a des problèmes en Abitibi, je l'ai dit hier, les problèmes ne sont pas aussi graves que le Dr Couturier le disait, et ce n'est pas le maître à penser du ministère de la Santé, le Dr Couturier, en passant, ni même des fédérations médicales. Il aurait eu avantage à être de la parade de ceux qui revendiquaient pour les régions du Québec, au moment où il y avait le tirage de poignets, que d'être dans la parade des fédérations médicales.

À partir de ce moment-là, si on revient à l'entente elle-même, qui est claire, une entente qui est claire et qui est positive pour les régions du Québec, au niveau de la FMOQ, il faut regarder ça, avoir une vision d'ensemble, pas une vision isolée d'un paragraphe en particulier, ce n'est pas ça la réalité. J'ai pris soin de vous expliquer, tantôt, qu'il y avait des plans d'effectifs médicaux, c'est par là que ça commence. Et les plans d'effectifs médicaux sont là pour être respectés. À partir du moment où il y a ça, ça va permettre un meilleur équilibre de la répartition des médecins à travers le Québec.

Qu'est-ce qu'on s'est dit après ça? On s'est dit: Dans le cas des médecins, ce dont on a convenu au niveau des activités particulières, il faut faire en sorte que les médecins qui ont 10 ans et moins de pratique soient contraints à une activité particulière — dans le cas de l'entente, à la fin de l'application de l'entente, 15 heures par semaine — dans des activités particulières, pas pour le plaisir d'avoir des activités particulières, pas pour reconnaître une clinique d'obésité qui n'a pas sa raison d'être, pour répondre à des besoins identifiés par la région — pas identifiés par le ministre, identifiés par la région. Ce n'est pas commission médicale provinciale, c'est une commission médicale régionale, ce n'est pas des irresponsables qui sont là-dessus, c'est des gens qui sont dans les régions du Québec. Nier, aujourd'hui — et ça n'a jamais été nié — qu'il y a, au niveau des centres urbains, une problématique qui découlait du décret punitif, au niveau des salles d'urgence, ce serait nier une réalité, et vous avez eu l'élémentaire prudence de dire à la fin: Ce n'est pas parce que je ne veux pas qu'il y ait des services améliorés au niveau des urgences des grands hôpitaux. Bien, tu ne peux pas être pour tout en même temps, il y a des choix qu'il faut que tu fasses. Ça, c'est très clair.

(10 h 40)

Il y a une problématique qui a été soulevée, qui est celle de la présence de médecins dans les urgences des hôpitaux du Québec et aussi dans les centres urbains. Et je trouve votre attitude un peu bizarre, parce que, quand on parle d'éliminer l'incitatif et de répéter ce que Clément Richer disait hier, c'est ne dire qu'une partie de la vérité. La compétition, elle se faisait où, dans les grands centres urbains? À une rémunération de 70 % pour un médecin qui a le choix d'aller faire une

clinique d'obésité ou une clinique sportive par rapport à l'urgence, à Montréal ou à Québec... il va aller faire une clinique d'obésité, et vous ne l'aurez pas dans les établissements pour répondre aux besoins des urgences. La seule place où la rémunération punitive a été levée, c'est de faire en sorte qu'on reconnaisse... Ce n'est pas le plus grand problème de Richer comme médecin qui a été réglé, c'est le plus grand problème de la société québécoise, au niveau des urgences dans les centres. C'est ça qui a été réglé, c'est à ça qu'on s'est attaqué comme plus grand problème. Et, en levant la désincitation, donc la rémunération, de 70 % à 100 %, donc, la ramener au normal, vous allez favoriser un certain nombre de médecins — puis il faut bien se comprendre, là — qui vont aller faire de l'urgence à l'hôpital pour recevoir 100 %, au lieu de 70 % dans la même région, dans des cliniques d'obésité ou dans des cliniques sportives.

On a d'autres mesures qui ont été adoptées, au niveau du plan. Parce qu'il faut le voir globalement, c'est un ensemble de mesures qui se, pas complémentent, mais complémentent pour le résultat recherché.

Donc, on est dans une situation où, par exemple, au niveau du plan triennal, on a limité à 150 profs ou chercheurs reconnus aux universités, alors que, dans la pratique, avant, c'était 450, pour permettre que ces gens-là puissent se retrouver dans les régions du Québec. Donc, l'objectif, c'était de régler un problème de présence de médecins dans les urgences, y compris dans les centres urbains, et la rémunération qui a été levée, le désincitatif, c'est uniquement pour permettre de s'installer et de faire de l'urgence, revenant par la suite, dans une pratique normale, au désincitatif, à 70 %.

Dans le reste, le décret est resté tel quel. Et ce n'est pas du fait que vous pourriez continuer de dire que, pour 15 heures par semaine, le médecin va continuer d'être rémunéré à 70 % qu'il va se retrouver dans les régions du Québec. Ce n'est pas vrai du tout. Alors, on a, de manière globale, maintenu le cap, de manière claire, tout en reconnaissant qu'il y avait un problème assez important, dans les régions universitaires, de présence médicale au niveau des urgences, et ça permet de régler ce problème-là aussi.

**M. Trudel:** La réponse à cet aspect-là, pour moi, est extrêmement claire, et je ne peux entendre d'autres mots que ceux que vous venez de prononcer. Il y avait un problème assez important au niveau de la pratique médicale dans les salles d'urgence pour recevoir les usagers dans les régions universitaires, à Montréal, Québec, Sherbrooke, et cette entente-là contient des éléments pour en arriver à une solution qui est abordable. Je n'en disconviens pas. Mais n'allez jamais dire aux régions du Québec que tout ça, ça va avoir pour effet de leur faire du bien. Il y a toujours bien une limite! En disant: En réglant le problème A, ça solutionne le problème B... Les choses sont bien distinctes, merci pour la réponse.

Troisièmement...

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, un instant.  
M. le Président...

**M. Trudel:** Troisièmement, je vais poser une autre question en même temps.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Oui, oui.

**M. Trudel:** Troisièmement.

M. Côté (Charlesbourg): Bon, O.K. Correct. Allez-y puis...

**M. Trudel:** Bien non, écoutez, quand même! Vous l'avez dit en toutes lettres. Bon...

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, mais un instant, M. le Président.

**M. Trudel:** ...vous oubliez vos réponses, là?

**Le Président (M. Joly):** M. le ministre, est-ce...

M. Côté (Charlesbourg): Bon, allez-y avec votre question.

**Le Président (M. Joly):** Question.

**M. Trudel:** Écoutez, sur le décret punitif, le président de l'autre partie en négociation, à la table, il dit: Nous autres, on a bien réussi. Il y avait des aspects qui nous faisaient mal, dans le décret, c'est à l'urgence. Bon, et parfait, on rejoint deux objectifs, on les répartit mieux, on les répartit mieux à l'intrarégional, puis, deuxièmement, on fait lever ce qui, financièrement, nous faisait le plus mal.

Je ne vais pas, non plus, dire que je suis contre cette façon de... d'objectifs atteints pour les régions centrales. Ce qui est ma préoccupation, je ne veux pas qu'on me fasse passer des vessies pour des lanternes. Ce n'est pas ça, la réponse.

L'autre question, la question essentielle. Dans votre communiqué du 4 au 5 avril, là, dans la nuit, le matin — vous aviez le droit de vous réjouir, c'est de vos affaires, ça — vous dites à la page 2: Prenant toutes les mesures — et là je n'ai pas le «verbatim» de votre réponse à l'Assemblée nationale, hier, mais je suis capable de retrouver l'essentiel: En clair, cela signifie que les médecins devront aller dans les régions dont les plans d'effectifs médicaux le permettent. Le verbe est important.

La vraie question essentielle, c'est: Est-ce que les plans d'effectifs médicaux vont avoir valeur de contrainte? En clair, quand le plan des effectifs médicaux dira: on a besoin de 5000 médecins, à Montréal — c'est un chiffre tout à fait théorique — et il y a un besoin de 788 en Abitibi-Témiscamingue, est-ce que le 5001e, à Montréal, va pouvoir continuer à s'établir ou s'il va être obligé d'aller là où il y a de la place dans la région d'Abitibi-Témiscamingue? Ça, c'est la vraie **question**.

**Est-ce** que les plans d'effectifs médicaux sur lesquels vous vous seriez entendus vont avoir une valeur de contrainte? Là, je félicite probablement celle qui a écrit votre communiqué de presse, c'est une phrase extraordinairement — non pas tordue, M. le ministre — bien contorsionnée.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends que, à l'occasion, on puisse oublier un certain nombre de choses qu'on a faites dans le passé, compte tenu du volume, mais on a quand même fait un bon bout de chemin ensemble. Ça fait tout près de quatre ans; bien-tôt, ça fera quatre ans au mois d'octobre qu'on fait ce parcours-là ensemble, et on l'a fait au complet ensemble.

Avant d'aborder cette question-là, je vais y revenir tantôt — et avec la clarté des réponses, je n'accepterai pas qu'on étire les réponses. C'est clair, là? Je n'accepterai pas qu'on étire les réponses, et c'est... Non, non, les réponses sont claires, sont très claires, et, dans la mesure où vous allez vouloir continuer de faire le jeu de ne pas avoir une vision globale de l'ensemble des mesures, qui s'additionnent sur le plan de la compréhension de la problématique, on va se retrouver sur un chemin à être deux, c'est aussi clair que ça. Et quand on me parle d'un plan d'effectifs, c'est pour être respecté. Et le plan d'effectifs, il est là — 1993-1996 — et il a été signifié à chacune des régions du Québec. Il est là, puis c'est ça qu'il faut respecter, puis c'est ça que les établissements vont devoir respecter, et, au cours de l'année, on va devoir rendre conformes au plan d'effectifs sur le plan provincial les plans d'effectifs des établissements. Donc, la négociation a tenu compte de ce rééquilibrage nécessaire.

Vous savez, il ne faut pas essayer de faire croire au monde que la situation de présence de médecins omnipraticiens à travers le Québec est dramatique. Elle n'est pas dramatique; les chiffres sont là pour le **démontrer**: au niveau des **omnis**, il y a eu, au cours des dernières années, une progression quant au nombre de présences de médecins omnis dans les régions du Québec. Le problème n'est pas spécifiquement de médecins omnis à Montréal, pour les envoyer dans les régions; le problème spécifique est un problème d'intrarégional, de sous-régions, et ce n'est pas par une rémunération différente que vous allez régler ces problèmes-là. «C'est-» clair, là? Ce n'est pas par une rémunération différente que vous allez faire en sorte que, si les omnis veulent s'installer à Rouyn-Noranda, ils voudront aller à Senneville ou à LaSarre. Vous n'allez pas régler les problèmes par la rémunération différente. Ça aussi, il faut admettre ça.

C'est ça, la réalité de tous les jours. La rémunération différente visait à faire en sorte que les gens qui s'établissaient dans les régions universitaires soient désincités à s'installer là au-delà du plan, et on disait: On va vous rémunérer à 70 %, alors que c'est 100 % de manière régulière. Et, ça, c'était pour 3 ans. Ça aussi, vous avez oublié de le dire. La rémunération différente, elle s'applique pour 3 ans dans les régions universitaires.

res, alors que, dans le cas des activités particulières, c'est pour 10 ans, les activités particulières; c'est pour 10 ans que le médecin sera contraint de faire des activités particulières. Ce n'est pas de la petite bière, ça, c'est la réalité de tous les jours; ça va être ça à partir de... Et je n'accepterai pas, d'aucune manière, que l'entente négociée à ce niveau-là soit diminuée. On peut y trouver des faiblesses et on peut citer monsieur le Dr Richer. Si elle était si bonne que ça pour lui, l'entente, pourquoi ça a pris tant de temps à la faire passer à ses membres, et en particulier ceux de Montréal?

**Une voix:** Ça a pris combien de temps?

(10 h 50)

**M. Côté (Charlesbourg):** Bien, vous vous informerez, vous vous informerez, et si vous voulez avoir des dates et des temps, je vous le dirai. C'est aussi clair que ça. Et, à partir du moment où on est dans une situation comme celle-là, la rémunération différente, M. le Président, vise à faire en sorte qu'il y ait des activités particulières. On charriera tantôt le nombre 243 temps plein. En réalité, c'est 50 «body», 50 têtes, 500 têtes. C'est ça que ça signifie, un peu partout à travers le Québec, quand on parle de temps plein par rapport... Et 500 médecins disponibles pour des activités particulières à travers le Québec, c'est du jamais vu, M. le Président, c'est du jamais vu. Et lorsqu'on aura réussi à faire en sorte que, dans les activités particulières, on règle les problèmes des régions du Québec par les activités particulières, on se reparlera, dans ce temps-là, pour savoir quelle sorte de problèmes il reste à régler.

Au-delà de ça, il y a des problématiques qui sont un peu plus inquiétantes au niveau des spécialistes que des omnis, dans les régions, exception faite de l'Abitibi. Et si on veut en parler, de l'Abitibi-Témiscamingue, au niveau de la présence des omnis, on va voir qu'il y a un écart assez important entre les médecins qui sont en place par rapport aux médecins qui sont reconnus au plan, et par rapport à ce que prétend avoir besoin le Dr Couturier, une bien grosse différence. Et, si on veut être capable d'identifier où est le malaise, on va mettre le doigt dessus, le malaise. Il y en a un. Et, ça, je pense qu'on peut en parler, si vous le souhaitez, éventuellement.

Donc, l'entente avec la FMOQ, c'est une bonne entente, qui marque des pas très importants en avant quant à combler des besoins d'activités particulières, décisions prises par les commissions médicales régionales avec la régie régionale — donc, ce qui est extrêmement important pour répondre aux priorités, puis aux besoins des régions du Québec — et le plan global d'effectifs va faire en sorte qu'on se retrouve dans des régions... Et là, je réponds à la dernière question: Est-ce qu'un médecin peut s'installer en dehors du plan? Votre exemple de 5000 médecins omnis à Montréal: Est-ce que le 5001e va pouvoir s'installer à Montréal, au détriment de l'Abitibi, qui en aurait besoin, et des besoins reconnus? La loi l'a réglé, ça. Ça n'a pas fait l'objet d'échanges. La loi... C'est clair, dans la loi. On l'a réglé ensemble dans la loi. La loi dit quoi? La loi,

elle dit qu'un médecin peut toujours s'installer au-delà du plan — c'est ça qu'elle dit. Non, non. Il faut finir, laissez-moi finir. Tout de suite, c'est le drame. Oui, oui, il peut, je vous l'avais dit. Le 5001e, il peut s'installer, mais il est automatiquement déduit et enlevé du plan d'effectifs, l'année suivante. C'est ça, la réalité. Donc, en réalité... Puis, d'ailleurs, c'était une question légale, à l'époque, quand on en a discuté, mais on l'a réglée dans la loi, dans la loi que vous avez adoptée, où un individu médecin peut s'installer au-delà du plan, mais il est éventuellement soumis à la loi sur le plan d'effectifs, en termes de rajustements. Et j'ajoute — M. Charlebois me l'indique, puis c'est vrai, aussi — il peut s'installer, mais il ne peut pas avoir de nomination, donc, de privilèges, dans un établissement du réseau. Ça aussi, c'est un élément qui est assez important.

**M. Trudel:** Si vous tenez absolument à ce que je vous félicite sur l'entente avec les omnis pour ce qui est de l'intrarégional, c'est oui. C'est parfait, sur l'intrarégional. Mais ce n'était pas ça, le problème auquel on devait s'adresser, premièrement.

Deuxièmement, la question, la vraie question sur les plans d'effectifs médicaux sur lesquels vous venez d'apporter une réponse, est-ce que vous pouvez, ici, dire qu'en vertu du plan que vous avez décrit comme étant accepté dans toutes les régions du Québec, qui va...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, je n'ai pas dit: accepté dans toutes les régions, j'ai dit...

**M. Trudel:** ...en voie de...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Ce que j'ai dit, c'est qu'il était accepté par les fédérations médicales, les universités, le ministère, et qu'il y avait transmission aux régies régionales. Il y a, dans ces plans-là, des discussions avec les régions, qui disent: Vous n'avez pas tenu compte, assez, de telle réalité, telle réalité. Je n'ai pas dit que les régions avaient accepté.

**M. Trudel:** Mais si ça a valeur de contrainte — ça n'en a pas, vous venez de le dire, il y a toujours la liberté, avec la restriction — ça veut dire qu'il va y avoir 110 spécialistes de moins à Montréal et 30 spécialistes de moins à Québec, en 1996. On ne pourra pas... Il y en a 30 qui sont installés ou qui ne pourront plus continuer à être à Québec ou 110 qui ne vont pas pouvoir continuer ou s'installer à Montréal, les spécialistes, selon le plan d'effectifs qui a été préparé, et pour lequel les fédérations de médecins viennent de dire oui, avez-vous dit, et qui est encore en discussion dans les régions, dans l'ensemble des régions du Québec. Parce que, encore une fois, la vraie question, c'est: Est-ce que les plans d'effectifs ont des valeurs de contrainte? Vous me répondez: En vertu de la loi et, deuxièmement, dans la négo qui vient d'avoir lieu, on n'y a pas touché parce que la loi réglait ça, la liberté continue d'être le premier

critère. Et, par ailleurs, sur le désincitatif à ces gens de se maintenir en région universitaire, en ce qui s'agit des **omnipraticiens**, le plus grand **facteur** désincitatif qui faisait le plus mal à cette catégorie, le président syndical dit: Nous autres, ce qui nous faisait le plus mal en termes de désincitatif, on vient de le faire sauter. On aurait aimé ça le faire sauter au grand complet, mais ce qui nous faisait le plus mal, on l'a fait sauter.

Question: Est-ce que les fédérations de médecins, est-ce que le ministère, est-ce que le gouvernement dit: À terme, dans 3 ans, il va y avoir, de façon contraignante, 110 spécialistes de moins à Montréal, puis 30 spécialistes de moins à Québec?

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon. La question est très bonne, puis je pense qu'elle est fondamentale pour un meilleur équilibre de présence de spécialistes dans les régions du Québec, parce qu'on déborde, on déborde un petit peu.

Quand j'ai insisté tantôt sur...

**M. Trudel:** J'aurais pu prendre les **omnis**, je prends ceux-là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je comprends. Mais je comprends, l'exemple est le même, de toute façon. Ce que je comprends, c'est que, quand je vous ai dit tantôt qu'il fallait voir l'ensemble des pièces pour être capable de mesurer ce à quoi on peut s'attendre dans quelques années, que les plans d'effectifs, c'était extrêmement important et que toute la négociation découlait du plan d'effectifs, la difficulté de 1990-1993, avec le plan d'effectifs, c'est qu'il n'était pas partagé par les **fédérations** médicales, par la Corporation professionnelle des médecins du Québec ni par les universités. Quand vous êtes dans une situation où vous tentez d'appliquer un plan qui n'est pas partagé par l'ensemble... Parce qu'ils disaient, à l'époque, qu'il y avait des erreurs méthodologiques assez importantes et qui ne tenaient pas compte de différents besoins, comme le vieillissement du corps médical, les besoins au niveau de l'enseignement, de la recherche, et ainsi de suite, il y avait donc un tirage de poignets assez important. Malgré tout ça, 1990-1993, alors qu'on avait constaté en 1990 que la **région** de Montréal était en surplus, on leur a signifié des attentes comme on l'a fait dans la région de Québec. On s'est donc retrouvé, à Montréal, avec un redressement spectaculaire — et **M. Charlebois** pourra vous donner les chiffres, si vous le voulez — parce que les gens ont pris la situation en main.

À Québec, ça n'a pas été le cas. À Québec, ça n'a pas été le cas. Il y a encore des hôpitaux, dans la région de Québec, qui aspirent à être un centre hospitalier universitaire, qui en ont fait entrer par la porte d'en arrière. Ils les ont cachés par toutes sortes de techniques, et ils ont défoncé le plan d'effectifs. La valeur du plan d'effectifs, aujourd'hui, c'est qu'il est partagé dans ses grands objectifs et davantage par l'ensemble des intervenants, et qu'il y a donc des attentes signifiées au niveau des régies régionales quant au respect du plan

d'effectifs, et le plan d'effectifs devra être respecté. Et, ça, c'est clair. C'est clair et on est dans une meilleure situation maintenant, en 1993-1996, pour le faire respecter, et la région la plus délinquante de toutes les régions du Québec est la région de Québec.

J'ai d'ailleurs discuté avec Mme la présidente de la régie régionale, au cours des dernières semaines, pour lui signifier que c'était le vrai triennal qu'il fallait respecter. Et j'ai sa collaboration quant à ce respect-là.

Sur le plan des nombres, **peut-être** que **M. Charlebois** peut les identifier, parce que je ne voudrais pas qu'on reste collé avec un chiffre qui ne serait **peut-être** pas vrai. Oui, mais qu'on donne les chiffres en termes d'objectifs, parce qu'ils sont dans les documents, puis que ce soit public.

**M. Charlebois (Maurice):** Sur le plan des nombres, ce qu'il est important de retenir, c'est que le plan d'effectifs que les établissements doivent faire et que les régies régionales doivent approuver est basé sur des objectifs de croissance ou de décroissance que le ministre donne et que le ministre va transmettre aux régies ces jours-là. Les objectifs de croissance et de décroissance visent une période de 3 ans. Et, durant cette période de 3 ans, il y a un ajout net de médecins, au Québec. Et c'est cet ajout-là qui est partagé. Alors, ce qui est prévisible au cours des 3 prochaines années, c'est qu'il y aura un ajout net d'à peu près 800 médecins au Québec. Les objectifs de croissance et de décroissance sont faits en tenant compte de cet ajout net. (11 heures)

Plus précisément, pour les régions de Montréal et de Québec, ce n'est pas une réduction de 110 spécialistes qui est prévue dans les prochains objectifs mais une réduction de 44 pour les spécialistes. Et il y a une croissance des omnipraticiens qui est prévue pour la région de Montréal, de l'ordre de 90. Je pense que c'est important aussi de signaler ce point. On a parlé beaucoup tout à l'heure d'activités particulières et des régions autour des omnipraticiens. Quant aux omnipraticiens, il y a des objectifs de croissance qui sont donnés à la région de Montréal au cours des 3 prochaines années, croissance prise à même les 350 ou 400 omnipraticiens qui vont se rajouter au net au cours des 3 prochaines années. L'entente sur les activités particulières, je pense qu'il est bien important de la distinguer des mesures de répartition d'effectif. Il s'agit d'une entente visant à mobiliser les médecins dans les activités des établissements.

**M. Trudel:** Dans le premier document que vous avez transmis aux régies régionales à titre indicatif, c'était 110 médecins spécialistes de moins à terme, en 1996, pour la région de Montréal, n'est-ce pas? «Isn't it?»

**M. Charlebois:** Oui, mais le final sur lequel il y a un consensus qui a été établi à la table de concertation sur l'effectif médical de même qu'avec l'ensemble des régies régionales, dans les consultations qu'on a faites, nous, le final donne le chiffre que je viens de vous

transmettre.

**M. Trudel:** Là-dessus, je ne peux pas m'empêcher de faire un petit commentaire. Vous avez bien employé le mot, ce sont des objectifs à atteindre. Bravo! pour vouloir atteindre ces objectifs. La contrainte, elle n'existera pas. Point. Point. Elle n'existera pas. Point.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais ce n'est pas...

**M. Trudel:** Deuxièmement...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce n'est pas juste un commentaire, là, vous en conviendrez. C'est une affirmation qui n'est pas exacte. C'est pour ça que j'insistais pour le dire au départ. À partir du moment où des plans d'effectifs ne sont pas partagés... On a eu énormément de difficultés avec les facultés de médecine pour faire partager notre point de vue, pour la simple et bonne raison que les premiers plans d'effectifs ont été défoncés par les universités.

On s'est servi, par exemple, de la nomination de professeurs ou de chercheurs pour faire en sorte qu'on défonce littéralement les plans d'effectifs à l'époque. C'est pour ça qu'on s'est retrouvé avec plus ou moins 454 nominations, ce qui était devenu inadmissible, parce qu'on se servait de cette nomination-là pour faire que la rémunération soit à 100 % au lieu de 70 %. On s'en est aperçu, on a bouché le trou en disant: Dans le plan d'effectifs, il faut tenir compte de ça, mais c'est 150 et ce n'est plus 454. Donc, ça rend disponibles pour ailleurs des médecins. Et, ça, c'est des mesures qui, au fil des ans, vont donner des résultats très intéressants. Les plans d'effectifs ont des contraintes, et ça doit être respecté; et c'est aussi un des rôles du ministère que de les faire respecter. Et, finalement, c'est ça, et c'est ce que la loi a déterminé.

**M. Charlebois...**

**M. Charlebois:** Si vous permettez, ce que je voudrais ajouter: les plans d'effectifs, c'est un outil de gestion de la main-d'oeuvre, essentiellement, qui est en application depuis 1987. Il y a eu un premier triennal. En 1990, un deuxième. On s'est rendu compte qu'il y avait plusieurs lacunes. Elles ont été corrigées en bonne partie dans la loi, c'est-à-dire que, maintenant, le ministre a le pouvoir d'établir des objectifs. Les régies régionales y sont assujetties, les plans des établissements doivent intégrer ou doivent être établis en tenant compte de ça. Et des nominations dans des établissements ne peuvent plus être valides si elles sont en dehors du plan. Il s'agit là d'un ensemble d'outils ou de renforcements qui ont été établis et introduits dans la loi l'an dernier et qui sont là.

Mais, ceci étant dit, l'approche que nous avons eue pour l'élaboration du plan de répartition et la détermination des objectifs a été, le plus possible, d'en faire un projet commun. C'est vrai que c'est des objectifs, mais si les objectifs sont partagés — et il y a des méca-

nismes qui sont introduits maintenant, comme les commissions médicales, et les régies régionales ont plus de pouvoirs — si les objectifs sont partagés, il y a plus de chances qu'effectivement ils soient atteints. Il ne faut pas non plus dresser un tableau trop noir de ce qui s'est produit depuis 1987; 1987-1990, 1990-1993, il y a eu une amélioration au niveau de la répartition des effectifs, et on pense qu'avec les objectifs partagés, maintenant, on va simplement renforcer cette amélioration.

**M. Côté (Charlesbourg):** Juste un petit élément que je ne voudrais pas laisser sans réponse, parce que le député a soulevé la question hier en Chambre. Au niveau de la page 5 de l'entente, à 2.5.4, je ne sais pas s'il souhaitait que je tente d'apporter une réponse.

**M. Trudel:** La réponse est là. Elle est écrite.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K., mais vous la comprenez comment? C'est ça qui m'inquiète.

**M. Trudel:** Non, non, ce n'est pas... Il faut savoir lire le français. On va lire le français.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, mais...

**M. Trudel:** C'est que, quand tu manifestes, quand tu n'as pas d'activités particulières...

**M. Côté (Charlesbourg):** Du français...

**M. Trudel:** ...à Montréal, Québec ou Sherbrooke... Ah! les débutants?

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça me paraît assez important, merci!

**M. Trudel:** Ah! les débutants, là, je peux vous le lire, si vous voulez.

**M. Côté (Charlesbourg):** Comment?

**M. Trudel:** Je peux le relire, si vous voulez.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais c'est parce que...

**M. Trudel:** «En cas d'absence ou d'insuffisance d'activités médicales particulières dans le territoire où il a établi son lieu de pratique, ce médecin peut, à des fins de qualifications, effectuer des activités particulières dans une autre régie régionale.»

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais le français de l'introduction.

**M. Trudel:** Question, question, question, question, question. M. Cantin, M. Cantin, question. Mécanique.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, non, c'est ici que vous allez venir, là.

**M. Trudel:** Ah! M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, parce que...

**M. Trudel:** Est-ce qu'un médecin omnipraticien qui atteint son quota de salaire dans une région de base peut aller dans une région éloignée pour aller chercher davantage?

**M. Côté (Charlesbourg):** J'aurais tendance à vous dire, si on était dans une conversation privée: Mon snoreau, vous déviez passablement, y compris avec la langue française.

**M. Trudel:** Non, non, non, non, non, non, non!

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, non, non, non, non!

**M. Trudel:** Je ne suis pas tordu, ni de la distorsion... Je fais de la logique.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, non, non, non! On va reprendre votre logique au début. Puis, le français veut dire ce que le français veut dire. Et, si vous regardez... Je vais vous en lire un petit bout que vous avez oublié.

**M. Trudel:** Allez-y, lisez tout si vous voulez.

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors, il est très important parce que, quand on dit: «En cas d'absence ou d'insuffisance d'activités médicales particulières dans le territoire où il a établi son lieu de pratique, ce médecin...» Qui est-il, ce médecin? La question, c'est important. Si le français veut dire ce que le français veut dire, il faut aller voir à l'introduction: «Au bénéfice du médecin dont la pratique a débuté depuis la date d'entrée en vigueur de l'entente relative aux activités médicales particulières, il est prévu ce qui suit.» Ça veut dire quoi, ça? C'est-à-dire que c'est une clause qui va disparaître en cours de route, parce qu'elle s'applique au médecin qui est déjà en place.

Et la question qui se posait, c'est: Est-ce qu'on peut contraindre, par exemple, un médecin qui est installé à Montréal depuis huit ans à aller faire des activités particulières ailleurs s'il n'y en a pas là? C'est ça, la question qui s'est posée. C'est donc, mon cher député, une clause qui, à échéance, va disparaître. C'est pour tenir compte d'une réalité terrain qui est celle-là. Ce n'est donc pas une clause qui sera encore là au moment où vous prendrez le pouvoir.

**M. Trudel:** C'est une clause crépusculaire qui reste à négocier dans sa disparition, n'est-ce pas? Le crépuscule n'est pas encore arrivé. On s'entend là-dessus.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais on convient que ça a une portée, quand même, très limitée.

**M. Trudel:** Non, ça a une portée très grave au niveau de la réalité de la répartition des effectifs médicaux. «C'est-y» vrai, ça, que, quand tu as atteint ton quota puis que tu t'en vas dans une région éloignée, tu peux continuer au-delà, parce que tu t'en vas rendre service là où il y a un manque de médecins? C'est bien vrai, ça, hein?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais ce n'est pas ça, là. Vous posez une autre question. Celle-là, on y arrive. Je laisse la liberté à M. Charlebois ou à M. Cantin de répondre.

**M. Trudel:** Ce n'est pas dans l'entente. Non, non, je m'excuse, M. le ministre, mais j'aimerais ça entendre M. Cantin, s'il vous plaît, parce que je ne parle pas de l'entente, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Je m'excuse.

**M. Trudel:** Je ne parle pas de l'entente.

**M. Côté (Charlesbourg):** Un instant! Un instant, là! Vous avez le choix de vos questions, on veut avoir le choix des réponses.

**M. Trudel:** Je vous le concède.

**M. Charlebois:** Il faudrait que j'aie un peu plus de précisions sur le quota. Qu'est-ce que vous entendez par «quota»?

**M. Trudel:** Non, non, mais vous avez une entente...

**M. Charlebois:** Oui.

**M. Trudel:** ...avec un plafond pour...

**M. Charlebois:** La rémunération.

**M. Trudel:** ...la rémunération pour un médecin?

**M. Charlebois:** Non, mais il n'y a aucun lien, là.

**M. Trudel:** Laissez-moi faire les liens. Répondez à ma question.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais c'est parce qu'on peut...

**M. Charlebois:** C'est parce que le plafond qui apparaît aux ententes, le plafond trimestriel, c'est une chose. Cette entente-ci, ce qu'elle prévoit, c'est qu'un médecin qui a moins de dix ans et qui est visé par l'entente, il doit gagner un certain...

**M. Trudel:** M. Charlebois, je vous arrête tout de suite, parce que notre temps est précieux. Ce n'est pas ça, ma question.

**M. Charlebois:** Bien, je ne la comprends pas.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K., bien, voulez-vous la reposer d'une manière très claire et poser toutes les questions que vous voulez que...

**M. Trudel:** En dehors de l'entente, actuellement, 3 avril — O.K., tiens, on va le placer comme ça — à 14 heures...

**M. Côté (Charlesbourg):** 5 h 30.

**M. Trudel:** 5 h 30, 4 h 30, est-ce qu'un médecin, dans sa convention collective actuelle, un **omnipraticien**, n'a pas un quota d'honoraires de fixé, un plafond, annuellement? Ce n'est pas un quota, pardon! Je vais changer mon terme. Est-ce qu'il n'y a pas un plafond d'honoraires qui est fixé, par médecin, annuellement, par trimestre?

**M. Charlebois:** Trimestriellement.  
(11 h 10)

**M. Trudel:** Bon, trimestriellement. Y a-t-il l'une ou l'autre des circonstances dans lesquelles un médecin peut dépasser ça? Comme, par exemple — un exemple tout à fait au hasard, évidemment: je suis à Montréal, j'ai atteint mon quota trimestriel et je m'en vais faire de l'urgence à Rouyn-Noranda parce que, qu'est-ce que vous voulez, il m'en manque. Alors, tu peux augmenter ta rémunération, n'est-ce-pas? Comme diraient les Anglais: «isn't it?» Ça a besoin d'être oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, non...

**M. Charlebois:** C'est déjà prévu aux ententes.

**M. Trudel:** C'est ça. Je ne parle pas de l'entente de M. Charlebois, je parle de celle que vous administrez, vous.

**M. Cantin:** Non, non. C'est ça. C'est déjà prévu aux ententes et, comme tel, pour des activités désignées, ils peuvent dépasser.

**M. Trudel:** Savez-vous ce qui va se passer? Savez-vous ce qui va se passer? Quand on permet d'aller faire des activités particulières en région pour adhérer à l'entente, 12 heures par semaine, il y a des gens — parce que ça se fait déjà — qui vont aller dans les régions périphériques faire des activités rémunérées au-delà du taux de la région où ils ont feu et lieu, et ces activités vont avoir deux qualificatifs. Elles vont contribuer, à titre d'activités particulières, à qualifier le médecin dans sa région de base comme adhérent à l'entente, et, deuxièmement — je connais ça, je voyage toutes les semaines par avion — on vient de forcer, on vient de

développer et de renforcer le phénomène de l'itinérance. C'est-à-dire, ce n'est pas bien, bien long, rembourser le billet d'avion **Rouyn-Noranda—Montréal**. Je prends celui-là, parce que je les vois. Qu'est-ce que voulez que je vous dise, M. le ministre? Et on va développer... Ce que cette entente-là va favoriser, c'est l'itinérance des médecins.

Et c'était ça, précisément, l'objet de la question, en rapport avec ce qui existe. C'est pour ça que je trouve que c'est une belle combine d'entente. Les négociateurs, je veux dire syndicaux, ont toute mon admiration. C'est fin, cette entente-là. Ils ont réussi à battre l'horloge, ils ont réussi à avoir tous les éléments qui, en termes de désincitatifs ou de contournement de l'entente, ne vont pas favoriser l'arrivée de médecins dans les régions périphériques. C'est ça, mon point, et je suis bien sûr que je ne peux pas vous faire changer de point de vue en disant: Vous, vous avez le point de vue pessimiste et, moi, j'ai le point de vue optimiste — que vous dites, là.

Mais, ce que je veux vous dire, c'est que, dans les régions du Québec, non seulement en termes de manque d'effectifs médicaux mais aussi — et là je l'ajoute — en termes de pratique médicale... Les chiffres de la Côte-Nord montrent **peut-être** qu'il y a suffisance de médecins **omnipraticiens**, mais **allez-voir** la qualité de vie de ces médecins, ce qu'ils ont, s'ils ne sont pas épuisés, s'ils ne souhaiteraient pas en avoir, compte tenu des 168 heures, par exemple, à assumer à l'urgence dans des petits centres. Le point que je veux démontrer par rapport à la question d'hier et par rapport au paragraphe 2.5.4 de l'entente avec les omnis, c'est que tout ce qu'il y avait à contourner a été contourné.

**M. Côté (Charlesbourg):** Pas du tout, pas du tout. C'est, je le répète à nouveau, une interprétation très pessimiste. Je comprends que, en voyageant en avion, vous puissiez rencontrer des médecins spécialistes qui font de l'itinérance...

**M. Trudel:** Et omnis.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...surtout spécialistes; surtout spécialistes — et j'insiste — pour régler des problèmes au niveau des régions du Québec. Une chose qui est certaine, c'est que, avec les commissions médicales régionales, les implications des régies régionales avec les plans d'effectifs, les régions sont davantage impliquées dans ce processus. Je ne dis pas qu'il n'y a pas ce genre de situation là qui peut se produire. Ça ne serait, je pense, pas raisonnable de penser qu'il ne puisse pas y avoir, très occasionnellement, ce genre de situation là.

Évidemment, je vous trouve très généreux, très, très généreux, et c'est une générosité que je ne partage pas, compte tenu des séances de négociations qu'il y a eu. On les connaît, les demandes, nous autres, des fédérations médicales, sur la table, au moment de la négociation, et on sait exactement ce qui s'est passé, heure après heure et jour après jour, sur le plan de la

négociation. Je ne jouerai pas le jeu d'aller sur la place publique pour dire: Vous voyez, là, M. Richer ou M. Marier, vous avez demandé telle affaire, voici ce que vous avez eu. Ce n'est pas ça du tout. Quand on s'assoit à une table, sur le plan d'une négociation, c'est pour régler au meilleur profit des citoyens.

Et j'aimerais que, là-dessus, M. Charlebois puisse en dire davantage, parce que c'est lui qui a été à la table de négociation. Il a reçu, de manière assez régulière, les instructions du ministre, mais c'est lui qui était à la table, et peut-être qu'il vous en dira plus. Et il connaît ça un petit peu aussi.

**M. Charlebois:** Mais, ce que vous évoquez comme possibilité, ça existe déjà aujourd'hui...

**M. Trudel:** Je comprends.

**M. Charlebois:** ...c'est-à-dire qu'un médecin omnipraticien peut aller en région. Lorsqu'il va en région, c'est pour combler des besoins, nous imaginons.

Lorsque vous lisez l'article 2.5.4, ce qu'il dit, c'est: «S'il y a insuffisance d'activités dans sa propre région. S'il y a insuffisance dans sa propre région, il peut, pour combler l'écart... Si, par exemple, le médecin trouve 8 heures d'activités particulières et qu'il lui en manque 4 pour satisfaire aux exigences de l'entente, il pourrait aller dans une autre région. S'il va dans une autre région pour ce montant, pour ces 4 heures ou pour 6 heures, supposons... Enfin, s'il va dans une autre région, il faut bien comprendre qu'il reçoit les 115 %, dans le cas des omnipraticiens, uniquement pour ces heures qui sont faites dans la région et non pas pour toute sa pratique.

Donc, ce que vous évoquez comme éventualité, il y a effectivement un incitatif au niveau du revenu, mais qui est très léger. Ce n'est pas un incitatif qui, à mon sens, est suffisamment puissant pour que les médecins des régions, soit de Québec ou de Montréal, privilégient des activités. Il faut bien comprendre aussi qu'il s'agit d'activités particulières qu'il fait dans une autre région, donc des activités qui ont été établies par la région régionale. Il faut qu'il fasse une demande à la commission médicale régionale et qu'il soit accepté par la commission médicale régionale. Ça veut donc dire qu'il y a insuffisance d'effectifs dans cette région. J'y reviens, il faut que l'incitatif soit suffisamment puissant pour qu'il aille courir les régions éloignées, donc faire de l'itinérance plutôt que d'aller dans sa région limitrophe.

Maintenant, c'est une soupape qui a été introduite dans le système parce que, s'il y a des besoins au niveau des activités particulières dans les régions, enfin, nous, on ne voulait pas se couper de possibilités que ces besoins soient remplis. Mais, tel que vous le présentez, comme un dérapage qui peut se produire, ça me semble une éventualité très, très, très hypothétique.

**M. Trudel:** Je vous remercie de la réponse... Enfin, je ne vais pas la qualifier, je vais partir une polémique. J'ai d'autres questions à poser, mais je vous

remercie de la réponse. Je vous avertis, je vais la ressortir. Je vous avertis, je vais la ressortir parce que, le minimum que je peux dire, c'est: Vous, vous nous jugez tout petits, là. Je verrai bien si, dans les effets, c'est un facteur incitatif à l'itinérance. On est tanné, dans les régions du Québec, de vivre comme des camps de ressources. On est tanné de faire en sorte qu'on arrive le matin et on repart le soir ou, encore mieux que ça, on arrive le matin en avion, on passe deux, trois jours pour défoncer le quota. La pratique régulière, ça veut dire que, quand, le vendredi, ou le lundi, ou le mardi de l'autre semaine, on en a besoin, de la ressource, parce que c'est le médecin de famille, bien, le médecin de famille, il n'est pas là. Moi, j'ai géré d'autres établissements qui n'étaient pas des établissements de santé; j'ai affronté ça, aussi.

Mais, là, je vais quitter ce terrain, on va prendre toute la journée. Je vous remercie pour la réponse. Quant à moi, elle est très claire là-dessus, c'est ce que je voulais soulever. Je ne pouvais pas m'empêcher cependant de poser la question en même temps, puis d'écouter votre réponse.

**M. Côté (Charlesbourg):** Juste là-dessus, pour terminer, parce que ça me paraît aussi important, là. Vous avez un point de vue qui est différent du nôtre quant aux effets de l'application de cette loi-là, de cette entente. C'est l'avenir qui le dira, finalement. C'est la pratique qui va nous dire si c'est votre tendance qui avait raison ou si c'est la nôtre. Je pense qu'il est normal de prétendre, de votre côté comme du nôtre, que c'est chacun la nôtre qui va déterminer tout ça.

**M. Trudel:** La défense des crédits n'est pas faite pour régler des problèmes particuliers, mais il faut quand même que je vous pose la question. Et, par ailleurs, au minimum, puisque vous l'avez reconnu, qu'est-ce que vous allez faire pour l'**Abitibi-Témiscamingue**? Parce que, là, entente, long terme, moyen terme, différence des incitatifs... Allez-vous faire quelque chose pour cette région-là? Je ne suis pas désincarné, moi, là. Je ne viens pas de...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah, je comprends.

**M. Trudel:** ...la rue Saint-Laurent, à Montréal, puis je suis bien content. Et, encore une fois, je me réjouis pour l'intrarégional, Montréal, Québec et Sherbrooke, mais, là, avez-vous un plan de marche là-dessus?

(11 h 20)

**M. Côté (Charlesbourg):** Tout d'abord, dans le cas de l'**Abitibi**, il y a une problématique particulière qui s'est développée. Il ne faut pas dire qu'il ne s'est rien fait pour l'**Abitibi**. Je me rappelle, moi, je suis allé à l'hôpital de Rouyn-Noranda en votre présence, et on a discuté de la problématique des spécialistes, et y compris à Amos, y compris à **Val-d'Or**, les principaux centres hospitaliers, et j'ai fait, par le ministère, réajuster ou tenir compte d'une certaine réalité d'impact de

l'arrivée de nouveaux médecins, de nouveaux spécialistes.

Il ne faudrait pas qu'on pense non plus que le ministère et le ministre ont dormi sur la «switch» dans le cas de l'Abitibi-Témiscamingue. Ce ne serait pas tout à fait vrai, et je pense que vous avez suffisamment d'honnêteté pour être capable de l'admettre.

**M. Trudel:** Oui, oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça a donné des résultats assez importants. Parce qu'un des problèmes que nous soulevaient à l'époque le centre hospitalier de Rouyn-Noranda, celui d'Amos et de Val-d'Or était qu'on avait une capacité d'attraction de médecins mais qu'on avait une difficulté de rétention des médecins, compte tenu de la reconnaissance budgétaire que le ministère n'avait pas faite ou devait faire à l'établissement.

On a — tout étant relatif — quand même solutionné une partie du problème à ce niveau-là. Il y a donc, à ce **moment-ci**, un problème d'attrait des médecins pour aller pratiquer en Abitibi-Témiscamingue. C'est ça, le problème, qui n'est pas uniquement le fait aussi du ministère. Parce que le ministère peut faire bien des choses. La rémunération différente, elle continue d'exister. Elle est là. Le ministère peut, sur le plan des équipements, bonifier les équipements pour attirer les médecins, mais il y a aussi du travail de vente ou de recrutement à faire par la région régionale au **niveau** de l'Abitibi-Témiscamingue.

Et, là-dessus, ce n'est pas uniquement des efforts concertés des deux qui vont nous permettre — du ministère et de la région — de régler les problèmes. On l'a réglé, pour une bonne partie, par des médecins qui avaient des contraintes, des obligations de trois ans, de quatre ans, **dépendamment** des bourses qu'ils avaient reçues. Et on se rend compte en bout de terme que, lorsqu'on a fait ce qui était obligatoire, il y a une tendance naturelle à revenir vers des centres universitaires. C'est un peu ça contre quoi on lutte.

Au fil des années, par des mesures ponctuelles, on a réussi tant bien que mal à maintenir le fort et à avoir une présence médicale relativement importante au niveau de l'Abitibi-Témiscamingue. Qu'on veuille développer de nouveaux services au niveau de l'Abitibi-Témiscamingue, c'est vrai. Quand on a parlé de traitement du cancer, vous vous en souviendrez très certainement, les gens ont dit: Pourquoi est-ce qu'on ferait voyager le bénéficiaire de la région de l'Abitibi à Montréal pour recevoir des soins? On a fait des efforts dans ce sens-là pour être capable de faire voyager le médecin au lieu du patient. Ça, c'est bon, parce que... Dire que l'itinérance, ce n'est pas bon, ce n'est pas vrai. L'itinérance a son bon côté pour des points de service qui nous permettent de régler des problèmes qui ne sont pas en nombre suffisant pour maintenir des équipes pour dispenser des services de manière permanente là-bas. Et, ça aussi, c'est bon. C'est comme ça qu'on a réussi à régler un certain nombre de problèmes de l'Abitibi-

Témiscamingue.

Le problème plus fondamental est celui d'une présence plus permanente d'omnis et d'une présence plus permanente des spécialités de base. Bon. On a pris des décisions au cours des dernières années. Malheureusement, je ne serai pas là pour en voir les résultats et les profits. Ce sera quelqu'un d'autre qui en bénéficiera. Mais on forme davantage maintenant des médecins de médecine interne, des anesthésistes, des chirurgiens. À terme, ces choses-là vont finir par se régler.

Et je rencontre, pour vous le dire, là, demain matin les régies régionales, les présidents des régies régionales, et j'ai l'intention de m'entretenir avec M. Barrette de la problématique particulière de la présence médicale au niveau de l'Abitibi-Témiscamingue et de développer encore plus serrés des liens entre le ministère et la région pour voir ce qu'on peut faire pour combler les besoins — je répète, là — pas ceux dont prétend avoir besoin le Dr Couturier, ceux que nous estimons être nécessaires pour dispenser les services au niveau de l'Abitibi-Témiscamingue.

**M. Trudel:** Si ça fait mieux votre affaire, prenez ceux du Dr Marleau, et on va s'entendre vite.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais, c'est parce que vous m'avez...

**M. Trudel:** Je veux dire que je comprends que vous êtes ouvert à des mesures spécifiques. Ouvert, je n'ai pas dit... Vous êtes ouvert à des mesures spécifiques pour régler l'**omnipratique** qui est un drame en Abitibi-Témiscamingue. Juste ça. Vous êtes ouvert.

**M. Côté (Charlesbourg):** À utiliser tout ce qu'on a comme moyens pour être capable de régler les problèmes.

**M. Trudel:** Parfait. Une entente avec les spécialistes. C'est correct, j'occulte ça. Il ne faut pas oublier l'autre bout, là. L'autre bout est très important.

### Réduction des dépenses du système de santé

Dans cette entente avec les spécialistes, l'accord-cadre non signé dont les modalités restent à définir, à la page 2 des 3 pages de l'**accord-cadre** que vous m'avez transmis...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** ...il y a des blancs. Il y a des blancs au point 4. Le point 4, ça s'intitule: «Concernant la réduction des dépenses du système de santé».

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** Et là je vais lire un paragraphe: «Lorsque des mesures découlant de cet exercice seront implantées, un partage des économies en résultant pour-

ra conduire à l'ajustement de la rémunération, selon des modalités à convenir. Ces modalités sont les suivantes:» blackout. Je ne sais pas si ça a été effacé, si le traitement de textes s'est mis à trembler, sauf qu'on retombe après ça, en disant: «Toutefois, la Fédération convient que les premiers 12 000 000 \$ d'économies récurrents identifiés et résultant de cet exercice ne seront pas soumis aux modalités de partage.» C'est quoi, le «deal», là?

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Non, non.

**M. Trudel:** C'est quoi, le «deal»?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non.

**M. Trudel:** C'est quoi, le «deal»?

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais je vais vous reprendre exactement comme je vous ai repris tantôt: le français veut dire ce qu'il veut dire, et vous l'avez très bien dit; et c'est pour ça que ça m'a frappé quand vous l'avez relu. On va se le relire ensemble pour voir si ça veut dire des choses. On dit: «Lorsque des mesures découlant de cet exercice seront implantées, un partage des économies en résultant pourra conduire à l'ajustement de la rémunération, selon des modalités à convenir.» Ce n'est pas selon des modalités convenues, «selon des modalités à convenir.»

**M. Trudel:** Non, mais...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, laissez-moi finir, s'il vous plaît là! C'est ça que ça veut dire, le français.

**M. Trudel:** Les 5 mots qui suivent, s'il vous plaît.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, à convenir. «Ces modalités sont les suivantes.» Bien sûr.

**M. Trudel:** O.K.

**M. Côté (Charlesbourg):** Parce qu'on est en négociations actuellement, et les lignes qu'il y a en bas, ça, vous allez être renversé par ce succès-là. On dit: «Toutefois, la Fédération convient que les premiers 12 000 000 \$ d'économies récurrents identifiés résultant de cet exercice ne seront pas soumis aux modalités du partage.» Bon. Pourquoi ces 12 000 000 \$ ne seront-ils pas soumis aux modalités de partage? Parce qu'on a dit qu'on appliquerait aux médecins la même chose qu'on applique au secteur public et parapublic. Les 12 000 000 \$ sont l'équivalent du -1 % dans les avantages pour les autres. On dit donc, là, que le partage se fera dans ce qui est additionnel aux 12 000 000 \$, la récupération des 12 000 000 \$ étant totale pour l'État. C'est ça que ça veut dire. C'est exactement ça, pas autre chose que ça. Donc, on a réussi à conclure avec les médecins ce qu'on n'a pas encore réussi à conclure avec

les employés de l'État.

**M. Trudel:** Qu'est-ce que vous avez fait dans la négociation avec les spécialistes, puisque vous n'avez rien que parle, parle, jase, jase, tapisse, peinture, là?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, c'est clair.

**M. Trudel:** Vous aviez un papier qui s'appelait un résumé des coûts, et intitulé «Désassurance». Et là vous avez 12 éléments assurés. Est-ce que je comprends que vous vous êtes assis avec les médecins spécialistes, que vous avez fait la négociation en rapport avec l'application de 360, 366 de la nouvelle loi 120, et que vous avez aussi négocié les conditions de travail incluses partiellement dans le décret primitif de 1982? Et, quelle part, vous avez dit: Bon, bien, là, il faudrait discuter des 30 000 000 \$ de dépassement de coûts de l'an passé.

Est-ce que je suis en dehors de la planète lorsque je dis: Écoutez, comme vous avez dépassé de 30 000 000 \$ vos honoraires l'an passé, et qu'il va falloir aller les chercher, est-ce qu'on pourrait faire un «deal» sur... Nos objectifs, c'est de couper ces services-là. Voulez-vous «dealer» avec nous autres, et on va s'entendre? Et, à part ça, on ne s'entendra pas sur le café et sur la discussion, là, on va l'écrire. On va l'écrire et on va atteindre l'objectif de désassurer pour 30 000 000 \$ de services actuellement assurés, couverts par Cantin et sa caisse, là.  
(11 h 30)

C'est pour ça que ma question est simple. C'est quoi, le «deal»? C'est quoi, le «deal» avec les médecins spécialistes pour qu'il y ait un papier écrit, dans l'entente, pour dire: On va couper ça? On va se couper ça entre nous autres, là. C'est parce que je trouve curieux... Je fais ce commentaire-là: Je trouve ça curieux que, dans des conditions de travail de professionnels de la santé, comme dans d'autres, on introduise la notion de rétrécissement des services publics. C'est une première, ça, au Québec?

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon. Évidemment, ça ne fera peut-être pas votre affaire, mais on va resituer ça dans son vrai contexte, autrement que par une question à l'Assemblée nationale qui a pour objectif premier d'ameuter le Québec sur des éléments particuliers, et qui relevait de la démagogie. Il y a 4 éléments qui ont fait l'objet d'échanges. Premièrement, il y avait l'objectif du 1er avril 1993. On s'est donc assis. On a dit: Il faut régler ce qui découle de la loi 120 et de notre entente de l'été 1991 pour respecter l'échéance quant à la répartition des effectifs un peu partout à travers le Québec. Différentes hypothèses avaient circulé, y compris celle présentée par le Dr Marier. Et c'est à ça qu'on s'est attaqué d'abord. Et on a donc réglé cet aspect-là. Au-delà de ça, on a dit: Il y a une série de dossiers qui traînent dans le décor depuis un certain temps, qu'il nous faut tenter de régler de manière globale. Et il y avait donc d'autres dossiers.

Le deuxième était la décision prise l'an dernier de réduction sur le plan salarial, de réduction, pour les spécialistes, de 30 000 000 \$. On se rappellera que c'était 50 000 000 \$ pour l'ensemble des médecins, 20 000 000 \$ pour les **omnis** et 30 000 000 \$ pour les spécialistes, ce qui faisait suite à un effort qui avait été demandé à tout le monde: pharmaciens, optométristes, employés, établissements, y compris les médecins. Il fallait donc régler ça. On nous avait donné un accord l'an passé, sans pour autant avoir progressé sur la réalisation de cet objectif-là.

Il y a un troisième élément qui était les mesures de cette année, donc le -1 %, qui devait, lui aussi, être respecté. C'était le troisième. Et le quatrième: les médecins ont décidé de faire actualiser un des éléments de l'entente du 22 décembre 1986, et qui prévoyait dans cette entente que, au cours des années, le gouvernement devrait reconnaître une productivité accrue des spécialistes. On l'a expliqué tantôt, le phénomène des **omnis** au niveau de la masse, c'est la même chose que les spécialistes. À partir du moment où il y a un dépassement annuel, il est récupéré l'année suivante. Donc, il est enlevé. Si, par exemple, vous avez une augmentation de 3 % une année et que vous avez dépassé la masse, l'année précédente, de 2 %, c'est une augmentation réelle de 1 % que vous obtenez. Ce qui a donc été convenu, c'est que ça serait le quatrième dossier. On a donc réglé nos histoires des répartitions dans un modèle qui est celui qui est là et qui sera présenté plus avant sur la place publique dès qu'on aura signé.

On a donc abordé — puisque c'est là-dessus que porte la question principale — comment on allait faire en sorte de livrer les 30 000 000 \$. Ce qui a été convenu entre les négociateurs, c'est d'examiner de manière prioritaire et non pas exclusive — de manière prioritaire — la liste que vous avez en annexe. C'est moi qui vous l'ai envoyée dans les documents, donc... Oui, oui. Alors, pour vous dire que j'ai continué mon principe que je n'avais rien à cacher et que, finalement, ça fait une discussion qui est publique. Donc, une liste qui est l'équivalent de 30 000 000 \$ de mesures. Et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, avec les négociateurs du ministère, a convenu d'échanger et de faire des propositions au ministre qui, lui, les acceptera ou pas — c'est encore la liberté du ministre — et qui nécessitera des décisions à prendre par lui et par le gouvernement quant aux mesures. C'est donc une liste qui est là à titre indicatif. Et, dans cette liste-là, il y a des éléments qui ne sont pas neufs du tout. C'est des éléments qu'on véhicule depuis au-delà de 2 ans, 3 ans, et qui ont fait l'objet d'échanges durant la commission parlementaire sur le financement du réseau. C'est donc le deuxième dossier que nous avons réglé, donc une volonté très ferme de régler les 30 000 000 \$. Et c'est ça qui s'est... Le -1 %, vous avez l'élément qui est là, et il reste maintenant l'entente du 22 décembre 1986, à laquelle je n'ai pas participé comme ministre responsable mais comme membre du gouvernement, et qui avait des effets de productivité dont on devait tenir compte. Bon an, mal an, chiffres arrondis, là, bon an, mal an, il

y avait un dépassement de 2 %, règle générale, de la masse, au niveau des spécialistes, dans la production d'actes. Ça, c'est un peu historique, là, ce qu'on a connu. On a donc travaillé d'arrache-pied, et M. Charlebois pourra **peut-être** vous en dire davantage sur le plan du détail technique, là, parce que c'est assez pointu.

**M. Trudel:** Essentiel, M. le ministre, c'est...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, j'arrive, j'arrive, j'arrive. On a donc reconnu un dépassement de 0,08 % par année pendant 4 ans, ce qui fait 3,2 %, alors qu'on a toujours réglé, dans le passé, pour 2 % et plus. C'est donc 2 % et plus. On est donc dans une situation où on a convenu avec les médecins de régler tout le passé et de faire en sorte qu'on le règle à 0,08 % au lieu de le régler à 2 % et plus comme on l'a fait les années passées, ce qui est relativement important.

Et, à partir du moment où vous reconnaissez qu'il y a une productivité accrue, il est par le fait même conséquent de reconnaître cette rémunération qui l'accompagne. Et, malgré tout ça — il est bon de se le rappeler — malgré tout ça, les spécialistes, comme famille, au Québec, sont à 64 % de la rémunération moyenne canadienne. Alors, s'il y a de quoi faire un plat, je pense qu'on a des problèmes de rétention, dans les régions, de médecins; on a aussi des problèmes de rétention de médecins au Québec, compte tenu de l'attrait qu'il y a à l'étranger — heureusement, l'Ontario va nous donner un coup de pouce, là. Mais, ça aussi, il faut en tenir compte; il faut être capable de s'ajuster. Et 0,08 % par année pour 4 ans, ça équivaut aux sommes que vous avez mentionnées.

**M. Trudel:** Mais soyons donc clairs. Il y a des dépassements d'honoraires ante, et dans la continuité sur la dernière année. Et, dans le «deal», il faut récupérer cela. Et, pour les récupérer, il y a, dans l'entente, un élément qui dit: Vous allez nous proposer pour l'équivalent de 30 000 000 \$ de coupures pour pouvoir les trouver, ces 30 000 000 \$. Là, c'est ce que vous avez dit, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, non, non.

**M. Trudel:** À titre indicatif, je veux dire... Ça ne veut pas dire que je vais obtenir tous les 12, là...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non.

**M. Trudel:** ...mais vous allez nous en...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non.

**M. Trudel:** ...proposer pour les récupérer.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, ce n'est pas ça que j'ai dit. J'ai dit: Il y a 4 éléments qui ont fait l'objet d'échanges. Ce qui découle de la réforme, carrément,

c'est le premier élément, et c'est celui-là que nous avons réglé d'abord. Deuxième élément: il y a des mesures qui ont été décidées l'an dernier, qui ont été acceptées par M. Marier, en termes de quantum: 30 000 000 \$ qu'il nous fallait récupérer, comme on en avait demandé aux omnis, comme on en a demandé à tout le monde à travers le réseau, et, ça, on y tenait à l'époque pour que tout le monde fasse son effort pour l'équilibre des finances du Québec. On a convenu de s'asseoir à une table et de trouver le moyen de cette livraison. On a donc assis ensemble des gens du ministère avec des gens des fédérations médicales pour faire l'inventaire d'une liste à l'intérieur de laquelle il va se faire des propositions au ministre, et le ministre, lui, va en disposer et en faire disposer le gouvernement. Le troisième élément est celui du -1 %, qui est l'équivalent de 12 000 000 \$ qu'il nous faut récupérer, sur le principe évoqué par le président du Conseil du trésor, qui est accepté par eux. Et le quatrième élément qui a été l'objet de nos échanges est celui de l'actualisation de l'entente du 22 décembre 1986 et renouvelée en 1990. Et, à partir de ça, pour régler le problème du dépassement, qui est un dépassement réel, donc, admis par les 2, et qui s'est réglé au minimum, au minimum, pour nous, avec des économies plus appréciables puisque, lorsqu'on corrigeait, dans le passé, on corrigeait toujours à 2 % et plus. On a réglé le passé à 0,08 %, donc, pour 4 ans, donc, 3,2 % au lieu de minimum 8. Et c'est ça. Bon. Il y a une parenté des chiffres...

(11 h 40)

**M. Trudel:** Mais il y a 30 000 000 \$ à récupérer quelque part.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, oui.

**M. Trudel:** Bon. Il y a 30 000 000 \$ à...

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est clair. Oui, oui. C'est clair.

**M. Trudel:** Il y a 30 000 000 \$ à récupérer quel part...

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est clair depuis l'an dernier.

**M. Trudel:** Bon. Puis il va falloir qu'ils vous fassent des propositions pour les récupérer.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Mais je vais vous dire pourquoi...

**M. Trudel:** Et...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** ...contrairement à d'autres secteurs, ce n'est pas dans la poche du salarié qu'on va aller chercher les 30 000 000 \$, c'est dans la poche du pu-

blic, en désassurant un certain nombre de services. Il y a une différence de principe assez remarquable. Les propositions... La verrue plantaire, ce n'est pas parce qu'elle est sortie du programme qu'elle vient de disparaître, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais...

**M. Trudel:** Je veux dire, l'azote liquide ne se promène pas comme ça, dans les airs, là. Ce que je veux juste vous dire, c'est ceci, puis, bon, pour moi, pour l'instant, c'est suffisant comme explication: il y a un objectif de 30 000 000 \$ à récupérer de la part des spécialistes selon l'entente sur la rémunération faite par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, puis, d'une façon ou d'une autre, il va falloir l'atteindre. On a examiné, en négociations, une liste qui pourrait... C'est le ministre qui va choisir en dernier. Ça, je comprends facilement cela. Mais c'est un principe assez particulier, puis je ne suis pas capable d'élaborer davantage aujourd'hui, compte tenu du temps qui nous reste, sur la méthode d'approche pour réduire la couverture des services publics en matière de santé. Je n'irai pas, ici, discuter de la valeur de réduire, pour 1 600 000 \$, à titre indicatif, les mammographies à l'hôpital ou les autres évoquées, les tumeurs bénignes, en espérant qu'elles vont toujours être bénignes. Mais, ce que je vous dis, c'est: Ça me semble, mais totalement inacceptable que cette façon d'aborder le rétrécissement de la couverture des services assurés soit adoptée par l'État — je n'ai pas dit le gouvernement, l'État — premièrement.

Et, deuxièmement, c'est la première fois qu'on va demander à une partie de la fonction publique — au sens de payée par l'État — de dire: Voulez-vous aller nous aider à dire là où on va aller **grafigner** dans la coupure de services, dans quelle petite poche du consommateur on va piger pour nous permettre de régler le problème financier que nous avons avec notre entente au cours des 4 dernières années, des dépassements? Pour moi, c'est clair.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, mais ce n'est pas si clair que ça. Il faut bien se comprendre, parce qu'il faut comparer des pommes avec des pommes puis des oranges avec des oranges si on veut être capable de savoir ce qui se passe.

Les 30 000 000 \$ découlent d'une série de mesures que nous avons appliquées l'an dernier. Par exemple, au niveau de l'**optométrie**, au niveau du dentaire, est-ce que le dentaire a enlevé de la poche des médecins ou de l'optométrie? Non. Au bout de la ligne, bien sûr que l'individu, aujourd'hui, doit payer, mais c'est exactement le même principe où on se retrouverait avec des spécialistes. Quand on a demandé aux centres hospitaliers 15 000 000 \$ l'an passé et 30 000 000 \$ sur une vitesse de croisière, est-ce que ce n'est pas la même logique? Les 30 000 000 \$ découlent de cette même logique. Que sur le plan philosophique vous soyez en désaccord avec la désassurance de services, bon, j'en

conviens. Je pense qu'on en a discuté l'an passé, puis vous étiez contre les mesures qu'on a décidées, puis vous êtes en continuité avec la logique exprimée l'an dernier.

**M. Trudel:** Sur l'approche, quand on...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, oui. Qu'on soit dans une situation de révision du panier de services, j'ai toujours exactement le même discours où on doit, aujourd'hui, faire des choix, et ces choix-là sont majeurs. Et ça s'inscrit dans la révision du panier de services. Et ce que nous avons prétendu, ce n'est pas avoir une possession totale de la vérité, mais, comme les médecins sont dans une pratique quotidienne et connaissent un certain nombre de choses, ils pouvaient nous indiquer des pistes plus profitables sur le plan financier et moins dommageables à l'individu. Et c'est comme ça que la discussion s'est enclenchée, et on n'en est pas... Ce n'est pas une première, ça. Ce n'est pas une première.

Et à chaque fois qu'on veut désassurer quelque chose, c'est dans les ententes, il faut aller discuter avec les fédérations médicales. Et, si ma mémoire est fidèle — parce que ça ne faisait pas longtemps, tellement, tellement longtemps que j'étais arrivé au Parlement à ce moment-là, de retour, en 1983 — vous avez désassuré les varices, comme gouvernement. C'est donc un moyen que vous avez pris à l'époque, dans un contexte budgétaire difficile, et ça a été fait. Donc, vous avez convenu d'une entente avec les médecins, et c'est une démarche qui est claire, qui est connue. Il y a donc de ces gestes-là qui ont été posés. Et il y a eu, dans ce cas-là, désassurance. Et ce n'est pas sous notre gouvernement, mais c'est à titre d'exemple. Chaque gouvernement traverse ses misères et fait des choix, mais je pense qu'au-delà de la difficulté financière de l'État actuel je leur ai dit, à peu près dans la même ligne que je l'ai dit hier: Il nous faut revoir le panier de services. Ce n'est pas vrai qu'aujourd'hui on a encore les moyens, comme société, de se payer un panier de services qui date de 20 ans, 25 ans, 30 ans et qui n'a pas été révisé. Il faut le revoir. Et il y a des choses qui, à l'époque, paraissaient parfaitement acceptables et qui, aujourd'hui, le sont moins, y compris sur le plan professionnel, y compris sur le plan professionnel.

Et des exemples, il nous en a été fourni par plusieurs. Et, finalement, c'est dans cette voie-là qu'on a décidé d'y aller. Et on aura très certainement l'occasion d'y revenir parce que, je l'ai dit tantôt, c'est des décisions qui ne sont pas prises mais qui viendront et qui seront faites à la lumière du jour.

**M. Trudel:** Sur l'objectif général de révision du panier, je n'en disconviens pas. Mais j'en disconviens profondément sur la méthode et l'approche. Et je ne pense pas que c'est ça que la commission de février 1992 avait dégagé comme perspectives parce que, là, de commencer à négocier les services publics de santé dans les conventions collectives dans les groupements profes-

sionnels, là, là, vous retombez, vous retombez très exactement dans la plus grosse dénonciation de la commission Rochon: c'est un système en otage de ses groupes d'intérêts. C'est clair comme de l'eau de roche, quant à moi.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Ce n'est pas ça du tout, là, d'abord. Ce n'est pas ça du tout. C'est exactement les décisions qui ont été prises, qu'il nous faut actualiser. Et, ce qu'on a voulu, c'est aller chercher l'expertise terrain. Ce n'est pas vous qui l'avez, l'expertise terrain, ce n'est pas moi non plus. Il faut reconnaître un certain mérite à ces professionnels qui exercent. Ce n'est pas tous des bandits, là. Et, sur le plan du conseil, je pense qu'il faut s'organiser pour être dans une situation où, effectivement, ces gens-là nous conseillent. Et, contrairement à 1983, lorsque vous avez désassuré les varices, vous avez laissé l'argent dans la masse; dans la mesure où des actions comme celle-là se posent, l'argent ne sera plus dans la masse. Ça fait une grosse, grosse différence.

**M. Trudel:** Quant à l'entente avec les spécialistes, notre échange ne m'a pas fait changer de point de vue, point, à la ligne. Je change de dossier avec la RAMQ, puisque le temps file.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

#### **Contrat sans appel d'offres à la firme Biovac**

**M. Trudel:** Les vaccins Biovac, Pharmatech, la fin de votre réponse à l'Assemblée nationale lorsque je vous ai demandé pourquoi on avait accordé sans contrat la distribution des vaccins à la filiale de IAF BioChem, Biovac, vous avez, dans votre dernière phrase, introduit la dimension suivante, à peu près ceci: Il faudrait que le député comprenne qu'il y avait d'autres entreprises qui avaient des intérêts, comme, par exemple, Connaught de Toronto, et il faut qu'il sache qu'avec Connaught — si je me trompe, vous rectifierez — ça nous a déjà coûté 2 000 000 \$. Bien, là, c'est 2 000 000 \$ que vous avez dit...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, 2 700 000 \$.

**M. Trudel:** ...2 700 000\$. Je dis: Avec Connaught, ça nous a coûté 2 700 000 \$ de plus que l'entente avec Pharmatech. Je le dis, de ce côté-là, je prends votre phrase de la fin. Enfin. Je dirais que vous avez ouvert une canne de vers à la fin de votre réponse. Voulez-vous l'expliquer, s'il vous plaît?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Ce n'est pas très, très compliqué.

**M. Trudel:** Puis je vais m'absenter juste 30 secondes, mais je vous écoute quand même.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, oui.

**M. Trudel:** Continuez.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

(11 h 50)

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est un peu spécial, là.

**Une voix:** Il a laissé son oreille.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est une très bonne oreille, qu'on côtoie depuis 4 ans dans un rôle qui n'est pas toujours facile.

Ce que j'ai dit, c'est que lorsqu'on a été contacté par cette compagnie, la compagnie souhaitait se retrouver dans la situation de l'Institut Armand-Frappier de l'époque et avoir la distribution des vaccins au Québec. Et, ça, ça a été donné, historiquement, par les gouvernements pour faire en sorte de supporter l'Institut Armand-Frappier. Et cet apport de finances était réinjecté dans la recherche, et c'était intéressant.

Ce que nous disaient BioChem et Biovac lorsqu'on les a rencontrés, ils étaient dans une situation financière très difficile et, par là même, éventuellement, auraient pu fermer les portes. C'est assez clair. Donc, ce dont on a tenu compte, c'est du fait que Biovac, cette compagnie, a développé une certaine expertise au Québec et qu'il nous fallait la maintenir à l'intérieur du patrimoine technologique des vaccins québécois. Et ce que j'ai dit: Ils nous ont fourni un exemple du risque que l'on courait dans la mesure où, eux, disparaissaient du Québec.

Au niveau du vaccin sur l'influenza, leur présence dans ce domaine, et ayant un vaccin qui permet de mener une compétition, a fait économiser au Québec 2 700 000 \$ sur le nombre de vaccins. Je m'explique: il y a eu 800 000 doses de vaccins influenza d'achetées. Le prix unitaire de Biovac était de 2,10 \$. Le prix de Connaught, sans concurrence, était de 5,50 \$.

**M. Trudel:** Quand?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oh! Je n'ai pas la date ici, là.

**M. Trudel:** L'année, à peu près?

**M. Côté (Charlesbourg):** Je pourrais trouver la date. C'est à partir d'un document qui nous a été remis, de Biovac.

**M. Trudel:** O.K.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je peux vous le donner. De toute façon, je n'ai pas de problème avec ça. Je n'ai aucun problème. Je peux vous donner le...

**M. Trudel:** Avant 1989, probablement. Probablement.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est possible. Donc,

on est dans une situation où, à situations comparées, il en aurait coûté au Québec... Il en a coûté, avec Biovac, 1 680 000 \$, alors qu'avec Connaught, sans concurrence, ça coûtait 4 400 000 \$, pour un différentiel de 2 720 000 \$ et c'était donc, dans la mesure où Biovac ou BioChem disparaît du Québec, de nous retrouver dans une situation sans compétition. C'était donc un des éléments qui a pesé dans la balance, au-delà de la conservation du patrimoine technologique au niveau du Québec, et Biovac nous disant que, quant à eux, ils voulaient réinvestir les sommes du contrat dans de la recherche.

Ce qu'il est important de rappeler, c'est qu'à ce moment-ci il n'y a pas de contrat. Ce que nous avons obtenu, c'est une négociation de gré à gré. Alors, sur le plan de la négociation, avec eux, c'est en cours. Et il y a des conditions. Il est clair que la dernière soumission publique avait fait en sorte que Pharmatech avait soumissionné moins cher en 1991 que Biovac. C'était 386 000 \$, si ma mémoire est fidèle, et il n'est pas question pour nous d'avoir un contrat de gré à gré au-delà de ce montant d'argent là. Donc, l'économie de la soumission est maintenue et, au-delà de tout cela, l'argent sera réinvesti dans de la recherche pour consolider la seule expertise de vaccins qu'on ait au Québec. C'est la décision qui a été prise, mais il n'y a pas de contrat encore au moment où on se parle.

**M. Trudel:** Bon, ça... C'est parce que le motif à la base est louable, mais ce n'est pas parce que le motif est louable qu'on peut tout faire en vertu de ce motif-là parce que, écoutez, quelqu'un qui a été à l'assemblée des gouverneurs dans le réseau de l'Université du Québec et qui a organisé la vente de l'Institut Armand-Frappier, IAF Productions, au secteur privé pour faire IAF BioChem, parce qu'on avait des problèmes à la recherche d'Armand-Frappier, connaît par coeur le problème.

L'intention peut être louable, mais la façon d'y arriver... Là où nous avons de la difficulté, c'est qu'il faut faire une différence entre la distribution des vaccins et l'achat. En autant que je comprenne la chaîne de transactions, la distribution — qui comprend la conservation, ça va de soi, là — n'hypothèque pas votre capacité de négociation avec, par exemple, un fournisseur québécois ou, j'aime mieux dire, un excellent producteur québécois, IAF BioChem.

Je vais vous dire franchement, je ne comprends pas la stricte liaison nécessaire pour aider les activités de recherche, la stricte liaison de conserver un contrat de distribution sans appel d'offres à partir du moment où vous n'avez, comme gouvernement — et tout autre gouvernement — aucune «string», aucune retenue, aucun empêchement de négocier l'achat de vos vaccins, avec qui vous voulez, à meilleur prix, de gré à gré. Bon. Il y a quelque chose. Je vous avoue que je suis intrigué par le fait de dire: Ce contrat de distribution qui n'a pas fait l'objet d'appel d'offres va devenir comme l'espèce de contrat salvateur pour une entreprise qui s'appelle IAF BioChem. Et je souhaiterais

bien que la réponse soit claire comme de l'eau de roche.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Je pense que la problématique est très, très bien posée. C'est un contrat de distribution qui ne lie d'aucune manière le ministère quant à l'acquisition de vaccins, qui se fait de la manière connue actuellement sur le plan d'appels d'offres, ou encore par négociation de gré à gré avec Biovac pour les vaccins qu'il a, pour privilégier l'achat au Québec. Autrement, c'est, au niveau de l'acquisition de vaccins, des soumissions publiques, et la règle est respectée.

Je comprends aussi l'interrogation. Est-ce que c'est le fait de 386 000 \$ additionnels par année qui va faire en sorte que ça va sauver Biovac? J'ai eu exactement la même réaction. Je vous le dis, exactement la même réaction. Je vous mettrai en parallèle un autre dossier. La trousse sida, par exemple, de Biovac, qui n'a pas réussi à passer l'étape de la Croix-Rouge canadienne et qui aurait procuré des revenus considérables à Biovac; on n'a pas réussi à faire la démonstration que la trousse de Biovac n'était pas bonne. Elle répond d'ailleurs à différents standards, et c'est quelques artifices qui ont écarté Biovac pour un contrat de 25 000 000 \$ par année pendant 3 ans ou 5 ans, je ne me rappelle pas.

Une chose est certaine, c'est que, pour Biovac qui a de la difficulté à percer le marché québécois, Biovac et BioChem vendent à l'étranger. On nous a fourni des exemples: on vend en Suisse, on vend en Allemagne, on vend à l'étranger, mais on a énormément de difficultés à percer au Québec, et il n'y a pas de signal du gouvernement assez clair.

Évidemment, ce qu'on veut, c'est avoir des bons produits au meilleur prix. Et, pour eux, c'était le moyen d'avoir un signal de la reconnaissance de Biovac, eux-mêmes disant que les 386 000 \$ que ça rapporterait pourraient être investis carrément en recherche parce qu'ils n'auraient pas besoin d'engager une seule personne additionnelle pour faire la distribution; ils ont déjà des systèmes de distribution. C'était donc un net pour eux, un apport net, en plus du signal donné quant à l'importance que le Québec reconnaissait à Biovac et BioChem. Et l'exemple le plus frappant, même s'il est un peu gros, c'est qu'à l'occasion il faut, je pense, donner, si vous me passez l'expression, un «break»; il faut donner le signal. Le gouvernement du Québec l'a fait à plusieurs reprises. Vous l'avez fait comme gouvernement. On l'a fait, nous aussi.

J'avais pris l'exemple, en Chambre, de Canadair avec les CL-215. Et, aujourd'hui, on est le seul producteur à travers le monde, c'est reconnu. C'est donc cette expertise-là qu'il faut reconnaître dans un marché qui est considérable. Et ce n'est pas Pharmatech qui peut espérer, demain matin, s'associer avec Mérieux, en France, pour être la tête de pont en Amérique du Nord. Je ne pense pas. Avec tous les mérites qu'on reconnaît à Pharmatech sur le plan de la distribution... Il n'a jamais été question de nier la qualité et la compétence de Pharmatech sur le plan de la distribution, encore a-t-il fallu,

en 1991, l'équiper de réfrigérateurs et l'équiper comme il faut et le financer pour qu'il s'équipe. Ça, M. Chausseau ne dit pas ça quand il se promène, mais c'est la réalité.

(12 heures)

Donc, on est dans une situation où c'est un message qu'on a voulu donner. Ce ne sont pas les 386 000 \$ qui vont faire en sorte que la situation financière de Biovac va être totalement rétablie, mais il y a un signal, et c'est un apport, quand même, de plus ou moins 400 000 \$, si c'était les termes... de la conclusion de la négociation qui est en cours, sans pour autant priver les Québécois de l'économie qu'on espérait.

**M. Trudel:** En tout cas, sur le raisonnement, on ne peut pas faire autrement que de dire: L'intention, c'est de l'incitatif. Mais, il y a IAF BioChem, comme boîte de recherche et de production de vaccins, ç'a quoi comme chiffre d'affaires, une vingtaine de millions? Avez-vous ça quelque part? En tout cas, je me souviens des chiffres quand on a vendu IAF Productions à IAF BioChem privatisée: c'était dans l'ordre de 7 000 000 \$, 8 000 000 \$, 9 000 000 \$; les trusses sida ont ajouté beaucoup d'activités... Dans l'ordre de 20 000 000 \$?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, je pense que c'est une quarantaine, mais je vais vérifier pour vous le redonner de manière très précise, mais il me semble que c'est une quarantaine.

**M. Trudel:** Ça reste, M. le ministre, intrigant que, tout à coup, quelque chose qui risquerait de mettre 300 000 \$ dans la caisse fasse la différence pour une entreprise de production de vaccins dont le chiffre d'affaires tourne autour de 40 000 000 \$ — si on prend ce chiffre-là, puis je vous accorde la réserve, entre 20 000 000 \$ et 40 000 000 \$ — il y a quelque chose d'intrigant là-dessus. Je ne suis pas capable de contester, évidemment, la valeur d'un signal proactif là-dessus, mais je vous dis ceci, toujours avec la restriction du temps qui nous est impartit: M. le ministre, je voudrais en trouver des meilleures, je voudrais trouver des explications davantage conformes à la réalité des proportions, parce que c'est un procédé sans appel d'offres, et je ne fais aucune allusion, je ne fais aucune accusation, je ne fais rien de ça. Mais je demeure encore sceptique sur 300 000 \$, à peu près, qui seraient dégagés pour aider une boîte de l'importance d'IAF BioChem, qui — quand même, il faut le noter — a hérité, dans son patrimoine d'entreprise, d'un patrimoine d'État assez bien développé, merci. Quand on a transféré IAF Productions à IAF BioChem — c'est un peu comme Cambior, dans le domaine des mines — on n'a pas pris les plus mauvaises parties, on a pris les bijoux de la couronne et on les a mis là-dedans. Ça part bien, quand tu pars. Je demeure intrigué par cette transaction en constatant, encore une fois — et si le gouvernement et l'État ne l'avaient pas examinée — que votre capacité de négociation de l'achat des vaccins n'est, en aucun temps, incluse dans cette question de ce contrat.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est clair, très clair. Et juste, **peut-être**, pour vous rappeler, les 386 000 \$, ce n'est pas ça qui va faire en sorte que Biovac ou **BioChem**, qui pourraient éprouver des difficultés, cela va les sauver. Mais, ça, c'est le contrat de base. Et lorsqu'on regarde l'année actuelle, avec l'achat des vaccins pour la méningite, on parle d'autres **chiffres** que ceux-là. Évidemment, avec toute l'importance que ça peut avoir et...

**M. Trudel:** Mais vous me parlez toujours des achats de vaccins, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, oui. On est d'accord, mais c'est parce que, la distribution, **ç'a** une conséquence. Si on a acheté pour 10 000 000 \$ de vaccins pour la méningite, il a fallu qu'ils transitent par Pharmatech. On parle de 5,5 % du coût de vente qui va à Pharmatech, donc on est dans une situation où on va frôler 1 000 000 \$ facilement. Ça commence à être des chiffres respectables, surtout si vous n'avez pas, comme entreprise, de coûts additionnels et que votre propre système est capable de le faire, et que c'est des gens qui sont déjà rémunérés. Moi, je me dis, en termes de choix, ce n'est pas toujours facile parce que c'est clair qu'on sait qu'on est exposé à la critique chaque fois qu'on ne prend pas un processus d'appel d'offres public. Ça c'est clair. C'est une décision qu'on a évaluée, et on s'est dit: Comme cet argent-là va aller carrément dans la recherche pour enrichir le patrimoine technologique dans le domaine des vaccins, au niveau du Québec, je pense que les gens devraient comprendre ça.

(Consultation)

**M. Trudel:** Je souhaite que soit apportée sur la place publique la statistique que vous me donniez tantôt...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** ...avec une référence plus précise, s'il vous plaît, de à quel moment vous avez acheté vos doses de Connaught, à Toronto, de l'ordre de 5 \$, par rapport à 1992, où vous avez négocié — en 1992 — avant le contrat de distribution, vous avez négocié ça, les vaccins de l'**influenza**, contre l'**influenza** — contre, oui, contre l'**influenza** — vous avez payé 2,30 \$ la dose. Donc, vous avez eu cette capacité de négociation. Il faudra rendre très clair, dans mon livre à moi, la date de négociation et les prix avec Connaught parce que ce serait là, la vérité des choses.

**M. Côté (Charlesbourg):** Une chose est certaine — et c'est le cas de 1991 — avec ou sans concurrent, les prix sont différents. Ça, c'est un principe où on se retrouve assez facilement. Lorsqu'on est allés pour le contrat de distribution en 1991, Biovac a fait une soumission qui allait toucher plus ou moins 500 000 \$, alors que Pharmatech, une proposition de 386 000 \$. Il

est clair qu'un appel d'offres public fait en sorte qu'on a moins cher. C'est vrai dans le domaine des vaccins aussi, surtout s'il y a de la compétition. Il y a une grosse logique qui est là.

Ce que nous avons voulu faire, ce n'est pas de dire à Biovac: On va négocier avec vous le contrat au prix que vous avez soumissionné en 1991. Pour nous autres, c'est pour ça qu'il y a une négociation, actuellement, qui n'est pas terminée. Il ne s'agit pas d'aller au-delà de ce qui a été le prix établi dans une soumission publique. Donc, l'économie dont on parlait, sur x années, faite entre les 500 000 \$ et les 386 000 \$, elle demeure parce que c'est au même prix; et, à partir de ça, on dit: Comme elle est réinvestie dans la recherche, bien, il me semble qu'il y a là des éléments positifs qui nous permettent d'expliquer les véritables raisons qui font qu'on le donne à Biovac, au-delà de l'impact et du signal. Mais je veux aller chercher l'année de référence.

**M. Trudel:** Oui, absolument, parce que ça amène le développement de principes qui, prima facie, ne sont pas acceptables sur le plan de la gestion des fonds publics, c'est-à-dire: Puis-je avoir le meilleur service, au meilleur prix possible, dans un rapport coût-efficacité? En principe, vous vous êtes expliqué là-dessus. C'est parce que... Vous allez me dire: Vous mêlez toutes sortes d'affaires à ça. Mais ça me fait tellement penser à un dossier qu'on avait eu, en Abitibi, pendant cinq ans, où on disait: Il faut installer un incinérateur de BPC à Senneterre parce que ça fait des jobs. Que vous mourriez empoisonnés, ça n'a pas d'importance, ça fait des jobs. L'objectif est bon: ça fait des jobs. L'objectif **terminal** ne justifie pas tout, tout le temps. Alors, si vous rendez ça public, très clairement, ça aidera à rendre plus cristallin la transaction.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et, d'autre part, je vous rappelle que, la première fois que c'est allé en soumission publique, c'était en 1991. Avant, il n'y avait pas de soumission publique. Et qu'on le mette sous le noble vocable de raison que c'était du domaine public... Passons.

**M. Trudel:** Puis, encore là, en 1991, pourquoi êtes-vous allés en soumission publique? C'était pour économiser, j'imagine.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, mais... Oui, parce que...

**M. Trudel:** Pourquoi c'était bon en 1991, puis que ce n'est plus bon en 1993?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non. Vous avez parfaitement raison. 1991 a permis d'établir le prix de viabilité d'une entreprise dans ce domaine, qui était de 386 000 \$, alors que, si on l'avait continué de gré à gré, comme dans le passé, on aurait payé 500 000 \$. Alors, l'économie occasionnée par la soumission publique en 1991 est maintenue parce qu'il n'est pas question

de donner le contrat au-delà de ce montant de 386 000 \$. Donc, la même économie est là, et encore davantage: c'est que cet argent sera réinvesti en totalité dans la recherche. Vous l'avez dit tantôt, le principe est noble.

**M. Trudel:** C'est très habile comme négociateur. Mais, ça, c'est comme dans un conseil municipal où tu fais tes appels d'offres pour ton réseau d'égout et d'aqueduc, puis, quand tous les appels d'offres sont ouverts, tu te rends compte que, dans tous les appels d'offres, dans toutes les réponses, les offres de services, il y a une petite chose qui manque et qui fait en sorte que t'es obligé de reprendre tes appels d'offres. Tu dis: Maudit, je suis chanceux, parce que le plus bas, qui est à 2 300 000 \$, il n'y en a pas un autre qui peut «bider» en deçà de ça, parce que j'ai ouvert ça au public et à la compétition. Dans le fond, vous vous êtes un peu — je ne sais pas si c'était intentionné — servis de Pharmatech, dans le sens que, on est allés à un appel d'offres public en 1991, ça nous a permis d'avoir une base comparative, puis, en 1993, on n'y va plus, puis on se sert du contrat qu'on a obtenu, puis: bye, bye les PME de distribution. Merci beaucoup!

Il faut se dire ça!  
(12 h 10)

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, mais juste... On va s'en parler un petit peu. Si vous voulez qu'on parle de l'entreprise de M. Chausseau, on peut s'en parler. Est-elle mieux nantie, en 1993, qu'elle ne l'était en 1991? Je vous pose la question. Je n'ose même pas vous donner la réponse. Allez la chercher, et vous viendrez me dire, après, voir si, dans ce cas-là particulier, M. Chausseau est bien perdant de l'expérience.

**M. Trudel:** L'argent qui est apparu dans le système ne s'est pas envolé, c'est sûr, de l'entreprise. Merci beaucoup. Je quitte ce volet-là en vous disant ceci: Nous allons également revenir, mais dans le programme des centres hospitaliers de courte durée, on va revenir pour aborder la question des médicaments aussi. Alors, je ne la prends pas en soi à travers la RAMQ dans le programme. C'est parce que, comme ça va être plus large, il y a peut-être des questions RAMQ là-dessus. Mais on aborderait tout de suite — si vous le souhaitez, pas souhaitez, si vous êtes prêts à répondre aux questions, et je pense, tel qu'on l'avait convenu — maintenant, le programme 3, qui est le programme des centres hospitaliers. Ça va?

**M. Côté (Charlesbourg):** Est-ce que je peux vous demander 60 secondes? C'est parce que j'en ai plein les oreilles!

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Philibert):** La commission suspend ses travaux pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 12 h 12)

(Reprise à 12 h 18)

## Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Le Président (M. Philibert):** La commission reprend ses travaux. Tel que convenu, nous allons aborder le programme 3 du ministère. Programme 3.

### Services des centres hospitaliers

**M. Trudel:** Si vous le permettez, M. le Président, je passerais tout de suite à mon collègue de Lévis, qui aurait un certain nombre de questions en rapport avec la situation au CHUL.

**Le Président (M. Philibert):** Oui. M. le député de Lévis.

**M. Garon:** M. le Président, je suis content d'entendre que le ministre de la Santé disait que les spécialistes de la santé ne sont pas tous des bandits. Je me suis demandé dans quelle catégorie, par exemple, il plaçait les gens du CHUL. Je n'étais pas sûr.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça, c'est la première question?

**M. Garon:** Non, non, pas la première. Parce que...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais je vais y répondre pareil.

**M. Garon:** Oui. Parce que je vais vous dire une chose: j'ai remarqué au ministère de la Santé qu'il y avait — je l'ai connu parce que je l'ai vécu, moi aussi, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, où on disait que le directeur général, comme celui du CHUL, c'était des bons administrateurs. Roger Lepage, puis le Dr Brunet. Résultat, on les a envoyés un peu partout pour aider la situation des autres, améliorer les autres. Sauf que j'ai remarqué que dans la région de Québec les hôpitaux qui ont été le plus pénalisés, ç'a été l'Hôtel-Dieu de Lévis, puis le CHUL. Donc, des bons administrateurs d'hôpitaux, je vais vous dire une chose, c'est le dernier cadeau que je veux avoir dans un hôpital, maintenant, parce que je sais ce que ça veut dire. J'imagine qu'à la Santé, si on calcule que quelqu'un est un bon administrateur d'hôpital, puis qu'on prend la peine de l'envoyer ailleurs, c'est parce qu'on considère que son hôpital est bien administré. Autrement, je ne comprends pas. Et, ensuite, je vois le Dr Brunet, aujourd'hui, qui est rendu professeur de gestion hospitalière à l'Université Laval.

Là, ça veut dire... Il y a quelque chose que j'essaie de comprendre. Je vois qu'à Montréal on dit qu'on veut affecter les fonds correctement. Ça fait 20 ans qu'on fume pour le Stade olympique. Apparemment, on va continuer encore à fumer parce qu'on va avoir sans doute 50 000 000 \$ pour le stade olympique. Et j'ai l'impression que les revenus du tabac seraient bien

mieux dans la santé que dans le toit du Stade qui est un éléphant blanc, puis un trou qui ne finit pas de nous faire fumer. Moi, ça m'a tellement découragé que j'ai arrêté de fumer, à ce moment-là.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** Ç'a des impacts considérables sur votre santé.

### Projet de déménagement du département d'ophtalmologie du CHUL

**M. Garon:** Ce que je veux demander — elle n'est pas pire — je veux savoir... J'essaie de comprendre la philosophie du ministre, parce que, par rapport au CHUL, il y a un bon centre d'ophtalmologie, qui est bien localisé, à part ça, au CHUL. Il sert toute la région, même les gens de l'Est du Québec, et, quand les gens vont passer des examens pour la vue, on leur dit de ne pas prendre leur automobile parce qu'après ça ils ne pourront pas... ils vont être éblouis. (12 h 20)

Alors, quand ils peuvent arriver au CHUL, ils arrivent en autobus de la Rive-Sud ou de l'Est du Québec, et ils arrivent juste devant le CHUL. Ils n'ont qu'à traverser la rue et ils sont rendus. On me dit que le ministre veut déplacer ça à l'Enfant-Jésus. Vous expliquerez, à partir du pont de Québec, comment vous vous rendez à l'Enfant-Jésus, vous allez voir que ce n'est pas facile, surtout des gens qui sont à pied parce qu'ils ne peuvent pas conduire.

Ce que je ne comprends pas, c'est quelles sont les intentions du ministre par rapport à cette question-là, parce que c'est — tout le monde le sait — le joyau du CHUL; un des joyaux du CHUL, c'est le centre d'ophtalmologie. Et, actuellement, je me demande si les gens sont consultés, si on a fait une analyse d'impact sur la clientèle, si on a étudié les facilités d'accès. Le tuteur de Montréal, c'est bien gentil mais, les facilités d'accès au CHUL, sait-il comment ça marche, les circuits d'autobus dans la région de Québec, et la synergie avec les départements ultraspécialisés du CHUL et l'ophtalmologie?

J'aimerais savoir qui a été consulté au CHUL, quand on a décidé de vendre le département d'ophtalmologie. Les ophtalmologistes, eux autres, aussi ont-ils été consultés ou s'ils sont des gens qu'on décide d'affecter comme des poulets dans un poulailler ou s'ils ont quelque chose à dire un peu par rapport à leur vision de l'ophtalmologie dans la région de Québec? Parce que c'est le seul centre, je dirais, complet. Mais n'oublions pas qu'il y a 400 cas de retard. Il y a 400 personnes qui sont en retard sur la liste, et il y en a un certain nombre qui doivent aller à Montréal parce qu'ils sont sur la liste, puis ils ne peuvent pas se faire traiter, et on sait que, dans ces cas-là, une chirurgie qui n'est pas faite à temps, la personne perd la vue. Alors, en termes d'économie, d'économiser là-dessus, je ne suis pas certain que c'est une bonne économie d'avoir quelqu'un qui

devient aveugle à 35 ou 40 ans, parce qu'il n'a pas été opéré à temps.

Alors, j'aimerais connaître les intentions du ministre, parce que ce qu'on entend dire dans la région de Québec, c'est que le ministre voudrait prendre le centre d'ophtalmologie, le fermer au CHUL. Il a fait un grand sparage parce qu'il voudrait le mettre à l'Enfant-Jésus parce que c'est plus proche de chez lui.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, j'allais presque commencer en disant que je suis très heureux de retrouver le député de Lévis, parce que j'ai eu l'immense bonheur de partager une partie de ma vie parlementaire avec lui dans d'autres responsabilités, et qu'on a — malgré son tempérament fougueux, son style beaucoup plus batailleur politique que celui du député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue — eu, quand même, beaucoup de plaisir à échanger avec lui au fil de ces années.

Je suis quand même heureux — je vais le dire pareil — de le retrouver ce matin. Et je n'ai pas besoin de vous dire que tout ce qu'il vient de dire, ça ne m'étonne pas, parce que je l'ai entendu, un de ces soirs, en faisant du «zapping» — parce que ça m'arrive à l'occasion — sur le câble, dans tout son éclat, redire à cette population qui écoutait le câble ce qu'il vient de me dire ce matin. Donc: rien de neuf. Sauf le dernier, qui est de trop, qui est non fondé et qui est démagogue, démagogue, comme, lui, il est capable de le faire à l'occasion.

**M. Garon:** Je vous dis ce que les gens disent. C'est ça qui se dit dans la région de Québec, si vous avez des oreilles.

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, pour ça, il faut voir clair. Et je ne suis pas convaincu que les ophtalmologistes du CHUL, pour certains, actuellement, sont capables de voir clair. Donc, on va mettre le pendule à l'heure, tel qu'il est, de manière très claire, que ça plaise ou ça déplaise à certains ophtalmologistes du CHUL qu'on retrouve plus souvent sur la place publique que dans le bloc opératoire.

M. le Président, la situation du CHUL, ce n'est pas le ministère qui l'a créée, ce n'est pas le ministre non plus. Il y a un principe: l'équilibre budgétaire. Puis c'est bon pour tout le monde. Effectivement, on a dit longtemps, au CHUL, parce que le Dr Brunet est au CHUL et que c'est un ancien du ministère et parce que, sur le plan administratif, au CHUL, il y a des gens qui viennent du ministère, il n'y a pas de problème: on peut pousser dans le dos, on peut développer dans toutes les directions, on peut ramasser tout ce qui passe. Amenez ça au CHUL, pas de problème. Si on fait un déficit, à un moment donné, ils vont être assez forts pour être capables de faire en sorte que le ministère puisse combler les déficits. C'est clair? C'était ça que je disais, au CHUL. Et ça, il y a aussi des ophtalmologistes là-dans.

Donc, on est dans une situation où — lorsque ç'a été porté à ma connaissance, qu'il y avait un déficit —

on peut toujours examiner, puis voir ce qu'on peut faire sur le plan des déficits. On peut toujours être dans une situation difficile, sur le plan budgétaire, qui s'explique. Mais quand ça s'explique par l'ampleur qu'il y avait et par des rapports publics qui ne traduisaient pas la réalité, ma responsabilité à moi était de faire faire l'analyse. L'analyse nous a révélé au-delà de 18 000 000 \$ de déficit accumulé, au niveau du CHUL, ce qui était considérable, un record d'à peu près tous les temps. Et ce n'est pas dû uniquement au fait que le Dr Brunet ait été demandé par le ministère pour aller à l'extérieur. S'il vous plaît! C'est dû à un niveau de production de services qui était supérieur à la capacité du CHUL. C'est clair? Quand vous avez au-delà de 250 médecins, pour plus ou moins 250 lits, il y a un problème à quelque part. Il y a un problème à quelque part. Je conviens — et, d'ailleurs, je l'ai dit à plusieurs reprises — le CHUL, sur le plan de la qualité des services dispensés... Puis d'aucune manière je ne veux mettre en cause la qualité des services dispensés au CHUL. C'est vrai qu'au niveau de l'ophtalmologie il a une vocation suprarégionale pour desservir l'Est du Québec — et il est très bien desservi — de très bonne qualité. Ça ne doit pas nous faire perdre le reste. On a donc décidé que le CHUL, comme les autres — aussi glorieuse que puisse être la réputation du CHUL — allait revenir en équilibre budgétaire. Ça, c'était la condition de base. Ça a été la première opération.

La deuxième, il y a eu une commande de passée au tuteur de revoir la mission du CHUL, parce que je n'ai pas besoin de vous dire que dans les carnets de commandes du ministère il s'accumulait des dossiers au CHUL — dans l'ajout, dans l'ajout, dans l'ajout et puis dans l'ajout — et qu'il nous fallait, par conséquent, faire le ménage. J'ai demandé au tuteur de faire en sorte qu'il puisse y avoir en même temps, à l'intérieur du CHUL, une réflexion sur les orientations de base du CHUL, des orientations qui ont impliqué l'université. Le recteur a été informé, le doyen a participé aux différents comités qu'a mis sur pied M. Desjardins, le CMDP du centre hospitalier a été représenté sur l'équipe qui a revu, à la fin de l'automne 1992 et début de l'hiver 1993, la mission fondamentale du CHUL.

Ils ont donc pris des décisions, ils ont pris des orientations qu'ils ont transmises au ministre. Ce n'est pas le ministre qui a décidé que l'ophtalmologie ne restait plus au CHUL, c'est le CHUL qui a décidé que l'ophtalmologie ne serait plus au CHUL. C'est ça, là. On a donc soumis au ministre un rapport lui proposant de faire en sorte que l'ophtalmologie puisse se retrouver ailleurs, dans une étude à faire au niveau de la région de Québec et qui permettrait en même temps de régler d'autres problèmes. C'est là qu'est apparu l'Enfant-Jésus. Pourquoi? Parce qu'il y a, au niveau de l'Enfant-Jésus, de la...

Il y a des gens qui sont inspirés par la Bible, en arrière, parce que lorsque j'ai dit — la réaction a été immédiate — «C'est là qu'est apparu l'Enfant-Jésus»...

**M. Côté (Charlesbourg):** ...c'est là qu'est apparu le centre hospitalier de l'Enfant-Jésus...

**Des voix:** Ha, ha, ha!  
(12 h 30)

**M. Côté (Charlesbourg):** ...compte tenu de la disponibilité d'espace au bloc opératoire, compte tenu du fait que, ce qu'il y a de plus moderne dans la région de Québec comme bloc opératoire, c'est l'Enfant-Jésus, et, par conséquent, leurs conclusions à eux — je ne dis pas que c'est la mienne — leurs conclusions à eux étaient que, prenant un bloc — ophtalmologie — qui pouvait, par conséquent, se déplacer dans un centre hospitalier de taille universitaire — ne disons pas qu'il est universitaire, compte tenu du débat — et que, par conséquent, il y avait de l'espace là qui permettait d'être à la hauteur d'attentes raisonnables de la part des ophtalmologistes... Ceci permettait de faire en sorte que des services dispensés par l'Enfant-Jésus puissent être eux-mêmes transférés à Saint-François d'Assise, complétant ainsi ce que Pierre Marc Johnson avait essayé de faire, à l'époque, comme ministre de la Santé et des Services sociaux: un meilleur équilibre, une meilleure identification des missions de chacun des centres hospitaliers, CHUL, Enfant-Jésus et Saint-François d'Assise.

Ce n'est pas le ministre qui, dans sa petite tête à lui, parce que l'Enfant-Jésus est à proximité de son comté, sur le plan géographique, ou parce que le ministre se fait soigner, à l'occasion, à l'Enfant-Jésus, a décidé que c'était ça. C'est une proposition qui est venue d'abord du CHUL, d'un comité de réflexion et, je le répète, sur lequel siégeait l'Université, le doyen de la Faculté de médecine, les représentants du corps médical... et qu'on a fait cette recommandation-là. Il semble bien, dans les argumentations, que le choix du CHUL était, pour eux, plus facile — je ne sais pas si je peux dire l'expression sans que ça soit interprété de manière négative, en le mettant sur la place publique, là — d'isoler l'ophtalmologie, comme bloc, de le prendre et de le déménager ailleurs sans conséquence sur les autres services du CHUL. Par conséquent, ce phénomène étant, ça libérait, au niveau du CHUL, les lits, les espaces et du temps de bloc opératoire nécessaire à la rencontre des objectifs des autres missions. Et c'était plus facile.

Et en allant à l'Enfant-Jésus, ça occupait presque à plein temps — pas uniquement pour ça, mais pour l'ensemble des activités — le bloc opératoire, et ça permettait de faire en sorte qu'un morceau qui était encore à l'Enfant-Jésus et qui ne devrait plus y être transfère à Saint-François d'Assise, compte tenu de la mission qui est reconnue à Saint-François d'Assise. Et ça permettait d'être plus efficace et plus rationnel.

Je conviens avec le député de Lévis... Je connais ma géographie un petit peu, aussi. Disons que les gens disent que je la connais moins à Montréal mais, à Québec, on peut au moins dire que je la connais un peu plus, que je la connais...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** C'est ce que les gens de l'Hôtel-Dieu

de Québec espèrent. Ha, ha, ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** Ha, ha, ha! Et il est clair que lorsque vous posez la question sur le plan de l'accessibilité ou facilité d'accès sur le plan routier, le CHUL est pas mal plus accessible que ne l'est l'hôpital de l'Enfant-Jésus, là où il est situé. Je pense que ça tombe sous le sens.

Ce dont il s'agit, c'est de s'assurer qu'on maintienne la très bonne qualité et la bonne expertise qui a été développée au CHUL, grâce à l'initiative des médecins du centre hospitalier — je pense qu'il faut le dire de manière très claire — et qu'on puisse les localiser dans un endroit pour qu'on continue sur le plan de la même qualité de services. Et ils ont déposé eux-mêmes un projet qui est celui d'un institut, qui n'est pas un projet qui est farfelu. C'est un projet qui est intéressant à sa face même, et on verra la suite. Au moment où on se parle, il n'y a pas de décision de prise. Ce que nous avons convenu de faire, parce que c'était le minimum, qu'on assoie autour d'une table le tuteur du CHUL, qu'on assoie la direction de l'Enfant-Jésus, la direction de Saint-François d'Assise et qu'on puisse poser des questions. Ce n'est pas automatique, là, ce n'est pas du fait qu'on pense que c'est une bonne affaire que c'est une bonne affaire. Ça, j'en conviens avec vous. Mais ce n'est pas du fait qu'on pense que c'est une bonne affaire que c'est une mauvaise affaire, aussi, et que, par conséquent, il faut faire la recherche qu'il faut, et qu'on soit bien informé quant aux décisions qu'on va prendre. Et lorsque j'aurai cette information-là, je vais rencontrer les ophtalmologistes du CHUL — qui ont demandé à me rencontrer — avec grand plaisir pour qu'ils puissent faire valoir leur point de vue, j'imagine, sur l'impact de cette décision-là, et c'est avec grand plaisir que je les verrai.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre.

Compte tenu que l'ordre de la Chambre était donné jusqu'à 12 h 30, je demanderais le consentement des membres de cette commission afin que nous puissions déborder jusqu'à 13 heures.

Des voix: Consentement.

**Le Président (M. Joly):** Merci.

Alors, M. le député de Lévis, s'il vous plaît.

**M. Garon:** Le ministre parle d'un comité, il a assez d'expérience en politique pour savoir que, les comités, ça dépend toujours des gens qui sont sur le comité, et au CHUL, vous savez, sur le comité, il n'y avait pas d'ophtalmologistes. C'est toujours facile de s'entendre pour mettre un autre de côté quand les gens qui sont là ne sont pas là. Les comités, je connais ça, tu sais.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais...

**M. Garon:** Ça dépend toujours du comité. On

peut le former comme on veut, le comité.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais...

**M. Garon:** Et, surtout, j'ai tellement vu ça, des consultants. J'ai tellement vu ça. Des gens qui prennent l'ascenseur, descendent en bas, puis remontent une fois qu'ils ont le contrat, et disent: Y a-t-il des conclusions auxquelles vous aimeriez arriver? Je connais ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais, là-dessus...

**M. Garon:** Il y avait un sous-ministre qui avait une définition d'un consultant: c'est celui qui t'emprunte ta montre pour te donner l'heure!

Des voix: Ha, ha, ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais...

**M. Garon:** Je vais vous dire une chose. Moi, dans la médecine, ce que je comprends, c'est le service aux patients.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais...

**M. Garon:** Ce n'est pas le confort de l'administration, ce n'est pas le confort de l'université, ce n'est pas le confort des administrateurs. La seule chose pour moi qui compte — ça devrait être le seul critère — c'est le service aux patients. On peut déplacer un service administratif n'importe où. On peut déplacer tel service, sauf que le service d'ophtalmologie du CHUL, c'est un service régional. C'est un service qui n'est pas comme un autre.

C'est un peu comme à un moment donné quand ils voulaient mettre la pédiatrie à Saint-François d'Assise. Sauf que moi je sais que quand... J'ai été inscrit dans ce dossier-là aussi parce que les enfants venaient de la Rive-Sud. Ils venaient de chez nous. Le confort de l'Université Laval... Ils voulaient les envoyer à Saint-François d'Assise. Je regrette, ce n'était pas tout à fait la place bien localisée pour que les enfants... On fait des accouchements, qui viennent de Saint-Nicolas, Bernières, Saint-Rédempteur, des municipalités... qui ont à peu près toutes une moyenne d'âge de 27 ans.

Évidemment, on voulait écoeurer ceux qui ont des enfants le plus possible. Pas parce qu'ils en ont trop au Québec. Alors, souvent les administrateurs ont un drôle de façon de faire les choses. Là, à ce moment-ci, moi je dis qu'il y a un service à la clientèle. Qu'il y ait une population régionale, ce n'est pas un quartier...

**M. Côté (Charlesbourg):** Suprarégional.

**M. Garon:** ... c'est suprarégional. En plus, on demande aux gens qui vont passer des examens de ne pas conduire leur véhicule. Donc, l'accessibilité est un facteur majeur. Et, quand on parle des déficits des

hôpitaux, le ministre dit une chose, moi je vais vous dire une chose. J'étais critique en matière de finances, quand le gouvernement actuel a dit: On va payer le déficit des hôpitaux. J'ai essayé d'avoir la liste des gens qui avaient fait des déficits dans les hôpitaux, en 1986. On n'a jamais voulu la fournir, la liste.

J'ai voulu, même, si on peut la donner, avoir les déficits des hôpitaux, sur 25 ans, pour qu'on puisse voir qui faisait les déficits. On ne l'a jamais eue, la liste des hôpitaux. Quand le gouvernement actuel a payé le déficit des hôpitaux en 1986, on n'a jamais eu la liste des hôpitaux, puis les montants qui ont été payés à chaque hôpital. En termes de visibilité là, je peux vous dire qu'on ne l'a jamais eue, c'est moi qui étais critique, et c'est moi qui ai posé les questions au ministre des Finances, et c'est moi qui critiquais la loi dans laquelle on payait les déficits dans les hôpitaux. Elle n'a jamais été publiée.

**M. Côté (Charlesbourg):** La voulez-vous?

**M. Garon:** Oui, je la veux. Et si vous voulez, sur 20 ans, à part ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Eh bien, là...

**M. Garon:** On verra qui fait les déficits, qui ne les fait pas, ceux qui sont bons et ceux qui ne sont pas bons.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est parce que je ne veux pas faire de faux débat moi, là. Des documents, j'en donne à tous les jours. Ça fait que...

**M. Garon:** Deuxièmement, j'aimerais ça qu'on analyse une chose. Parce que, des fois, on dit qu'il y a des gens qui n'ont pas de lits et que d'autres en ont. Moi les informations que j'ai, je peux me tromper, on me dit: Quand on soigne les cataractes, ceux qui les font le plus en clinique externe, c'est le CHUL. Tandis que d'autres, qui ont des lits justement, ils les font... ils hospitalisent les gens pour les cataractes. D'autres les font en clinique externe. C'est facile. On sait comment ça marche. À un moment donné, il y a bien de la négociation là-dedans. Tu as plus de lits, j'en ai moins.

Sauf que quand tu en as moins, souvent, tu fais plus les choses en clinique externe, puis ça coûte moins cher au contribuable. Quand tu en as plus, tu fais plus les choses en clinique interne pour remplir tes lits. C'est un peu comme un sous-ministre qui a un budget, puis il a peur de le périmé. Je vous dis que dans les dernières semaines il le dépense vite en sacrifice parce qu'il a peur de ne pas l'avoir l'année d'après, s'il ne l'a pas dépensé.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça, c'est de tous les temps.

**M. Garon:** Oui, je sais, mais c'est pour ça que je veux dire... Je sais ça. Sauf que ça fait partie des règles

du jeu administratives, et c'est pour ça que les critères... Moi je me méfie toujours des administrateurs qui considèrent les gens comme des pions. Moi, à mon avis, dans cette affaire-là, c'est une affaire très importante. Puis, il n'y a pas d'argent gaspillé dans la région de Québec, puisqu'on me dit que la liste d'attente a 400 noms qui ne sont pas traités, des gens en instance de perdre la vue, ils ne sont pas traités, 400 noms en retard.

Donc, il n'y a pas de gaspillage. Si vous me disiez, là: On gaspille à mort, c'est de la chirurgie esthétique, c'est, comprenez-vous, quelqu'un qui veut être plus beau. Ce n'est pas ça. C'est des gens qui peuvent perdre la vue, et il y en a 400 sur la liste d'attente. Donc, on n'est pas dans le gaspillage. À ce moment-là, je me dis que le ministre, là-dedans, ne doit pas examiner ce dossier-là de la même façon qu'un autre avec des administrateurs qui font partie de leur «power play», puis avec des gens qui négocient et qui se font du «give and take», sans se soucier des citoyens.

À mon avis, le seul critère devrait être les citoyens, les patients, l'impact sur eux et ce qui va être le plus avantageux pour eux. C'est pour ça qu'à ce moment-là, moi, à mon avis, ceux qui ont parlé le plus de leurs patients, actuellement, ce sont ceux qui ont été le moins consultés: les ophtalmologistes du CHUL.

(12 h 40)

À date, vous me dites que vous allez les consulter en fin de processus. Alors, c'est eux autres qui sont affectés, et les deux seuls personnes qui semblent ne pas être consultées, ce sont les ophtalmologistes du CHUL et leurs patients. Ça fait curieux, comprenez-vous? Tout le monde dit: On va vous régler votre sort. Sauf qu'on ne consulte pas ceux qui vont être touchés. C'est facile. Je vais dire, à un moment donné, on va s'entendre tous les deux pour dire que, le massacre, c'est chez lui qu'on va le faire. On peut s'entendre facilement. Ou, à un moment donné, je vais m'entendre avec le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, on va se dire: On «s'entend-ù» que celui qui n'aura pas une tôle, celui qui va se faire passer au «cash», c'est le député de Matapédia? L'entente serait facile! Ou à l'inverse!

Alors, c'est pour ça que, je veux dire, essentiellement, c'est facile, à un moment donné... Mais, là, actuellement, dans cette affaire-là, à mon avis — c'est là-dessus que l'opinion publique va évaluer l'affaire — le seul critère, c'est la santé des citoyens, le service aux patients, l'efficacité de la localisation des installations. C'est pour ça que, à date, il y a consensus quand les gens disent que, la meilleure localisation, c'est le CHUL pour le service d'ophtalmologie, qui, à mon avis, n'est pas assez gros, parce qu'il y a 400 patients en retard. Puis 400 personnes qui peuvent perdre la vue, je ne vois pas d'économie, là-dedans. Surtout si on parle que la main droite n'ignore pas ce que fait la main gauche. Je comprends que, quand on ne les opère pas, ça ne coûte rien au ministère de la Santé, mais ça coûte peut-être beaucoup plus à d'autres ministères parce qu'on ne traite pas les gens quand c'est le temps.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président...

**Le Président (M. Joly):** Je vais reconnaître M. le ministre pour, après, reconnaître le député de Matapédia.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le **Président**, il n'a pas changé de style bien, bien. Je me rends compte de ça, il n'a pas changé de style bien, bien. Il est parti avec son idée, et c'est ça qu'il devait faire valoir comme point. Définitivement, quand il va sortir, il va être bien content: J'ai fait valoir mon point, peu importe ce qui arrive après ça.

C'est un style assez particulier. On s'ennuierait s'il n'était pas là. Donc, autant le dire. Une chose est certaine, vous pouvez bien défendre, aujourd'hui, les ophtalmologistes, à qui vous parlez. Ça sent à plein nez le lobby des ophtalmologistes du CHUL qui vous ont rencontré. Clair, là? Alors, on est aussi bien de se le dire tout de suite. Au nom du citoyen, moi, je n'ai de leçon de personne à recevoir, pas des ophtalmologistes du CHUL, surtout concernant les citoyens, la défense des intérêts des citoyens à travers le Québec. Je me suis retrouvé, moi, avec des manifestations dans la rue, il y a deux ans et demi, parce que je défendais le citoyen, puis j'ai continué de le défendre. J'ai toujours la même ligne. J'ai toujours la même ligne et je ne changerai pas de ligne, non plus.

Ce n'est pas l'hôpital de l'Enfant-Jésus, ce n'est pas le CHUL ou ni rien d'autre. Ce qui m'intéresse, c'est le citoyen. Puis, quand on parle de rôle suprarégional, je viens d'une région d'origine qui a toujours été chercher ses services ultraspecialisés à Québec ou ailleurs, mais certainement pas dans sa région, et qui les prend, pour la plupart, à Québec.

Donc, à partir de ça, une chose est certaine, c'est qu'il y a eu un comité qui a été mis sur pied. Les membres? C'étaient qui, les membres? Les membres, c'était le tuteur, M. Desjardins. Les membres, c'était le président du CMDP — à ce que je sache, les ophtalmologistes font partie du CMDP. Cette organisation qu'on a reconnue dans la loi 120 et qu'on ne pouvait pas toucher parce que c'était un forum de pairs — si c'est un forum de pairs, c'est un forum de pairs. S'ils ont des discussions à faire, ils vont les faire à l'intérieur du CMDP. C'est ça, la règle, à l'intérieur de l'établissement dans lequel ils sont...

**M. Garon:** M. Pomerleau.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...où ils sont représentés au niveau du conseil d'administration.

**M. Garon:** De M. Pomerleau, vous parlez?

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Je parle du CMDP, qui est la reconnaissance des activités médicales à l'intérieur de l'établissement qui doivent transiter par le CMDP, y compris les privilèges. Si le CMDP n'a pas reconnu ou n'a pas consulté les ophtalmologistes quant à

la représentation qu'ils faisaient à l'intérieur du comité, ne venez pas dire que c'est la faute du ministre. C'est leur problème, à eux, à l'intérieur.

Il y avait la Faculté de médecine de l'Université qui était représentée, avec le doyen. Il y a le conseil régional qui était représenté par le directeur général, M. Roger Bertrand, vous connaissez? Si vous ne le connaissez pas, vous allez le connaître au cours des prochaines semaines.

M. le Président, donc, ces gens-là, qui sont supposés représenter à la fois la région, à la fois l'établissement, à la fois l'Université et à la fois les médecins, ont produit un rapport suite aux analyses qu'ils ont faites et recommandent que l'ophtalmologie quitte le CHUL pour les raisons qu'eux autres évoquent. C'est un document qui est connu. Je n'ai pas dit qu'ils avaient raison, j'ai dit: Il faut aller, maintenant, plus loin sur le plan de l'information qu'on doit avoir pour être capable de décider, et il n'y a pas de décision de prise. On est en processus où il faut questionner: Est-ce que celui qui est identifié comme étant le centre hospitalier récepteur est intéressé? Ça n'a pas été l'enthousiasme sur la place publique, encore, pour manifester leur intérêt. Une chose est certaine, c'est que c'est un processus qui est en cours, et j'ai dit que j'avais rencontré les ophtalmologistes. Je répète: ce n'est pas une question de qualité de dispensation des soins, tout le monde reconnaît ça — le ministère, le ministre aussi — ce qui se fait au CHUL. Mais ça ne veut pas dire que ce qui se fait au CHUL ne peut pas se faire ailleurs; il ne faut pas partir de ce principe-là, ça n'a pas de bon sens!

Un des arguments qui me rejoint, dans votre argumentation, c'est l'accessibilité; ça, c'est important. L'accessibilité, pour les gens de la Rive-Sud... C'est clair que, quand tu pars de la Rive-Sud et que tu t'en vas au CHUL, c'est pas mal plus facile qu'aller à l'Enfant-Jésus, si l'Enfant-Jésus était retenu. Mais, quand tu pars de Rimouski, puis tu pars de Matane, puis tu pars de Gaspé, puis tu pars de **Sept-Îles**, puis tu pars de Baie-Comeau, on peut en parler, là, tu sais, puis je peux bien vous parler, aussi, qu'à l'Enfant-Jésus, pour les gens du nord de la région de Québec, c'est pas mal plus accessible que le CHUL.

Bon, alors, tout ça est relatif. Je pense qu'il faut, à partir de ce moment-là, tenir compte, effectivement, des citoyens à la base, puis c'est ça qu'on cherche tous. On a mêlé la liste d'attente des 400 qui attendent, à travers tout ça: M. Tardif a eu l'occasion de s'exprimer sur la place publique, à quelques occasions, pour mettre de la pression sur la réouverture de la salle pour être capable de régler la liste d'attente. La question que j'avais posée à l'époque: Sortez-moi la liste de ceux qui ont fait l'objet d'une intervention au cours des derniers mois, et on sera à même de juger si les cas prioritaires ont été des cas prioritaires. On sait comment ça se passe, dans ce domaine-là, sur le plan des listes d'attente. Quand on dit 400 et qu'à travers de ça on laisse supposer que c'est 400 personnes qui risquent de perdre la vue demain matin, je pense que la démonstration est **peut-être** un petit peu difficile à faire. Et justement, ce

qui est proposé, c'est pour faire en sorte qu'on soit dans une situation où, en sortant l'ophtalmologie du CHUL, on la retrouve dans un autre contexte où on puisse plus facilement accéder au bloc opératoire, pour faire en sorte que la liste d'attente soit moindre, ce qui n'est pas le cas au CHUL aujourd'hui, ce qui ne peut pas être le cas au CHUL demain. On peut bien, aujourd'hui, arriver avec l'exemple qu'on peut, en chirurgie d'un jour, ou en clinique externe, régler une partie des problèmes; c'était vrai hier aussi, c'était vrai avant le mois de janvier, avant le rapport. Donc, ça, c'est des solutions qui, évidemment, nécessitent des sommes d'argent additionnelles. Et le problème du CHUL demeure entier: si ce n'est pas l'ophtalmologie qui devait quitter le CHUL, il n'y a pas suffisamment de lits au CHUL pour faire face, pour répondre adéquatement aux missions du CHUL. Alors, ce que je veux vous garantir, avec toute la sincérité dont je suis capable, sans complaisance, c'est qu'il va y avoir rencontre avec les ophtalmologistes du CHUL, l'objectif étant de conserver, dans la région de Québec, un service tertiaire de haute qualité et de mettre à la disposition de ces professionnels de la santé les équipements nécessaires pour donner des services à la population. Le «où», il y a une seule question qui se pose. Ce n'est pas pour le bénéficiaire et le confort des professionnels, d'aucune manière. Ça, ça m'importe peu. C'est pour le confort du citoyen qui, lui, a besoin des services. Et je vous le dis, là, votre seul argument qui, jusqu'à maintenant m'a rejoint, c'est l'accessibilité, l'accessibilité sur le plan des voies de circulation, des moyens de transport pour les individus qui pourraient se rendre. Mais, encore une fois, pour ceux qui viennent de l'extérieur de la grande région de Québec — en incluant une partie de Chaudière-Appalaches — pour eux autres, que ce soit au CHUL ou que ce soit à l'Enfant-Jésus ou que se soit à Saint-François d'Assise, ça ne change pas grand chose.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre. M. le député de Matapédia, s'il vous plaît.

**M. Paradis (Matapédia):** Bien, on va le laisser finir sur son sujet, là.

**Le Président (M. Joly):** Peut-être, si vous voulez...

**M. Paradis (Matapédia):** Je ne pensais pas avoir la visite du député de Lévis. Ça me fait plaisir. Je vais le laisser finir.

**Le Président (M. Joly):** M. le député.

**M. Garon:** C'est parce que le ministre a commencé, d'abord, à parler de personnalités, mais, moi, je vais seulement sur le fond des choses. Le CMDP, dans **Le Soleil** du 14 avril, le président du CMDP, le Dr Guy Pomerleau, dit que l'idéal serait que l'institut de l'oeil s'installe au CHUL. Alors, si on prend M. Desjardins de Montréal, lui, il ne se fera pas soigner là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Un instant, un instant.

**M. Garon:** S'il est si bon que ça, affectez-le au Stade olympique. On va voir les miracles qu'il va faire...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non. Un instant là.

**M. Garon:** ...au toit du Stade.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non.

**M. Garon:** Je veux finir mon affaire.

**M. Côté (Charlesbourg):** Un instant là. C'est parce que c'est des...

**M. Garon:** Deuxièmement, non, mais... après ça... Je veux finir.

**Le Président (M. Joly):** S'il vous plaît! M. le député.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je ne laisserai pas passer... M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Non mais, vous avez soulevé un point qui...

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président.

**M. Garon:** Non, non, je n'ai pas fini mon point, moi.

**Le Président (M. Joly):** Non, mais, je vais vous donner le temps qu'il faut, M. le député.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, je ne laisserai pas passer des accusations contre des serviteurs du réseau de la Santé et des Services sociaux qui ont des années de service, comme le tuteur du CHUL, qui est M. Desjardins, qui a consacré la dernière année à faire ce que d'autres avant, qui avaient des compétences, n'ont pas réussi à faire: de rétablir le CHUL sur le plan de l'équilibre budgétaire. Et des hommes comme M. Desjardins, dans le réseau de la Santé et des services sociaux, il n'y en a pas assez, ça en prendrait d'autres pour être capable d'arriver à une situation d'équilibre budgétaire. Et ce n'est pas parce qu'il vient de Montréal qu'il ne connaît pas le réseau, puis qu'il ne connaît pas les problèmes du réseau, surtout de la région de Québec.

Je n'accepterai pas que les gens de Montréal viennent me dire que je ne connais pas les problématiques de Montréal, je n'accepterai pas plus que des gens de la région de Québec disent aux gens de Montréal qu'ils ne connaissent pas les problématiques de la région de Québec.

(12 h 50)

**M. Garon:** Je vais dire ceci au ministre, par exemple: J'ai vu, moi, des spécialistes des hôpitaux, choisis par votre ministère, M. Roger Lepage, de l'Hôtel-Dieu de Lévis, dire qu'on avait, apparemment, les meilleurs coûts. Le résultat sous votre administration, on a été les plus pénalisés, l'Hôtel-Dieu de Lévis. Alors, les experts, moi, je connais ça les experts de la santé, comme administrateurs, choisis par votre ministère. J'ai vu ça, puis le Dr Brunet, en avait été un autre choisi par votre ministère. Alors, ça donne quoi d'avoir des experts quand, après ça, ce sont les hôpitaux les plus pénalisés, parce qu'ils ont eu des experts qui étaient considérés comme des excellents administrateurs, qui allaient montrer aux autres comment faire. Arrêtons de nous compter des histoires, là.

La seule chose, c'est la santé des gens et la protection des citoyens. Au cas où vous ne le sauriez pas, il y a 40 % de la population qui vit sur la rive sud de Québec. Alors, n'oublions pas ça: 40 % de la population. Sauf que, quand on arrive dans nos affaires, dans nos services, nous autres, on est traités moins que la médecine vétérinaire — il faut dire que j'ai été en charge de la médecine vétérinaire — on est moins bien traités, moins d'accessibilité, moins de budget que la médecine vétérinaire en a pour les vaches et les cochons, au Québec. Je le sais, j'ai été en charge de ça, pendant longtemps. Parce que je sais qu'aujourd'hui je regarde comment on est traités, alors, on est traités comme des restants, actuellement, par votre ministère. Regardez les CSLS... les budgets des CLSC de Lévis, Desjardins et des Chutes-de-la-Chaudière, vous le savez...

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président.

**M. Garon:** ...les budgets les plus minables qu'il y a dans le réseau de la santé. Alors, on a 40 % de la population, et on nous traite comme si on n'existait pas.

**Le Président (M. Joly):** Alors, M. le ministre, s'il vous plaît.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que je trouve extraordinaire, M. le Président, extraordinaire, parce que je suis au Parlement depuis 20 ans, ça fera 20 ans au mois d'octobre, donc, j'ai vu passer un certain nombre de personnages: une administration libérale de 1970 à 1976, une administration péquiste de 1976 à 1985, et notre administration depuis 1985, comment un homme aussi puissant, ministre aussi puissant de son gouvernement pendant neuf ans, a-t-il laissé sa région dans l'état qu'il vient de décrire?

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Garon:** Non, les CSLC ont commencé à exister en quelle année? En quelle année il y a eu des... C'est bien simple...

**M. Côté (Charlesbourg):** Vous auriez pu, du

temps que vous étiez ministre...

**M. Garon:** Alors...

**M. Côté (Charlesbourg):** ...avec le poids que vous aviez, reconnaître...

**M. Garon:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...un CLSC dans votre propre comté.

**M. Garon:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est ce que vous n'avez pas fait.

**M. Garon:** Il y a eu... Quand la population l'a demandé, il y a eu les CLSC.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est Mme Lavoie-Roux qui l'a fait.

**M. Garon:** Je regrette. Vous vous trompez, là-dessus.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Garon:** Sauf qu'on nous a dit, à votre ministère, qu'un des meilleurs administrateurs d'hôpitaux, c'était M. Roger Lepage, à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

**M. Paradis (Matapédia):** Ça va me donner cinq minutes à sauver, puis j'aime autant ne pas l'avoir.

**Une voix:** Ah, O.K. On va reprendre en commission, à quinze heures. On va lui donner... Oui, oui.

**M. Garon:** Comme on dit qu'un des meilleurs directeurs d'hôpital, ça a été M. Brunet, du CHUL...

**M. Paradis (Matapédia):** Mais je veux qu'on s'entende tout de suite, parce que, là, il m'avait dit à et demie.

**M. Garon:** ...que l'Université Laval a choisi comme professeur de gestion hospitalière. Je suppose qu'ils ont fait une erreur.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je suppose que...

**M. Garon:** Vous, ce n'est pas celui-là que vous auriez recommandé...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais je suppose que...

**M. Garon:** ...alors, moi, ce que je vous demande, vous m'avez promis une chose, tantôt... Je...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je suppose que vous ne blâmez pas le ministre parce que l'Université Laval a choisi le Dr Brunet pour enseigner.

**M. Garon:** Non, non. La seule chose que je vous demande... Vous avez dit, tantôt, que vous déposeriez les déficits d'hôpitaux, la liste des déficits d'hôpitaux, par hôpital, tel qu'ils ont été payés, en 1986. Quand est-ce que vous allez nous donner cette liste-là?

**M. Côté (Charlesbourg):** Ah, très rapidement. Moi, je n'ai pas de problème à ça. Si vous me l'aviez demandé avant, personnellement, je vous l'aurais donnée. Je n'ai aucun problème là-dessus et je vais même me payer du plaisir. Vous me connaissez un petit peu. Je vais me payer du plaisir, je vais même vous envoyer tout ce que j'ai donné, personnellement, comme ministre, à l'Hôtel-Dieu de Lévis sur le plan des budgets additionnels.

**Le Président (M. Joly):** M. le...

**M. Garon:** Donnez donc la liste des augmentations de per diem que vous avez eus, depuis 1986, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, comparé à tous les autres hôpitaux.

**Le Président (M. Joly):** M. le député Lévis...

**M. Garon:** On n'avait même pas l'indexation.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, mais...

**M. Garon:** Puis on était considérés comme bien administrés, puis on n'a jamais eu l'indexation, seulement.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je n'ai jamais dit que... Moi, je n'ai jamais dit que l'Hôtel-Dieu de Lévis n'était pas bien administré. Vous ne m'avez pas entendu dire ça. J'ai été sur place, à l'Hôtel-Dieu de Lévis. On m'a parlé des problèmes, à l'époque, puis on s'en est occupé. Ça ne se règle pas toujours au rythme...

**M. Garon:** Alors, comment ça se fait que c'est un hôpital bien administré qui n'avait même pas l'indexation, comme augmentation, alors que c'était lui qui avait la plus faible augmentation de toute la région de Québec, comme hôpital, alors que vous dites que c'était bien administré, que c'était le meilleur administrateur par l'assurance-santé, par votre ministère?

**Le Président (M. Joly):** Non, mais c'est...

**M. Garon:** On envoyait M. Lepage partout, puis cet hôpital mieux administré n'avait même pas des augmentations, puis il avait les plus petites augmentations de tous les hôpitaux de la région de Québec, puis pour un hôpital bien administré, lui, il n'avait pas de gras.

**M. Côté (Charlesbourg):** Alors, soyez sûr, M. le député, que je vais vous envoyer la liste des déficits, et je vais vous envoyer aussi la progression des budgets de l'Hôtel-Dieu de Lévis depuis 20 ans.

**Une voix:** M. le Président...

**Le Président (M. Joly):** Excusez. Il a été convenu que je reconnaissais, tantôt, le député de Matapédia. Compte tenu de l'heure et compte tenu du bloc de temps dont le député de Matapédia a besoin, je vais le reconnaître comme premier intervenant, lors de notre reprise des travaux, vers 15 heures cet après-midi.

Mais j'imagine que vous, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, vous êtes conscient que le temps qu'on alloue, nécessairement, au député de Lévis est un temps qui gruge la cédule qui nous a été allouée par la Chambre.

**M. Trudel:** Vous savez que je suis toujours conscient.

**Le Président (M. Joly):** Alors, je vous reconnais, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

**M. Trudel:** M. le Président, est-ce que vous pourriez reconnaître, si je me permets...

**M. Paradis (Matapédia):** Oui, mais peut-être, pour s'assurer qu'à 15 heures on va...

**Le Président (M. Joly):** Mais ça a été convenu. Si, nécessairement...

**M. Paradis (Matapédia):** Oui, mais on va reprendre sur le médicament. Parce que, tout à l'heure, on avait convenu... J'avais un accord avec le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, mais on ne l'a pas signé. Alors c'est un accord tacite, verbal qu'on reprendrait à et demie. Mais là, on a eu la visite... Oui, puis...

**Le Président (M. Joly):** Alors, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, s'il vous plaît.

**M. Trudel:** M. le Président, est-ce que vous pourriez reconnaître le député de Shefford sur des questions particulières, toujours dans le réseau hospitalier, au programme 3, dans la région des Cantons-de-l'Est?

**Le Président (M. Joly):** Ça me fait plaisir de le faire.

M. le député de Shefford, s'il vous plaît.

#### Rénovation du centre hospitalier de Granby

**M. Paré:** Oui. Étant donné qu'on finit à 13 heures, je pense qu'on est capable de poser la question et avoir la réponse, parce que j'avais déjà avisé le ministre que je serais ici pour poser la question. Il s'agit tout simplement

de la mise à jour du dossier du projet d'agrandissement et de rénovation du centre hospitalier de Granby. Ce n'est pas un nouveau dossier. Ça date déjà de plusieurs années. On a annoncé 5 000 000 \$, à l'automne dernier, et je ne sais pas pourquoi, mais, en tout cas, ça s'est fait, on a décidé en janvier qu'il fallait d'abord accepter le budget de fonctionnement avant d'aller à l'embauche des professionnels. C'est fait aussi depuis le 27 janvier 1993. Étant donné que c'est justifié, c'est accepté, que toutes les étapes sont franchies, moi, je voudrais juste qu'on me dise quand on va pouvoir embaucher les professionnels pour aller aux plans et devis, puis quel est, un peu, votre échéancier de réalisation.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, dans le cas du dossier de Granby, on se rappellera, lorsqu'on a fait l'annonce — je l'avais dit — que le budget de fonctionnement devait avoir l'approbation du Conseil du trésor. Et, ça, c'est la règle. À chaque fois qu'on veut faire des immobilisations qui entraînent des budgets de fonctionnement, il faut avoir l'autorisation du Trésor, alors qu'à partir du moment où on fait des immobilisations qui n'entraînent pas de coûts de fonctionnement le ministre peut décider à l'intérieur de son programme triennal. Dans ce cas ici, donc, la deuxième étape a été franchie, et le budget qui est quand même de quelques piastres additionnelles a été autorisé par le Conseil du trésor. Et nous donnerons, au cours des prochaines semaines, l'autorisation de procéder, dans des phases additionnelles. De même manière aussi pour Cowansville.

Parce que je ne peux pas oublier, dans mon esprit, qu'on est dans une situation de complémentarité et qu'il nous faut, au niveau de ces deux établissements, une progression parallèle. Je pense que c'est le meilleur moyen d'atteindre la complémentarité qu'on a souhaitée, qui est sur la bonne voie, en rendant hommage aux deux conseils d'administration de l'établissement et au personnel, et en se croisant les doigts et en frappant du bois, en souhaitant que ça continue.

Donc, choix des firmes professionnelles et élaboration des plans et devis préliminaires, pour revenir, donc... validation des coûts, à ce moment-là, de l'exactitude des coûts quant à la construction. Et, dès ce moment-là, bien, un CT d'exécution qui est expédié au Trésor pour réalisation, certainement en 1994. Pas avant, ça me surprendrait.

**Le Président (M. Joly):** M. le député de Shefford, s'il vous plaît.

**M. Paré:** Oui. Juste pour conclure. Je comprends que la complémentarité, c'est accepté chez nous... On vit de plus en plus ça. Ce qui compte, c'est qu'on ait le plus de spécialistes en sous-région. Donc, on comprend la complémentarité.

Si je comprends bien, on s'en va vers une acceptation d'ici quelques semaines en attendant que tout soit prêt aussi à Cowansville. Mais, quand on parle de quelques semaines, ça serait quoi? D'ici la fin juin?

**M. Côté (Charlesbourg):** Avant ça.

**M. Paré:** Avant ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Avant ça. Je pense qu'on serait dans une situation du mois de mai, au cours du mois de mai, pour que ces dossiers-là soient réglés.

**M. Paré:** Moi, ça va. Merci.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député de Shefford. Merci, M. le ministre.

La commission ajourne ses travaux sine die.

(Suspension de la séance à 12 h 59)

(Reprise à 15 h 24)

**Le Président (M. Paradis, Matapédia):** Programme 3 du ministère de la Santé et des Services sociaux.

#### Documents déposés

**M. Côté (Charlesbourg):** Le programme 3 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Juste, peut-être, pour libérer très rapidement les choses, je leur avais promis de déposer la synthèse des plans et des mesures des CPEJ pour 1992-1993 en ce qui concerne la liste de la protection de la jeunesse. Ça avait été demandé, donc, je peux la déposer.

Deuxième élément, questions concernant BioChem et Biovac évoquées ce matin. Autant régler tout ça pour ne pas traîner ça en termes de réponses. L'année de référence, c'est 1988, O.K.? BioChem, 40 000 000 \$ de revenus, 50 000 000 \$ de coûts, 15 000 000 \$ de recherches et, par conséquent, il y a des pertes assez importantes. Biovac, 9 200 000 \$ de revenus, 9 100 000 \$ de coûts; un bénéfice, donc, de 100 000 \$, pour 3 000 000 \$ de recherches. Alors, ce sont des chiffres qui sont assez clairs. Et l'une des conditions qu'imposait Innovatech dans des projets d'investissements dans le cas de BioChem et de Biovac était à l'effet qu'elle ait le contrôle de la distribution. Bon. C'était une des conditions qui étaient exigées par Innovatech pour financer les projets d'investissements dans le cas de Biovac.

**Le Président (M. Paradis, Matapédia):** Peut-être avant d'entreprendre cette dernière partie de nos travaux, M. le député, on avait convenu, à 13 heures, qu'on reprendrait sur le volet médicaments. Vous connaissez, M. le ministre, mon altruisme, mon abnégation et ma très grande magnanimité, de telle sorte que je veux **peut-être** permettre à notre collègue de Rouyn-Noranda—Témiscamingue de vaquer à d'autres occupations un peu plus tard dans la journée. Alors, je lui cède volontiers la préséance, mais je maintiens qu'on reviendra sur les médicaments un petit peu plus tard.

**M. Trudel:** Je vous remercie. Je ne sais pas trop pour l'altruisme et toutes les qualités d'un même ordre, mais je vais reconnaître que c'était...

**Le Président (M. Paradis, Matapédia):** Altruisme, abnégation et magnanimité seulement.

**M. Trudel:** C'est ça. Là-dessus, on fait partie du dictionnaire. Mais je vous remercie parce que, effectivement, de votre côté, vous aviez droit de parole. J'aurai d'autres occupations, et je devrai quitter à 16 h 55 pour une raison que vous apprendrez la semaine prochaine. Bon. Et ce n'est pas ma faute, vous verrez.

### Désignation des centres hospitaliers universitaires

**M.** le ministre, toujours au programme 3, compte tenu du temps qui nous reste, il nous faut donc aborder... Je pense qu'on peut régler ça — je l'espère — à l'intérieur d'une seule et même question: CHU, CHA, CHAR. Pour les gens qui font la transcription, du côté des débats, CHU, CHA et CHAR, centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers affiliés et centres hospitaliers régionaux. Et la grande question, c'est sur les CHU: Qu'en est-il du processus et du moment de tombée de la décision et de l'implication de l'enseignement supérieur dans le choix de la désignation des CHU? Évidemment, Sherbrooke, ce n'est pas bien, bien compliqué, ou trop, trop. C'est Montréal et Québec.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est une très longue histoire. Il faut tenter de faire le plus court possible, juste pour se le rappeler, parce que ça m'apparaît très important. Revendications du milieu de l'enseignement, comme du milieu de dispensation des soins, d'une oblitatoire rationalisation des centres hospitaliers universitaires. Plusieurs objectifs et plusieurs constats. Un premier constat, c'est: comme le gouvernement diminuait le nombre d'admissions en médecine, ça devait nécessairement avoir des conséquences sur le nombre d'endroits où on allait former les futurs médecins.

Deuxième chose, beaucoup de pression de la part de ces milieux pour avoir les équipements les plus modernes et, par conséquent, pression sur les budgets, sur les immobilisations. Et tout le monde en arrivait à la conclusion qu'il nous fallait rationaliser les centres hospitaliers universitaires à travers le Québec, au minimum à travers tous ceux qui pensent l'être et qui ne le sont pas, et tous ceux qui sont un CHA et qui pensent être un centre hospitalier universitaire.

Ce qu'on a donc fait, on a mis sur pied un comité conjoint avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, découlant de la loi 120, puisque la loi 120 est assez claire; que ça plaise ou que ça déplaise au Dr Roy de l'Hôtel-Dieu à Québec, c'est assez clair. La loi 120 a été adoptée et elle ne sera pas changée demain matin.

(15 h 30)

À l'époque, nous avons introduit, à la demande du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Scien-

ce, à juste titre d'ailleurs, que le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science devait être consulté. Bon. Il est plus que consulté, il a été associé dans le processus dès le début pour la définition des critères, donc, sur un comité conjoint MESS et ministère de la Santé et des Services sociaux, pour l'identification des 19 critères qu'il faut satisfaire pour devenir un centre hospitalier universitaire. Donc, tout ce processus-là a été suivi, le Fonds de la recherche en santé du Québec a été impliqué, les facultés ont été impliquées, et il y a donc eu reconnaissance formelle, de la part de tous les intervenants, des 19 critères. C'est à partir de ce moment-là que nous avons fait connaître les 19 critères et demandé aux centres hospitaliers universitaires qui étaient, qui prétendaient l'être et qui voulaient l'être de soumettre leur candidature.

Et ce que j'ai dit à l'époque au comité: Il faut trouver quelqu'un qui va présider ce comité-là, qui soit hors d'atteinte de toute tentative d'influence quant aux recommandations qu'il pourrait faire de centres hospitaliers universitaires. Le comité a donc été formé de gens du MESS et de gens du ministère de la Santé et des Services sociaux, présidé par le Dr Bérard, qui est un docteur... Bon. Tous les docteurs sont compétents, là, mais, pour l'emploi qu'on voulait donner, on a cherché quelqu'un qui avait des connaissances au niveau de l'accréditation — ça a été le cas — donc quelqu'un qui ne pouvait être sujet à aucune espèce de mise en doute quant à ses capacités, quant à sa formation, quant à tout ce qu'il faut pour faire cette job-là. Donc, un grand personnage, un éminent personnage. C'est lui qui a présidé aux destinées de ce comité et à l'analyse, et ils ont fait des recommandations en termes de rangement. Vous avez raison, Sherbrooke, ça s'est réglé assez vite; bon, ils en ont un, c'est réglé, c'est fait, c'est annoncé, il est en fonction.

Ils ont recommandé un certain nombre de CHU, 11 pour le Québec; si on enlève Sherbrooke, il en reste 10 pour 3 universités, McGill, Montréal et l'Université Laval, et ils les ont proposées par ordre de rangement, en analysant les critères et en se disant qu'il y a des critères qui ne sont pas rencontrés. Si tout le monde rencontrait les critères, ce serait un choix parmi un certain nombre d'institutions qui rencontrent les critères. Mais, au moment où on se parle, il n'y en a pas un, de ces hôpitaux-là, qui répond aux 19 critères. On peut toujours accuser aujourd'hui d'avoir mis la barrière trop haute, des standards trop hauts, mais, évidemment, quand on vise l'excellence et l'ultra-excellence, ce n'est pas surprenant qu'il faille se donner des critères très élevés à atteindre.

Il y a donc un rangement qui a été proposé par le comité. Ce rangement-là, moi, je me suis toujours donné comme ligne de conduite de le respecter. On a rencontré les facultés de Laval, de McGill, de Montréal pour faire la présentation du rapport Bérard. Évidemment, la réaction a toujours été de dire: Bien, écoutez, comme je ne suis pas dans ceux-là, dans ceux qui sont en tête de liste, bien, tel critère, il n'est pas assez pris en considération ou, tel critère, vous lui avez donné trop

d'importance par rapport aux autres. Et le cas le plus patent — ça ne me surprend pas, d'ailleurs — c'est la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. C'est le statu quo. C'est clair, là? On prône la rationalisation dans le statu quo, ou à peu près, alors qu'il y a une petite variante au niveau de Laval, mais le tirage de bras se fait davantage entre deux institutions de la grande région de Québec.

La ministre de l'Enseignement supérieur et de la Science, compte tenu de ce qu'elle entend — et elle est au niveau des recteurs et non pas des doyens — doit me soumettre, au cours des prochaines semaines, un avis qui ne sera **peut-être** pas forcément nécessairement en harmonie avec ce que pense le ministère de la Santé et des Services sociaux. J'en conviens dès à présent. Son objectif à elle est un objectif d'enseignement et de recherche alors que, vous vous rappellerez, dans la loi, on a mis comme premiers éléments: soins à la population, formation, recherche, évaluation des technologies. Elle va donc, au cours des prochaines semaines, me soumettre un avis qui fera partie de nos réflexions.

Il est évident que, si on est pour renommer les 17 qui sont centres hospitaliers universitaires aujourd'hui, il n'y a pas de progrès. Donc, l'objectif, c'est 11. Bon, pourquoi 11? Pour la simple et bonne raison qu'il y a quelque chose auquel je tiens et qui, pour moi, est primordial, ce sont mes CHAR, centres hospitaliers affiliés régionaux. Et, ça, la communication a été faite au doyen, dans mon style. Évidemment, ce n'est peut-être pas nécessairement un style de doyen ni de recteur, mais dans mon style à moi; c'est un style de gars de région. Bon. Ça ne veut pas dire qu'un gars de région ne peut pas être doyen ou recteur; on en a un exemple frappant.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, il est clair pour moi que ça a toujours été manifeste que, des centres hospitaliers affiliés sur le plan régional, c'est un des bons moyens que nous avons pour faire en sorte que l'on fasse de la formation en région — pas dans toutes les régions; ça ne sera pas possible, compte tenu du nombre, mais en région — à Rouyn, à Chicoutimi, à Hull, à Rimouski, à Charles-LeMoine, à Lévis. C'est ceux qu'on a identifiés, grosso modo, sans vous dire que ces choix-là sont définitifs.

Ce que nous souhaitons, c'était faire en sorte que le nombre soit d'une trentaine de résidents qui, donc, feraient leur stage là-bas, mais pas pour 10 ou 12 semaines. À 10 ou 12 semaines par année, tel que le veulent les facultés de médecine, on n'a rien changé au Québec, là. Ce que nous souhaitons, c'est 12 mois sur 24. Il faut prendre le temps de développer des racines et éliminer l'**itinérance**. Et, à partir de ce moment-là, donc, le nombre et la durée, de telle sorte que ces points d'excellence là puissent eux aussi, en même temps, prêter main-forte au reste de la région quant à la couverture médicale, au remplacement pour quelqu'un qui serait malade, qui prend des vacances, qui se ressource, et

ainsi de suite.

Donc, les CHAR, je l'ai déjà dit des fois, puis ce n'est pas toujours facile à porter, là, qu'ils le veuillent ou pas, c'est incontournable. C'est incontournable. Et je ne reconnaitrai pas de centre hospitalier universitaire tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas réglé les centres hospitaliers affiliés sur le plan régional. C'est clair. Le message ne peut pas être plus clair, et la loi 120 n'a pas été changée, elle est encore claire. Et, dans ce sens-là, quand on ajoute à tout cela... C'est pour ça que je veux que, sur le plan des résidents, ayant affecté des résidents dans des centres hospitaliers universitaires, dans des centres hospitaliers affiliés sur le plan régional, c'est clair que c'est ce qui reste qui va aller dans les centres hospitaliers affiliés et dans les instituts. Alors, c'est ça, et j'escompte bien qu'on pourra avoir terminé l'ensemble de l'oeuvre pour la mi-juin ou fin juin.

**M. Trudel:** Alors, pour employer votre ton puis votre langage: C'est clair sur les CHAR, je ne vous astinerais pas. Et c'est fin juin, l'atterrissage.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** À Montréal, Québec et... Bon, les CHAR devraient précéder, là, parce que, normalement...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vous avouerai franchement qu'on a quand même quelques difficultés à faire prendre la responsabilité de certains CHAR. Ce n'est pas évident.

**M. Trudel:** À faire prendre la responsabilité de certains CHAR?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. Il faut, bien sûr, que... Il est évident, par exemple, que Rimouski, ça serait l'Université Laval. Bon. Ce n'est pas évident pour Chicoutimi. Il y a une grande logique derrière ça, mais ce n'est pas toujours évident pour les grandes facultés.

**M. Trudel:** Oui, oui. J'imagine d'ici. J'ai quand même fait 15 ans dans ce monde universitaire. On ne peut pas éviter...

**M. Côté (Charlesbourg):** Et vous étiez un petit «char» par rapport à la locomotive.

**M. Trudel:** Je ne peux rien vous cacher, on est un très petit «char», mais un bon «char» qui avait fini le premier au Canada en sciences comptables en 1982. Premier au Canada sur les 4000 étudiants qui s'étaient présentés à l'examen uniforme des comptables agréés. On a fini les premiers au Canada. On était tellement bons qu'ils sont venus faire enquête. Ils ont dit: Ça ne se peut pas qu'ils soient bons de même. Mais on était bons. On a fini dans les 20 premiers au «board» du Canada, et toutes les années subséquentes on a fini dans les 20 premiers.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'ailleurs, c'est ce qui m'a impressionné lorsque vous êtes venu me rencontrer, comme ministre régional, pour me quêter des subventions pour des appareils.

**M. Trudel;:** Puis que vous m'avez données.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

### Hôtel-Dieu de Montréal

**M. Trudel:** Alors, quand on est dans les CHU, quand on est dans les CHA et les CHAR et qu'on les fait atterrir autour du 15 juin, il y en a une inévitable qui se pose, et une autre inévitable, la dernière, qui se pose pour Montréal: Finalement, qu'est-ce que vous faites avec l'Hôtel-Dieu? Bon, parce que, là, comme vous l'avez dit tantôt, l'Université de Montréal a volé, s'est empressée de voler au secours de la victoire, là, en disant que, maintenant, elle était contre le déménagement. Bien, écoutez, ma question est simple, là. On a eu deux heures à l'Assemblée nationale là-dessus, on ne les reprendra pas ici. C'est quoi, le score sur l'Hôtel-Dieu, le seul, actuellement, qui a eu un statut de CHU dans la région de Montréal, à condition qu'il ait ses roulettes?

(15 h 40)

**M. Côté (Charlesbourg):** Que... à condition...

**M. Trudel:** À condition que l'hôpital ait ses roulettes. S'il n'a pas de roulettes, il n'y a pas de CHU.

**M. Côté (Charlesbourg):** Quand j'ai entendu l'Hôtel-Dieu, je ne savais plus si c'était à Québec ou Montréal. Ce qui est — disons-le carrément — ce qui est plate dans ces deux situations-là, c'est que c'est des institutions qui ont une histoire extraordinaire. Bon. Ce n'est pas toujours facile. On ne peut pas toujours mêler l'histoire aux décisions qu'on prend, mais il ne faut pas non plus en faire abstraction.

Dans le cas de l'Hôtel-Dieu de Montréal, rappelons que si je respecte intégralement le rangement du comité Bérard, dans l'état actuel des choses, l'Hôtel-Dieu de Montréal n'est pas un centre hospitalier universitaire. C'est clair, c'est très clair, ça ne peut pas être plus clair que ça; c'est le dernier. C'est la raison pour laquelle, dans le cas de l'Hôtel-Dieu — et ce n'est pas d'aujourd'hui que c'est constaté — les gens se sont dit, à l'époque: Le seul moyen de faire en sorte que l'Hôtel-Dieu conserve un statut universitaire et le développe, c'est de faire un nouveau plan fonctionnel et technique de toutes pièces et de construire de toutes pièces un centre hospitalier universitaire. Et, finalement, la bagarre a pris sur le site. Je pense que, sur le plan du fond, il n'y a plus grand-monde qui s'objecte à ce que ce soit un centre hospitalier universitaire bâti de toutes pièces, réaménagé ou déménagé. Chose certaine, c'est que, dans la mesure où c'est sur place, le statut universitaire tombe, compte tenu du délai — et on pourrait

s'accrocher là-dessus, là — que ça prend pour faire les travaux sur place. Le statut universitaire, il est donné actuellement à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôtel-Dieu relocalisé, donc déménagé à Rivière-des-Prairies. Si tel n'est pas le cas, le statut universitaire de l'Hôtel-Dieu tombe et est remis dans la balance sur le plan des choix que nous avons à faire.

Je veux aussi que, d'ici la fin juin, nous en ayons fini — si c'est possible, évidemment — du dossier de l'Hôtel-Dieu. Je suis pleinement conscient que, sur le plan stratégique, des gens tentent d'étirer le temps, d'abord espérant mon départ le plus rapidement possible, et que quelqu'un d'autre puisse assumer une responsabilité plus douce du dossier ou davantage selon leur orientation, et d'autres, étirer dans le temps les démarches d'implantation pour que quelqu'un d'autre puisse reprendre le dossier et le traiter selon les objectifs qu'ils se fixent. Ça, moi, je n'ai rien contre ça; c'est légitime. Quant à moi, tant et aussi longtemps que je serai là, la décision du Conseil des ministres est prise, elle reste à être actualisée, et je vais tout mettre en oeuvre pour que cette décision-là soit actualisée d'ici le 20 juin.

**M. Trudel:** La seule sous-question qui demeure donc, c'est: Dans les temps récents, à l'intérieur des trois ou quatre derniers mois, est-ce que vous avez eu des rencontres avec la ville de Montréal et l'Université de Montréal sur le sujet?

**M. Côté (Charlesbourg):** Lorsque la Coalition a rendu public son document, j'ai dit sur la place publique que je n'en avais pas reçu de copie. De mes collègues en avaient reçu. J'ai souhaité publiquement en avoir une copie, et je l'ai reçue trois jours plus tard, sous la signature de M. Bernard Roy. Je me suis empressé de lui écrire pour le remercier et souhaiter qu'il puisse — je terminais ma lettre comme ça — y avoir rencontre entre deux hommes pour échanger, pour tenter de trouver une solution finale qui soit profitable à la grande région de Montréal, en tenant compte des objectifs du ministère. Et je n'ai pas eu de réponse depuis, et je n'ai pas eu de nouvelles.

Donc, au niveau de l'Université de Montréal, il y a des changements qui sont à l'horizon. On est en période de transition au niveau du recteur. Bon. Ce n'est pas une période toujours très, très propice. Quant aux représentants de la Faculté de médecine, je n'ai pas d'objection fondamentale à les rencontrer. Cependant, j'ai un petit peu de difficulté. Compte tenu de ce qui a été véhiculé par eux sur la place publique par rapport à ce qui a été dit dans toutes les réunions qui ont été tenues, j'ai un peu, beaucoup de difficultés à ce niveau-là dans le cas de l'Hôtel-Dieu. Dans le cas des autres, c'est une autre affaire. Dans le dossier de l'Hôtel-Dieu, j'éprouve certaines difficultés à continuer d'échanger.

**M. Trudel:** En conclusion là-dessus, comme disait l'ancien instructeur des Yankees de New York, Yogi Berra: Ce n'est pas fini! Merci beaucoup.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est clair que ce n'est pas fini mais, lui, il appliquait ça au baseball.

**M. Trudel:** Oui, c'est le grand intellectuel du baseball.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** Le grand intellectuel de gauche du baseball. On va changer le sujet.

À la manche suivante pour l'Hôtel-Dieu et les centres hospitaliers universitaires, à la mi-juin, après que les CHAR auront été désignés...

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est un tout.

### Distribution du lait maternisé dans les hôpitaux

**M. Trudel:** Bon. En attendant, c'est peut-être un dossier de moindre importance, mais ça fait longtemps qu'il est dans le décor, c'est, dans le réseau hospitalier, la question de la distribution du lait maternisé. Je ne peux pas y échapper, à celle-là. Et la question, vous la connaissez, elle est relativement simple: une compagnie québécoise, Lactel, fabrique 99 % des types de lait maternisé pour les besoins spécifiques des hôpitaux du Québec. Il y a deux concurrents dans ce marché, un ontarien et un américain. Et, dans bien des cas — ce n'est pas tous les cas, mais dans la quasi-totalité des cas — on dit que, dans 80 % des associations hospitalières du Québec, Lactel ne peut donner ses produits à l'hôpital pour les offrir aux mères et aux enfants à l'hôpital, pour des raisons qui sont plus ou moins obscures. Pourquoi la seule compagnie québécoise qui fabrique du lait maternisé ne pourrait-elle pas systématiquement offrir son lait — que les autres offrent gratuitement, je le sais — pourquoi?

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon. C'est un petit dossier, mais avec un impact quand même considérable, je pense qu'il faut le dire. Aux Transports, à l'époque, dans les haltes routières, les gens s'étaient installés pour offrir des services de cantine mobile. Et j'avais décidé d'aller en soumissions publiques, avec tout un barda pour offrir et donner la concession au plus offrant et qu'il puisse, donc, dispenser les services et qu'on puisse, quant à nous, récupérer des sommes d'argent, ce qui avait été le cas à l'époque. Et ça existe encore aujourd'hui; c'est très intéressant.

Dans le cas du lait maternisé, il s'est produit ceci: par la force de leur lobby et des moyens financiers qui les accompagnent, les 3 compagnies ont fait la cour aux centres hospitaliers du Québec. Et on s'est retrouvé devant une situation où on a vite trouvé que, si on donnait des sous à la fondation, on pouvait être dans une situation où on avait l'exclusivité de donner le lait. Il n'y a rien de plus noble que de donner, hein? Et, dans ce cas-ci, c'est exactement ça. C'est la noblesse du geste qu'il faut souligner puisqu'on est dans une situa-

tion où on donne le lait, puis on ne peut reprocher à personne de donner le lait, voyons donc! C'est bien clair. Et on donne le lait, puis... C'est parce que, finalement, si votre lait est exposé et qu'il est donné à l'enfant, les statistiques nous démontrent que 85 % des gens, après, conservent ce lait-là, puis c'est fini. Donc, c'est clair.

(15 h 50)

J'ai déjà donné Sainte-Justine comme exemple: le fait d'avoir une sorte de lait là, ça donnait 500 000 \$ par année à la fondation, fondation qui, elle, achète des appareils avec l'argent de la fondation et qui, par la suite, dit au ministère: Payez donc le fonctionnement de l'appareil. Ce n'est pas très, très normal et, moi, je considérais que, s'il y avait des sommes à donner, il ne fallait pas empêcher qu'elles soient données à un centre hospitalier, mais qu'elles soient dans le budget du centre hospitalier. Et on a donc mis sur pied un processus de soumissions publiques où tout le monde aurait été invité, de manière très claire. Celui donnant le plus aurait effectivement occupé, pour la période déterminée, l'espace. On est allé en soumissions publiques et, un des plaignants, mon Lactel, dit: Je suis un produit québécois; les autres, c'est des produits d'ailleurs. C'est vrai. Les autres disent: Bien, on ne produit pas rien que ça, on produit d'autres choses, et si vous avez à nous reconnaître, vous allez nous reconnaître pour l'ensemble des produits qu'on fabrique, y compris au Québec, et pas uniquement pour le lait qui pourrait être fabriqué ailleurs. Alors, Lactel a 18 % du marché au moment où on se parle, par exactement la même technique que les deux autres. Des guédis guédis au niveau des fondations ou des centres hospitaliers.

Donc, on est dans une situation où on est allé en soumissions publiques. Donc, en allant en soumissions publiques, les gens se seraient retrouvés avec une compétition ouverte. Quelle ne fut pas notre surprise, en soumissions publiques: tout le monde a soumissionné à 0! Pas une cent, pas une piastre, pas 10 \$. Comme par hasard!

**M. Trudel:** On leur demande de soumissionner à 0, hein?

**M. Côté (Charlesbourg):** Quand on est arrivé, comme par hasard...

**M. Trudel:** Surtout quand on leur demande de soumissionner à 0.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, non, on ne demandait pas de soumissionner à 0, voyons donc!

**M. Trudel:** L'hôpital LaSalle, 19 juillet 1989.

**M. Côté (Charlesbourg):** On ne demandait pas de soumissionner à 0. Non, je comprends le principe. Pour soumissionner à 0, on n'a besoin de personne. Ce n'est pas...

**M. Trudel:** Non, mais ce n'est pas de même, M. le ministre. J'ai une lettre ici, de l'hôpital général La-Salle, 19 juillet 1989; il y a un paragraphe, et je vous le lis, et j'essaie de sortir ça le moins hors contexte possible: Ce contrat pour le lait, d'une durée de 5 ans, devra prévoir la fourniture de tous les éléments qui forment le système d'alimentation du nouveau-né pour 000 \$, et ceci pour toute la durée du contrat.

Tu fais un appel d'offres, et tu dis: **Il** faut qu'elle soit à 0, par exemple. C'est correct. **Ca** n'enlève pas votre explication du pourquoi ils répondent tous 0.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'aimerais ça en avoir une copie.

**M. Trudel:** Je vais vous donner ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Juste pour vérifier. Mais, le principe était... Les soumissions publiques, finalement, c'était d'ouvrir et de donner la chance aux gens de faire la soumission. Et, que ce soit à 10 \$, 100 \$, 200 \$, 5000 \$, c'était ça, le principe. Alors, ils ont tous soumissionné à 0. Donc, ils ont été très dociles, ce que je comprends, là. Et, depuis ce temps-là, la situation est bloquée.

Il y a d'autres exemples. Si on veut, le plus récent est celui de Saint-Georges, le centre hospitalier de Saint-Georges de Beauce.

**M. Trudel:** C'est ça.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ce que j'ai compris, ce n'est pas supposément le lait québécois qui est passé, c'est quelqu'un d'autre, sur le même principe.

Moi, je vais vous dire, s'il y a un des dossiers qui me frustrant au niveau du ministère, c'est celui-là. Et, une chose est certaine, c'est que nous avons eu, au cours des derniers jours, encore des rencontres pour tenter de faire en sorte que ça puisse progresser. Il est illusoire de penser que Wyeth, qui est le lait québécois, puisse occuper l'ensemble de l'espace à travers le Québec, ce n'est pas vrai. L'idée est qu'il faut donner la chance à tout le monde de mettre son lait là. Et, au pire aller, on sera dans une situation où il y aura les trois, au pire.

Mais il ne faut pas se berner d'illusions. Il y a quelqu'un, quelque part, qui va montrer le lait. Les trois peuvent être là, mais il y a quelqu'un quelque part qui va montrer du doigt pour voir où est la bonne bouteille, où est le bon contenant et le bon contenu. Je n'écarte pas la possibilité de convoquer — pas les inviter, de convoquer — les représentants des trois compagnies pour tenter de tirer la chose au clair une fois pour toutes. Et, si on est dans un libre marché, on va être dans un libre marché où il y a des soumissions publiques très claires. Et, à ce moment-là, y compris le lait fabriqué au Québec devra faire partie de soumissions ouvertes.

**M. Trudel:** Bon, alors, c'est bien saisi au minist-

ère et, si je ne me trompe pas, c'est dans la région de Trois-Rivières où il semble qu'on approche une solution d'exposition égale, c'est-à-dire que non seulement les trois produits sont là, mais tous les deux ans...

**M. Côté (Charlesbourg):** Il y a une rotation.

**M. Trudel:** Une rotation. La rotation. Écoutez, on a creusé une décision tantôt, où vous avez, vis-à-vis de Biovac, eu une discrimination positive québécoise. Si je peux invoquer la comparaison, vous allez arriver avec la conclusion.

Et, deuxièmement, je pense, à mon avis, qu'il faut quand même être prudent sur l'invitation à contribuer à toutes sortes d'affaires, à partir du moment où c'est 0 pour tout le monde. Parce que, là, ce que vous dites comme expression de conclusion, c'est: **Il** doit bien y avoir quelqu'un — ce n'est pas une machine — il y a un bras, il y a une tête qui va dire que c'est le lait a, le lait b ou le lait c. Alors, le lait a, la machine, la main qui montre le lait a, le lait b ou le lait c est susceptible de quelque chose. Bon. Et, dans ce contexte-là, ça reviendrait, quelque part, à dire: Ton lait va être exposé et il va être disponible, ça dépend du «kick back», ça dépend comment tu en remets dans le système, le plus gros possible. C'est une invitation.

C'est pour ça que je vais vous la donner, la lettre — il faut que je la dépose tantôt — la lettre témoin que j'ai ici. Et ce n'est pas pour confondre l'hôpital ou quelqu'un là-dessus, pas du tout. Je ne veux même pas donner la signature — je vous la donnerai — mais, à partir du moment où on a une lettre où on dit: On vous invite à nous soumissionner au prix de 0, là, l'invitation est assez claire. C'est de dire: À quel prix, vous autres, vous allez faire monter les enchères sur d'autres choses? C'est ça qu'ils nous disent. Ou encore, j'en ai... Vous avez raison, vous avez donné l'exemple, vous-même, de Sainte-Justine. J'ai une autre lettre de Sainte-Justine, et là c'est un peu plus explicite: «Objet: Demande de don».

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** Voici les produits, et on vous demande ce que vous donnez en retour. C'est trop explicite, ça ouvre la porte trop grande à des abus et au plus fort pour le produit à placer; et là tout est imaginable. Ça ne peut pas se gérer, une politique comme celle-là, à moins qu'on applique, comme vous le disiez, une politique extrêmement stricte que tout don à une fondation ou sous une autre forme d'une entreprise qui a des fournitures dans un établissement est automatiquement versé au revenu autonome de l'établissement, donc une diminution de la subvention d'équilibre. Il faudra avoir une sacrée politique serrée pour arriver là parce que, autrement... Et je ne suis pas contre le libre-échange, la compétition et la justesse de la qualité de la compétition. Quand on veut être compétitionné, il faut être compétitif, sauf qu'il faut aussi des chances égales là-dessus. Alors, ce que vous dites là-dessus, c'est que le moment ou même une convocation s'approche.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, définitivement. Définitivement. Comme vous voyez, il me reste encore un petit peu d'ouvrage, et j'ai voulu le faire bien avant aujourd'hui. C'est une question aussi de priorité et de temps mais, une chose est certaine, c'est qu'on ne peut pas négliger non plus l'aspect des compagnies qui fabriquent d'autres éléments au Québec, comme Abbott et Mead Johnson, qui sont présents au Québec et qui fabriquent et qui sont des partenaires économiques qu'il faut respecter dans leur globalité. Oui, l'heure du dénouement approche.

**M. Trudel:** Et, comme vous le disiez ce matin à propos d'une autre situation, puisque les propos sont enregistrés: À bon entendeur, salut! Qu'ils le sachent tous très bien.

### Service de buanderie de la région de Montréal

Toujours, M. le ministre, en matière de fourniture de services, j'aimerais vous parler un peu et vous poser quelques questions sur les services de buanderie centralisés à Montréal — je ne sais pas si ça vous dit quelque chose; j'imagine un peu — où, pour résumer — si je résume de façon trop simpliste, je corrigerai — le CRSSS de Montréal, le CRSSS devenu régie du Montréal métropolitain a mis sur pied une politique de service régional de buanderie, et, donc, gère l'ensemble du dossier buanderie pour les établissements, en particulier les établissements hospitaliers, bien sûr, pour le gros du marché, dans la région de Montréal. Ici, à Québec, ça s'appelle **Partagec**. Et, ça, ça se traduit en termes de coûts, c'est-à-dire combien ça coûte le kilo. C'est comme ça qu'on en arrive à établir, dans le mécanisme commun, combien on va charger aux établissements. (16 heures)

Il semble bien que, dans la région de Montréal, on charge aux établissements. La Régie de la santé et des services sociaux, l'ex-CRSSS où on a **changé** la pancarte, là, puis on en a envoyé une petite partie à Laval, là... Quand même, on charge aux établissements 1,04 \$ le kilo pour en arriver à traiter les effets de buanderie, pour faire la buanderie des établissements hospitaliers. Lorsque la Régie fait le travail, elle le fait faire aussi en grande partie par de l'entreprise privée, en partie, en tout cas. Et, quand on demande des soumissions et qu'ils font faire ce travail-là, ça leur revient à 0,63 \$ le kilo, par établissement, dans un certain nombre d'établissements. Comment se fait-il... Est-ce que vous avez déjà été amené à regarder, à surveiller, est-ce que ça a été porté à votre attention que, dans la région de Montréal — et là on ne parle pas de petits volumes, on parle de beaucoup de sous — le fait que les services de buanderie soient assurés, comme responsabilité, par la Régie régionale de Montréal, il y a un différentiel qui va presque du simple au double entre le prix que ça coûte et le prix chargé aux établissements? Minimum de la question: Où va l'argent entre les deux?

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon, oui, j'ai été sensi-

bilisé à cela, en particulier lorsque Maisonneuve-Rosemont, Sainte-Justine et un autre centre hospitalier, la Cité de la santé de Laval, se sont regroupés pour faire un appel d'offres pour les mêmes fins. Et ces centres hospitaliers nous disaient: On peut avoir un bien meilleur prix que le prix qui nous est chargé par le CRSSS — de l'époque — à la Buanderie centrale. C'était vrai. Les soumissions publiques déposées, très claires... Et quand j'ai regardé le dossier — ça, il y a certainement 2 ans, si ma mémoire est fidèle — l'explication qu'on m'a donnée à l'époque, c'est que dans la mesure où on permettait à ces 3 d'aller en soumissions publiques on diminuait ce qu'il y avait à traiter au niveau central et, par conséquent, ce serait des petits établissements qui en feraient les frais; et que si des grands centres hospitaliers allaient en soumissions publiques, regroupés, avec des lots très importants, les prix seraient meilleurs que si c'était des petits établissements, avec des petits lots, qui iraient auprès des mêmes entreprises privées; ils auraient davantage à payer. Je n'ai jamais entendu parler de 0,63 \$, là, parce que ce n'était pas ça, à l'époque.

**M. Trudel:** Une soumission à l'hôpital LaSalle.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Mais, ce qu'il faut comprendre dans tout ça aussi, c'est que le privé est prêt, aujourd'hui, à faire des soumissions très basses pour accaparer le marché pour que la Buanderie centrale de Montréal disparaisse. Et quel sera l'effet, par la suite, sur le plan des coûts soumissionnés? Il est possible que ce soit des coûts qui augmentent. Mais, s'il y a de la compétition, il est sûr que tout le monde soumissionnera, là, pour obtenir des contrats. Et, à partir de ça, le 1,04 \$, c'est le prix uniformisé actuellement en tenant compte des gros, des petits, de l'ensemble.

C'est un peu ça qu'était la situation, là. C'est toujours très, très difficile de voir la vérité dans tout ça parce que, la journée où on élimine un regroupement comme celui-là, que ce soit à Québec ou que ce soit à Montréal, je pense que le privé est capable de faire un bon **travail** à ce niveau-là. On n'a pas nécessairement besoin de gens du public pour faire un travail de bonne qualité. Ce n'est pas là qu'est le problème. Il faut quand même être extrêmement prudent pour ne pas se retrouver dans une situation où le privé pourrait, en bout de ligne, dans cinq ans, dans dix ans, charger plus cher qu'il ne nous en coûte actuellement.

**M. Trudel:** En tout cas, ce qui m'inquiète beaucoup là-dedans, c'est que — et je le dis sous réserve, sauf erreur — la Buanderie centrale de Montréal va elle-même en appel d'offres pour une certaine quantité de son travail à réaliser au kilo, et qu'elle obtient des contrats du privé à des taux pas mal moins chers qu'elle ne charge aux établissements. Hein? C'est bien ça?

**M. Côté (Charlesbourg):** M. Dubuc, là, sous-ministre responsable de ces dossiers-là, va tenter de donner le plus d'informations possible au député.

**M. Trudel:** Le buandier en chef.

**M. Dubuc (Conrad):** Alors, ce n'est pas un dossier très simple. C'est que le fameux SRB, qu'on appelle, le Service régional de buanderie, est un organisme qui essaie d'équilibrer les prix pour que les petits établissements, s'ils vont en soumissions, et que les gros établissements, s'ils vont en soumissions... C'est sûr qu'ils vont avoir des prix différents, mais, pour que tout le monde paie à peu près la même chose, pour ne pas que les petits soient pénalisés à cause de leur petit volume, ce fameux Service régional de buanderie ne fait que charger le même prix à tous les établissements. Mais, si une soumission rentre à 0,85 \$ ou 0,90 \$, par exemple, le SRB va payer 0,90 \$ pour la quantité de linge qui est impliquée dans la soumission. Cependant, la facture de l'établissement sera toujours de 1,04 \$, le prix régionalisé.

Pour le ministère, ça ne lui coûte pas plus cher de cette façon-là; c'est strictement pour ne pas pénaliser ceux qui sont les plus petits.

**M. Côté (Charlesbourg):** L'autre question...

**M. Trudel:** Vous connaissez bien votre dossier, M. le buandier en chef.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais l'autre question, qui était celle...

**M. Dubuc:** De la BCM? La BCM, elle, la Buanderie centrale de Montréal, n'a pas demandé, à ma connaissance, de soumissions. Ça lui donnerait quoi de demander des soumissions? Elle fait elle-même des lavages. C'est un peu un compétiteur, si on veut, au privé.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui. C'est un compétiteur au privé.

**M. Dubuc:** Effectivement.

**M. Trudel:** Quand vous dites... Supposons que ça coûte 0,90 \$ pour un établissement, ils font payer 1,04\$.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** Bon. Alors, la question, c'est : Où va-t-il, cet argent-là? Quand ça coûte 0,90 \$ puis que je charge 1,04 \$...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça sert... Non.

**M. Trudel:** ...premièrement... mais quand je dis que ça coûte 0,90\$...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** ...c'est 0,90\$ par rapport à quoi?

C'est qu'on fait faire le travail, soit en sous-traitance ou par de l'entreprise privée parce que plus proche, enfin, toutes sortes de facteurs, là. Je veux dire, vous reconnaîtrez qu'il existe des prix au kilo dans le traitement de la buanderie, à Montréal, qui peuvent varier dans une fourchette, supposons — je vais prendre votre exemple — de 0,90 \$ à 1,04\$.

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon. Deux choses. Je pense qu'il faut bien distinguer. Le service régionalisé est celui qui a la responsabilité de l'ensemble des kilos. Il donne donc à contrat à la BCM, on me dit 6 500 000 kilos, donc plus ou moins la moitié qui est traitée là. L'autre partie va dans l'entreprise privée qui, elle, fait l'objet de soumissions. Par l'addition des 2, qui couvrent l'ensemble des établissements, on en arrive à une moyenne de 1,04 \$ le kilo. Et je peux supposer que, dans le cas de l'entreprise privée, elle le produit à moins cher que la BCM. Donc, la différence entre 0,90 \$ que pourrait charger l'entreprise privée par rapport au 1,04 \$, donc 0,14 \$, sert à compenser ce qui coûte plus cher, peut-être, à la BCM ou qui coûterait plus cher par établissement si les plus petits établissements étaient allés en soumissions publiques. C'est normal dans le cas d'une entreprise. Si un centre hospitalier comme Notre-Dame va en soumissions publiques seul par rapport à un centre d'accueil, c'est clair que, sur le plan du volume, vous n'aurez pas les mêmes prix. Ça va être des prix complètement... Et c'était pour protéger les petits que ça a été fait, à l'époque, m'a-t-on dit. On me dit que ça pourrait même aller jusqu'à 1,60 \$ pour des petits établissements. Donc, c'est un peu une protection. C'est une péréquation régionale pour aider le petit. (16 h 10)

**M. Trudel:** Enfin, je conviens qu'il faut être prudent là-dedans. Je le suis, mais je constate des différences assez élevées, dans les chiffres qui m'ont été transmis, entre les coûts chargés aux établissements et les coûts que l'on obtient, que l'on doit payer par le Service régional de buanderie, dans la région de Montréal en particulier. Et je souhaite que l'examen soit refait à fond parce que, peut-être aussi, des fois, s'installe-t-il des pratiques qui, le temps faisant son oeuvre, ne font pas toujours l'objet de révisions suffisamment serrées, ces pratiques, en tout cas, faisant l'affaire du monde, n'est-ce pas? Deuxièmement, je souhaite que soient rendus extrêmement clairs pour les intervenants les transferts qui se font grâce à ce mode de l'établissement d'un prix uniforme pour tout le monde, parce que vous comprenez assez facilement — pas besoin de vous faire un grand dessin — que, si c'est arrivé ici, c'est que ce n'est pas tout le monde qui comprend. N'est-ce pas?

**M. Côté (Charlesbourg):** Je partage entièrement votre point de vue, je l'ai déjà questionné il y a deux ans. Tout ce qu'il s'agit de faire, c'est de sortir mon vieux dossier, de l'actualiser et de requestionner. Et je n'ai pas d'objection à ça du tout, surtout que ça peut faire la démonstration de sauver des sous. Et ce que je comprends de l'intervention, c'est que les monopoles,

même d'ordre public, ne sont pas toujours très bons. Merci.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** J'ai très bien entendu la fin. En invitant le ministre, en lui disant que pourra être rapportée — non pas au ministre mais au buandier en chef, et ceci avec tous mes compliments, ça — l'étude faite par SECOR sur le service et sur la situation actuelle. Il y a des éléments dans cette étude-là qui, le moins qu'on puisse dire, apparaissent comme étant très intéressants. Très bien, je ferme.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça va?

**M. Trudel:** Ça va pour moi. Bon, M. le ministre, maintenant, un certain nombre... Bon, M. le ministre...

**M. Côté (Charlesbourg):** Quelle date? Quatre ans, cinq ans, SECOR?

**M. Trudel:** Non, le 9 avril 1992.

**M. Côté (Charlesbourg):** C'est tout récent.

**M. Trudel:** Tout récent. Ça va être une lecture rafraîchissante pour vous, M. Dubuc.

**M. Côté (Charlesbourg):** Bien, il porte le même prénom que le président de la Régie de Montréal, Conrad.

**M. Trudel:** Villeneuve... Sauvé...

**M. Côté (Charlesbourg):** Il n'est pas «Sauvé», lui, il est Dubuc.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** Une des conclusions de SECOR là-dedans, c'est que, pour la région de Québec, avec ce système-là, ça a l'air que ça nous coûterait 1 200 000 \$ de plus. SECOR nous dit que cette façon de procéder nous coûterait 1 200 000 \$. Alors, ça va être intéressant à lire, je suis sûr, sûr, sûr. Ça va?

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans ces temps difficiles où on cherche les moindres sous, je vais refaire une lecture.

#### Situation à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc

**M. Trudel:** Je vais maintenant, M. le ministre, aborder un certain nombre de cas particuliers dans le réseau, toujours, du programme 3, des établissements de santé. J'avais un peu mentionné hier l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc de Montréal. Il me semble y avoir, à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc de Montréal, une situation vraiment très particulière au sens où, au minimum, le

ministère a désigné un observateur auprès du conseil d'administration. J'ai cru comprendre, par les derniers temps, que le nouveau nom d'un tuteur, ça s'appelle «observateur auprès du conseil d'administration». J'ai refait mon dictionnaire un peu après le jugement de Louis-H. Lafontaine, et j'ai cru comprendre qu'un tuteur, ça s'appelait maintenant «observateur auprès du conseil d'administration».

Donc, pour Sainte-Jeanne d'Arc, il y a eu... Et les faits qui ont été portés à ma connaissance sont relativement graves puisque l'on y implique la pratique professionnelle dans ce centre hospitalier, et que le ministère a jugé bon d'y déléguer, avec un mandat, ma foi, extrêmement explicite, donc, un administrateur délégué suite à des problèmes extrêmement graves qui ont été vécus dans cet hôpital. Et je relie aussi tout de suite à cela le fait que, dans cet établissement, il y a une quarantaine, plus précisément 38 lits qui sont fermés en permanence. Alors, je voudrais savoir, M. le ministre, dans le réseau de santé et services sociaux, l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc de Montréal, quelle est la situation qui prévaut à Sainte-Jeanne d'Arc et quels sont les éléments de mandat qui ont été donnés précisément à votre observateur auprès du conseil d'administration. Pour en arriver à des correctifs, je l'imagine.

**M. Côté (Charlesbourg):** D'abord, il y a une différence assez nette entre «tuteur» et «observateur auprès du conseil d'administration»... pour bien s'assurer que les deux continuent d'exister. Et l'observateur auprès du conseil d'administration, c'est qu'on pense qu'il y a encore quelque chose à faire avec les gens du conseil d'administration qui ont pu démontrer une bonne volonté de faire des choses, sans nécessairement avoir tous les moyens pour les faire, y compris sur le plan des connaissances. Donc, c'est là que l'observateur auprès du conseil d'administration peut aider, alors que le tuteur se substitue aux responsabilités du conseil d'administration pour des périodes... Donc, c'est un moyen d'aider avant d'imposer.

Dans le cas de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, c'est à la suite d'une visite de la Corporation professionnelle des médecins que nous avons été informés, en août 1992, de la problématique qui existait à Sainte-Jeanne d'Arc, et encore de manière très vague, pas trop précise, compte tenu des responsabilités des uns et des autres et compte tenu du fait que les médecins doivent être jugés, vérifiés et inspectés par des pairs et que c'est des pairs qui ont toujours ce pouvoir-là; je ne le conteste pas du tout, d'ailleurs, mais c'est eux qui ont ce pouvoir-là. On a donc constaté qu'il y avait des problèmes professionnels en médecine spécialisée, en chirurgie générale et en soins prolongés. Il y avait un fonctionnement inadéquat du Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens de même que de la Direction des services professionnels.

Lorsque le ministère a été sensibilisé, en août 1992, on a donc eu une rencontre immédiate avec la Corporation professionnelle des médecins, et on a été chanceux, on avait un docteur dans notre gang. Si on

n'avait pas eu de docteur dans notre gang, ce n'est pas sûr qu'on aurait su ce qui se passait. Et c'est du fait que nous ayons un... Ça existe encore, un docteur, au ministère, et on a pu bénéficier de ses connaissances et, finalement, lui donner accès à, pas toute l'information mais accès à certaines informations qui étaient assez contentieuses. Et, à partir de ce moment-là, nous avons décidé de prendre un certain nombre d'actions: nommer un observateur auprès du conseil d'administration, parce que le conseil qui est en place à Sainte-Jeanne d'Arc est un nouveau conseil issu de la loi 120. Il avait démontré une bonne volonté de collaboration et de redressement du centre hospitalier. C'est donc pour cela qu'on a nommé le Dr Duplessis, de l'hôpital Sainte-Justine, comme observateur au conseil d'administration, qui a fait un travail depuis, qui me transmettra, au cours des prochaines semaines... le 17 mai? le 17 mai le rapport concernant ce qu'il a pu observer là-bas.  
(16 h 20)

Et je puis vous dire aussi que la Corporation professionnelle des médecins a fait une deuxième visite, à notre invitation, parce qu'il n'est pas coutumier, pour la Corporation professionnelle des médecins, de retourner aussi rapidement dans un établissement comme celui-là. Ça a donc été fait, et on m'a informé, hier ou ce matin, que la deuxième visite était terminée — donc, deux visites très serrées, très suivies — et qu'il y aurait un certain nombre de recommandations qui nous seraient transmises pour les parties qui nous concernent.

Quant au redressement souhaité au niveau de Sainte-Jeanne-d'Arc, il y va de la qualité des soins. Et, dans ce cas-là, il n'y aura aucune hésitation, quand on aura le rapport, sur les gestes à prendre. Ça prend un redressement assez rapide, merci. Et, de ce que j'ai compris, je vais vous le dire tel que je le pense, avec le peu d'informations que je possède — et Dieu sait que je ne possède pas toute l'information — c'est quasiment une bonne affaire qu'il y ait eu 40 lits de fermés.

**M. Trudel:** M. le ministre, avec cette dernière observation, ce n'est pas des peccadilles, ce qui a l'air de se passer dans cette boîte-là. Sous le couvert de l'expression des problèmes au niveau de la pratique professionnelle, **est-ce** que je peux en conclure qu'il a été porté à votre attention des difficultés aussi graves en apparence que des vies qui ont été mises en danger par les services professionnels à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc?

**M. Côté (Charlesbourg):** Pas à ma connaissance, parce que je ne suis pas, dans le contexte actuel, ni demain non plus, parce que ce serait un recyclage trop important pour moi, docteur — il faut bien se comprendre, là — et que la nature des informations que la Corporation professionnelle des médecins, au-delà de ce qui nous a été communiqué, comme ministère... Et, vous le comprendrez très facilement, la qualité de l'acte relève de la Corporation professionnelle des médecins, donc des pairs, et ce n'est pas à moi que ça a été communiqué.

Cependant, les officiers qui ont échangé avec moi m'ont effectivement dit que c'était une situation très préoccupante et ont insisté pour que la Corporation professionnelle des médecins fasse très rapidement une deuxième visite pour régulariser des situations. Le mandat au Dr Duplessis a été très clair aussi sur le plan de l'observation, et j'attends des recommandations tout aussi claires et tout aussi dynamiques et drastiques pour corriger toutes les situations qui ont pu être vécues dans le passé, en vous disant que, depuis la présence du Dr Duplessis et depuis la présence du nouveau conseil d'administration, il y a non pas uniquement une volonté de reprise en main mais aussi une reprise en main réelle et graduelle de tous les leviers de contrôle, à tous les niveaux, et que d'autres gestes, éventuellement, pourraient être posés pour revenir à une situation normale.

**M. Trudel:** Mais, est-ce que la Corporation professionnelle des médecins ne vous avait pas elle-même référé le cas de l'hôpital et des pratiques à l'intérieur de cet hôpital?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, c'est ce que j'ai dit tantôt, au mois d'août. C'est à la suite d'une visite de la Corporation professionnelle des médecins, qui nous a informés par lettre de certains problèmes au niveau de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, et c'est à ce moment-là qu'on a nommé le Dr Duplessis comme observateur. Il y a eu des contacts avec le conseil d'administration, qui était nouvellement formé et qui avait démontré une volonté de changer des choses. Et c'est comme ça que ça s'est enclenché.

La deuxième visite de la Corporation professionnelle des médecins a été faite à l'initiative et à la demande du ministère, pour qu'on puisse régulariser les situations le plus rapidement possible. Ce qu'il faut dire...

**M. Trudel:** C'est parce que, avec toute la prudence qu'on doit employer dans pareil cas et tout le devoir de réserve qui nous est imposé, je suis un peu surpris du fait que le ministère et le gouvernement soient passés par un observateur auprès du conseil d'administration pour régler le problème, quand je comprends que la gravité de la situation eût exigé, à mon avis, une tutelle. Mais, ipso facto, avec les réserves de lecture de la situation, je garde mes prudences là-dedans. La situation eût exigé, donc, la nomination d'un tuteur, ipso facto, parce que, à ma question sur les pratiques professionnelles, tantôt, vous avez été juste assez **affirmatif** et explicite pour montrer qu'on n'était pas en matière de peccadilles. Et la correction drastique que vous souhaitez, suite au rapport de l'observateur, me semble assez, d'évidence, s'appliquer, devoir s'appliquer rapidement et aurait **peut-être** dû s'appliquer rapidement, compte tenu de ce qui est en cause.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vais vous expliquer pourquoi, parce que, évidemment, la tutelle est toujours la solution extrême. Bon. Pour toutes sortes de raisons,

dans ce cas-ci... La tutelle arrive toujours au moment où le conseil d'administration ne partage pas le constat qu'on peut faire d'une situation et les mesures qui doivent en découler, donc, quant au redressement de la situation. Le conseil d'administration, au mois d'août 1992, ce conseil, donc, issu des élections du 9 mars 1992, n'avait que quelques mois. Il a fait la démonstration de sa volonté de corriger la situation. Et, à partir de cela, c'est là que la décision s'est prise de nommer quelqu'un qui est très bien connu dans le milieu hospitalier, qui connaît ça et qui était capable d'y consacrer du temps. Et c'est donc le Dr Duplessis qui a été nommé comme observateur, avec, on se comprendra, toute l'autorité que peut avoir un observateur dans une situation semblable; et c'est ça qui a été le choix.

Je continue de constater que ça a été le bon choix, parce que, à l'intérieur du centre hospitalier, y compris dans le corps médical — parce qu'il ne faut pas se méprendre, là — y compris à l'intérieur du corps médical, il y a des gens qui sont intéressés à redresser la situation, et il y a un certain nombre de médecins, de jeunes médecins en particulier, qui veulent voir corriger ces situations et collaborent au rétablissement d'une situation normale. Je pense que c'est important de le dire aussi, parce que, de dire qu'il y a des problèmes... On peut mettre tout le monde dans le même bain, alors que ce n'est pas nécessairement le cas, et... Bon, une deuxième visite au niveau de la Corporation professionnelle, plus le rapport que j'aurai le 17 mai, et il est clair qu'on va prendre des actions très, très, très, très rapides dès que j'aurai ces rapports-là, au-delà des rapports verbaux qu'on a pu avoir jusqu'à maintenant.

Effectivement, s'il y a faute professionnelle, ce n'est pas le ministre qui peut le régler; donc, c'est la Corporation professionnelle elle-même qui peut régler ces problèmes-là. Et, comme elle est déjà là depuis le mois d'août l'an dernier, et à nouveau cette année, ça sera à la Corporation professionnelle de prendre les moyens qui s'imposent. Et ils ont fait la démonstration de leur volonté de rétablir la situation; il faut quand même le comprendre. C'est eux qui ont initié le dossier, et ils viennent d'y retourner alors que ce n'est pas dans les coutumes de la Corporation.

**M. Trudel:** Très bien. Je vais souhaiter, eu égard aux informations qui me sont parvenues, que ça puisse débouler rapidement. Le moins que l'on puisse dire... Deuxièmement, on ne peut pas dire non plus que c'est le **truc**, uniquement, de la Corporation professionnelle des médecins parce qu'il y a un aspect professionnel. C'est vous qui êtes responsable, dans le réseau de la santé et des services sociaux, des citoyens devant le système.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, mais on s'est donné, quand même, un Code des professions, où la corporation la plus puissante, celle des médecins, a ses règles, a sa déontologie, a ses règles auxquelles doit répondre son code d'éthique. Et on se rappellera, là... On n'a pas besoin de se rappeler toutes les discussions

qu'on a eues sur la loi 120, avec tout ce que ça comportait, mais il est clair que l'établissement lui-même est notre responsabilité, avec toute une série de mesures qu'on pourra prendre dès le moment où l'observateur nous aura fait ses recommandations.

**M. Trudel:** Les citoyens avant les règles des corporations, c'est ça que vous voulez dire, là, hein?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, oui, oui. Oui, mais... Et j'ai hâte de voir ce qui se fera sur le plan du ménage dans le grand dossier des corporations. J'ai hâte de pouvoir dire mon mot, parce qu'il est clair que, si on a voulu mettre le citoyen au centre du système, au niveau de la réforme, et qu'il puisse dire des choses, ça va jusque dans les corporations professionnelles, en termes de présence sur des comités, pour être capables de représenter le citoyen sur des choses qui se passent derrière le rideau. Entièrement d'accord avec ça. (16 h 30)

**M. Trudel:** Merci. On va attendre les résultats.

#### Urgences-santé

On ne peut pas compléter l'étude des crédits en matière de santé et services sociaux sans parler un peu d'Urgences-santé, à Montréal. Ça serait briser la tradition.

**M. Côté (Charlesbourg):** Mais je sens qu'elle achève. Elle se porte mieux.

**M. Trudel:** Ah, bien, là, je ne sais pas. Ça va dépendre qui est assis là.

Urgences-santé, à Montréal. Donc, les directives de juin 1991 sont toujours des directives, ajustées avec celles de décembre 1992 — enfin, novembre ou décembre 1992 — et il semble qu'il y ait encore un certain nombre de problèmes à Urgences-santé, à Montréal, ou de répercussions suite à l'application des directives et du changement de système de réception des appels. Vous vous souvenez, entre autres, que le représentant de l'Opposition avait dit craindre que l'adoption de l'achat d'un nouveau système, le système Clawson, allait nous amener vers un certain automatisme de type américain, où je reçois un appel d'urgence, je ne prends pas de chance, j'envoie une ambulance. Parce que, c'est le technicien qui applique le protocole, et le protocole est très explicite là-dessus, c'est: tu ne prends pas de chance, tu envoies une ressource, quitte à ce qu'on se trompe. Et il disait, à ce moment-là, qu'il ne voulait pas compétitionner le député de Joliette à propos des pronostics sur Urgences-santé, mais il disait que, tôt ou tard, on se réveillerait avec une demande, à quelque part, d'augmentation de la flotte des véhicules à Urgences-santé parce qu'on aurait à répondre à plus d'appels.

Si bien que, je pense que ce qui devait arriver arriva. J'en réfère à une lettre du 8 janvier 1993, où votre sous-ministre, M. Gagnon, autorisait l'achat de 30 véhicules ambulanciers et de 10 véhicules de coordonna-

teurs de médecins, pour l'exercice 1992-1993, à Montréal. **Est-ce** que vous pouvez me confirmer qu'à Urgences-santé il y a eu autorisation d'acheter 30 nouveaux véhicules ambulanciers? Parce qu'on dit... J'ai le papier. Vous allez peut-être me répondre: Bien, vous l'avez, le papier, c'est confirmé. Mais, je veux être bien sûr de l'authenticité. Est-ce qu'on va acheter 30 nouveaux véhicules ambulanciers, à Montréal, pour le service d'**Urgences-santé**? Et je ne faisais pas de relation, évidemment — vous aurez compris — avec l'implantation de Clawson. Ça va de soi. Je faisais ça comme entrée en matière.

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, parce que, s'il y avait un lien, il serait malveillant. On est dans une situation où des directives sont appliquées. Il y a des délais qui s'expliquent par un certain nombre de phénomènes ou d'autorisations qui sont venues plus tard, compte tenu du questionnement qu'on a eu. Mais je peux vous dire que — et je touche du bois; dans ce milieu-là, ce n'est pas un milieu toujours prévisible — nous sommes dans une situation où il y a une progression normale de l'application et de l'implantation des directives qui restabilisent l'ensemble de l'opération d'**Urgences-santé**.

La dissociation d'Info Santé est chose faite. L'intégration des CLSC coordonnateurs est aussi chose faite. C'est une étape extrêmement importante, qui n'a pas toujours été facile. On se rappellera les témoignages des infirmières, en particulier, qui n'avaient pas nécessairement des objections à Clawson; elles souhaitaient faire Clawson. Et on se rappellera aussi ce que le Dr Fréchette est venu nous dire à plusieurs reprises: notre sommité au Québec, sur le plan du prix hospitalier, est Urgences-santé. Nous avons donc un suivi très serré de ce qui se passe à Urgences-santé. On a autorisé l'acquisition de Clawson. On a aussi autorisé l'acquisition d'un ordinateur pour faire la référence assistée par ordinateur, qui est la pièce maîtresse de l'autre phase de mise en application des directives.

Et, parallèlement à tout cela, il y a eu des demandes qui concernaient la flotte. Donc, quelle est la flotte optimale que nous devons avoir à Urgences-santé pour faire ce que l'on a à faire? Aussi, qu'est-ce qui est urgent et non urgent? Donc, étude sur la dissociation de l'urgent et du non-urgent. Je vous dis, ça, ça va relativement bien. Je vais vous dire où ça va moins bien.

Quant à l'acquisition des véhicules; évidemment, l'acquisition de 30 véhicules — si ma mémoire est fidèle — ça s'inscrit dans le renouvellement de la flotte. Il est normal que des véhicules qui sont utilisés pendant x temps, je pense que — si ma mémoire est fidèle — à l'époque, lorsqu'on a fait l'acquisition, on parlait d'une durée de vie de trois ans — si ma mémoire est fidèle — d'un véhicule, il est normal qu'on soit dans une situation où on doit faire l'acquisition de véhicules pour remplacer ceux qui seront mis au rancart. Mais il n'est pas, à mon point de vue, à moins que ma mémoire ne fasse défaut, il n'est pas question du tout d'augmentation de la flotte, en liaison avec ce qu'on a évoqué dans le

passé.

Là où c'est plus difficile — on va se le dire tout de suite — c'est dans la relation avec le corps médical, puisque nous sommes dans une situation où nous devons former des techniciens ambulanciers. Ce sont les médecins qui, actuellement, sont à Urgences-santé qui auront cette responsabilité-là de former les techniciens avec des nouvelles techniques, donc «upgrader» la formation des techniciens pour être capable d'en faire un peu plus. Il y a une problématique avec les médecins qui n'est pas totalement réglée et qui nécessite des efforts du Dr Tétreault, qui est responsable du **GTI**, du Dr **Fréchette**, et qui implique les relations de travail au niveau du ministère, la **FMOQ**, pour tenter de solutionner le problème. Il va demeurer à Urgences-santé un nombre x de médecins dont la première fonction va être une présence permanente en support aux techniciens qui, sur le terrain, auraient besoin de conseils quant à l'intervention qu'il faut faire, et qui est dans ses responsabilités. Toujours en se rappelant que le choix qu'on a fait au niveau du préhospitalier n'était pas de stabiliser le patient sur place, mais de le transporter le plus rapidement possible là où il a le plus de chances d'avoir les meilleurs soins, c'est-à-dire dans un centre hospitalier.

La deuxième fonction des médecins sera la validation de la qualité de ce qui se passe au niveau d'Urgences-santé, et la troisième fonction au niveau des médecins est celle que j'ai évoquée tantôt, au niveau de la formation. Ça va se traduire par un nombre de médecins, temps plein requis, qui est inférieur au nombre de médecins qu'il y a actuellement. Et c'est là qu'est la discussion.

Finalement, ce que les médecins craignent en particulier, à juste titre d'ailleurs, c'est que les médecins ne soient plus retenus et que les techniciens qui doivent prendre la relève sur le terrain n'aient pas reçu la formation. Il n'est donc pas question, à ce moment-ci, d'aucune manière, que les médecins quittent Urgences-santé tant et aussi longtemps que la formation des techniciens ambulanciers ne sera pas adéquate pour faire ce qu'ils ont à faire. C'est un peu ça... À moins qu'il y ait d'autres problèmes que je ne connaisse pas, ça ne me surprendrait pas.

**M. Trudel:** Votre diagnostic là-dessus, quant à l'intégration ou, plutôt, la sortie du corps médical des soins avancés, des soins d'urgence avancés, est particulièrement d'appoint, mais je ne veux pas passer tout de suite là-dessus en disant... en termes de remplacement... J'aimerais — et, ça, ce n'est pas privé, c'est public — vous lire un paragraphe d'un procès-verbal de la réunion du conseil d'administration d'**Urgences-santé**, à propos de l'achat des nouveaux véhicules, où, à une question d'un membre qui demande si cet ajout de véhicules est un ajustement temporaire ou si on a estimé la nécessité d'une flotte de 150 véhicules à Montréal, la réponse est à peu près ceci: On signale que ce nombre est requis dans le cadre actuel du fonctionnement, mais que la mise en oeuvre de la répartition assistée par ordinateur permettra de mieux identifier le besoin éven-

uel. Si le nombre de véhicules requis est alors moindre, nous pourrions moduler la diminution et l'affecter en phase à un programme de remplacement de la flotte. (16 h 40)

Donc, éventuellement. Alors, ce qui me semble assez évident, c'est qu'on a mis en oeuvre l'achat de 30 nouveaux véhicules, 30 nouvelles ambulances dans la région de Montréal, compte tenu du débordement, et en espérant comme justification qu'ultérieurement on s'en servira, de ces véhicules, pour effectuer du remplacement si la demande était moindre en vertu du nouveau CAD, du nouveau système assisté par ordinateur de réception et de répartition des appels — je ne parle pas du système Clawson, on parle du morceau 2, qui devrait être le numéro 1, là-dessus. Alors, là-dessus, j'ai bien peur d'avoir raison, et qu'on est entré dans une nouvelle phase d'expansion d'Urgences-santé à Montréal, compte tenu de ce qui est mentionné dans les commentaires de la propre décision du conseil d'administration.

J'aimerais demander au ministre aussi s'il a été porté à sa connaissance que, au cours des quatre derniers mois, quant à Urgences-santé à Montréal, on fonctionne, en moyenne, cinq jours sur sept en priorisation. Je vais vous décoder ça, là. Moi aussi, je me le suis fait décoder, là. Fonctionner en priorisation, ça veut dire qu'on est obligé d'avoir une liste d'attente pour aller chercher celui ou celle qui a un besoin urgent, et là il y a une évaluation médicale qui est faite pour, évidemment, déterminer l'urgence parmi l'urgence. Le système Clawson et le type de la flotte qu'on avait devaient, théoriquement, nous dit-on, répondre... Et puis, ça, c'était fini le système de priorisation, à moins d'exception. Bon, les catastrophes arrivent, là. Mais là on fonctionne sur un mode beaucoup plus régulier de priorisation qu'autrement, et, dans ce sens-là, on a aussi un effet **secondaire** qui devient primaire, Clawson, qui n'est pas négligeable.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je m'aperçois que le député a toujours de bonnes sources d'information. Ce n'est pas un défaut quand on est dans l'Opposition, ni même au pouvoir.

**M. Trudel:** C'est notre nourriture.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ni même au pouvoir, ce n'est pas un défaut non plus.

Premièrement, vous m'apprenez qu'il y a 30 véhicules qui ont été ajoutés à la flotte qui seraient autre chose que du remplacement. Vous me l'apprenez. Je vais prendre soin de vérifier exactement ce que c'est, y compris avec le procès-verbal, et je vous reviendrai là-dessus avec une réponse en bonne et due forme, le plus rapidement possible. Et, quand je dis rapidement, ça va être rapidement.

**M. Trudel:** Bon, alors, dans votre «rapidement», si vous me permettez, puisque je reviendrai avec ces réponses-là, vous ferez ce que vous voudrez avec ces deux demandes-là. Il y a aussi la firme Maheu, Noiseux

et Mallette qui a fait un plan de réorganisation d'Urgences-santé. Si ce document peut être remis aussi du côté de l'**Opposition**, ainsi que le plan d'effectifs à long terme prévu par Urgences-santé à Montréal, ça nous permettrait de pouvoir avoir une perspective des choses à... Je vous le...

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, c'est trois demandes: véhicules, l'étude de Maheu, Mallette.

**M. Trudel:** Oui.

**M. Côté (Charlesbourg):** Et, l'autre, c'est...

**M. Trudel:** Et, l'autre, c'est le plan d'effectifs

**M. Côté (Charlesbourg):** Le plan d'effectifs, O.K.

**M. Trudel:** Et, évidemment, aussi, excusez, là.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, allez.

**M. Trudel:** Et, le dernier, c'est le coût de la RAO, de la répartition assistée par ordinateur.

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Oui.

**M. Trudel:** Ça va coûter combien, cette affaire-là?

**M. Côté (Charlesbourg):** O.K. Il n'y a pas de problème.

Quant à l'autre question que vous avez posée et à laquelle je n'ai pas répondu encore, sur la priorisation: Oui, ça continue d'exister. C'est explicable par le fait que, tant et aussi longtemps que la répartition assistée par ordinateur ne sera pas opérationnelle et dès le moment où la répartition assistée par ordinateur sera opérationnelle, c'est une pratique qui va disparaître.

Et Clawson, oui, mais il faut que Clawson soit en application et ait tous les moyens d'être appliqué. Donc, c'est la réponse. Comment?

**M. Trudel:** Je vous rappelle de longues obstinations, puis de longues paroles en commission parlementaire pour essayer de faire adopter une résolution prévoyant que l'on ferait la RAO avant d'acquiescer Clawson, et puis de mettre Clawson en application. Je m'étais comme étiré la langue, il ne m'en restait plus à force qu'elle était usée en disant: Il n'y a pas de séquence logique, là-dedans. Il faudrait implanter la RAO parce que là on fonctionne par des petits blocs, des petits blocs aimantés. Puis quand il y a un petit bloc qui tombe à terre, dans la salle de répartition, on vient de perdre l'ambulance puis on ne sait plus où elle est rendue, puis etc.

**M. Côté (Charlesbourg):** Il y a des délais qui dépendent de nous. Il y a des délais qui dépendent

d'autres. Mais, finalement, ce qui était débattu à l'époque, c'est que Clawson, avec répartition assistée par ordinateur, allait améliorer la situation. C'est toujours ce qu'on continue de dire, en souhaitant que ça puisse être en vitesse de croisière le plus rapidement possible.

**M. Trudel:** Très bien. Merci. Là-dessus... Matabédia, Matane m'attend, là toute l'opération d'intégration des départements de santé communautaire aux nouvelles directions de santé publique. Rimouski, Rivière-du-Loup. C'est clair?

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui, oui. Comme question.

**M. Trudel:** À quand une décision sur... là-dessus et, je veux dire, la décision finale, compte tenu de la situation particulière de cette région, des acteurs impliqués, etc. Qu'en est-il?

**M. Côté (Charlesbourg):** On a demandé un plan d'organisation des ressources, et il y aura donc des propositions qui viendront éventuellement. La région du Bas-Saint-Laurent vient à peine de choisir son directeur de santé publique — je pense que c'est la semaine dernière — et il doit jouer un rôle important sur le plan de la nomination.

Il y a deux philosophies qui s'affrontent, au niveau du Bas-Saint-Laurent, dans la santé communautaire. Disons-le tout de suite. Rimouski, qui est prête à reconnaître les spécificités de Rivière-du-Loup et son excellence dans des domaines précis, en souhaitant les faire partager à l'ensemble de la région, et même au Québec, et, par le fait même, pas de duplication avec ce qui se passe à Rimouski. Ça me paraît raisonnable. Alors que, dans le cas de Rivière-du-Loup, on semble vouloir se cantonner dans sa spécialité, dans sa cour, pour l'ensemble du territoire à desservir, ce qui va à l'encontre de l'esprit. Et il y aura des activités de santé communautaire à Rivière-du-Loup, comme il y en aura à Rimouski. L'impact du développement économique sera donc... L'impact sur l'économie de la région de Rivière-du-Loup sera maintenue. Une chose est certaine: il va falloir que cette expertise puisse circuler, puis être bénéfique à l'ensemble de la région. Il va donc rester des choses, à Rivière-du-Loup, importantes. Il va y en avoir à Rimouski aussi, et j'attends le plan d'organisation, parce que j'ai signifié des attentes à ce niveau-là. Dès qu'on l'aura, on espère... C'est en juin, ça, qu'on doit...

**Une voix:** Fin mai.

**M. Côté (Charlesbourg):** Fin mai. Fin mai, début juin. Je ne sais pas si ce sera tout le monde qui réussira à répondre dans le même temps. À ce moment-là, il s'agira pour nous de l'approuver ou pas. S'il ne correspond pas aux orientations, puis aux objectifs poursuivis, bien, ils recommenceront.

**M. Trudel:** Donc, compte tenu des recommandations du PROS, du plan régional de l'organisation des services...

**M. Côté (Charlesbourg):** Du PROR.

**Une voix:** Du PROR.

**M. Trudel:** Du PROR, pardon, excusez-moi. C'est un PROR, celui-là; plan régional de l'organisation du service. Vous serez en mesure, donc, d'appliquer et, pour l'instant, donc, il y aurait un travail, dans cette région, à faire au niveau des instances régionales, dites-vous.

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui.

**M. Trudel:** Très bien. Je vais remercier le ministre d'avoir répondu à ce grand nombre de questions pour les crédits santé et services sociaux.

En ce qui regarde les services, le ministre imagine bien que j'ai dû laisser tomber 80 % de mes questions, compte tenu du nombre que nous avons, mais je le remercie pour ses réponses.

Je dois malheureusement quitter, parce que je suis un itinérant, à ma façon — pour Rouyn-Noranda — et que je n'ai pas les mêmes moyens de me rendre, demain, que ce que le ministre des Forêts a pour se déplacer, lui, pour se rendre au même endroit où on va. Et ce n'est pas tous les ministres qui ont la même volonté d'offrir des services à d'autres. Moi, je prendrai les lignes commerciales, avec ce qu'il en coûte à l'État en supplémentaire, pour me rendre à Belleterre, en Abitibi, pour au moins inaugurer l'usine qui va fournir du travail à 90 employés. Quant au restant, on réglera nos comptes ailleurs, avec les autres ministres. Je remercie le ministre de la Santé et des Services sociaux d'avoir répondu à mes questions.

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, je veux souhaiter...

**Le Président (M. Joly):** M. le ministre, s'il vous plaît...

**M. Côté (Charlesbourg):** Je veux souhaiter un bon voyage, quand même, au député. Ce que je comprends, c'est qu'il y a des intervenants qui ne sont pas sortis du bois...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** ...et le remercier pour cette période qu'on a passée ensemble. Elle est à l'image des autres, je pense, très ouverte, et, même si, à l'occasion, on peut avoir des opinions divergentes, elles sont toujours respectueuses des personnes, et je l'en remercie. Je suis pleinement convaincu, à voir la documentation qu'on a ici, que, moi, je dirais même qu'il n'a pas posé 5 % des questions qu'il aurait dû poser.

Mais probablement qu'il a voulu s'en garder pour la période des questions, et c'est de bonne guerre. Alors, je lui souhaite un bon voyage de retour et je lui dis: À la semaine prochaine.

(16 h 50)

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député, et bon voyage.

Je vais maintenant reconnaître M. le député de Matapédia. S'il vous plaît, M. le député.

### Prix des médicaments

**M. Paradis (Matapédia):** Oui, M. le Président. J'aimerais **peut-être** aborder un sujet pour lequel j'ai des intérêts particuliers ou une attention particulière. J'aimerais qu'on aborde, **peut-être**, les médicaments dans le grand système de la santé et des services sociaux. Alors, je vois que l'honorable président de la Régie se joint à nous.

D'abord, peut-être, d'entrée de jeu, dire que ce n'est pas un mince dossier, là. C'est quand même un dossier très important; on pense à la Régie, quoi, c'est 600 000 000 \$ et plus. Alors, là-dessus, c'est toujours marqué à l'item programme pharmaciens, mais c'est un peu injuste parce que ce n'est pas 600 000 000 \$ d'honoraires professionnels comme dans d'autres items, où on peut retrouver des programmes pour la dentisterie ou pour les médecins. Alors, ce serait peut-être intéressant, à un moment donné, qu'on sépare les honoraires professionnels, pour qu'on mette le prix d'acquisition des médicaments par rapport aux honoraires professionnels versés aux pharmaciens.

Ceci étant dit, moi, j'aimerais avoir certaines informations concernant le prix des médicaments. On sait que l'ACIM se vante, jusqu'à un certain point, bon an mal an, dans son rapport annuel, de dire que le prix des médicaments augmente rarement plus que l'inflation ou à peine 1 % de plus que l'inflation. On parle de 2,5 % ou 3 %, mais la réalité est tout autre lorsque l'on compare, par contre, la venue de nouveaux médicaments ou, du moins, l'acceptation par la RAMQ de rembourser de nouveaux médicaments, via le Conseil consultatif de pharmacologie. Alors, est-ce que la Régie va se pencher sur les effets thérapeutiques par rapport aux médicaments choisis? On sait que les nouveaux médicaments coûtent très cher, et ils n'ont pas toujours d'avantages thérapeutiques. Est-ce que vous allez vous pencher résolument là-dessus pour essayer d'abaisser le coût de remboursement?

Une voix: C'est la responsabilité du comité de pharmacologie. Ce n'est pas la Régie.

**M. Paradis (Matapédia):** Ce n'est pas la Régie.

Une voix: Le comité de pharmacologie, ce n'est pas la Régie.

**M. Paradis (Matapédia):** Mais ce que le comité

de pharmacologie vous recommande, est-ce que vous êtes obligé de l'accepter?

Une voix: Au ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** Au ministre. Le comité de pharmacologie recommande au ministre qui, lui, peut accepter ou refuser.

**M. Paradis (Matapédia):** **Est-ce** que le ministre a l'intention de demander au Conseil de pharmacologie de revoir certains médicaments qui auraient intérêt, peut-être, à être exclus de la liste et qui pourraient permettre des économies substantielles?

**M. Côté (Charlesbourg):** Évidemment, il y a un débat de fond qui est assez important. Je vous rappellerai, mon cher collègue et néanmoins ami...

Une voix: Ha, ha, ha!

**M. Côté (Charlesbourg):** ...qu'on a fait des pas de géant au cours de la dernière année quant au prix de vente garanti et au prix réel d'acquisition, et que ça nous a permis de faire des économies substantielles au cours de l'année.

Il reste une question, qui est la question du multi-source, qui est une question très importante et qui, dans la mesure où le gouvernement, dans sa sagesse, déciderait d'introduire le prix multisource, réglerait une bonne partie des questions que vous avez posées et de celles qui pourraient venir. Il en a été saisi au cours de l'année 1992. Je ne sais pas si c'est dans sa sagesse ou pas, mais il a décidé, pour le moment, de ne pas retenir la proposition que nous lui avons faite, à ce moment-là, du multisource. Par conséquent, le comité de pharmacologie, lui, fonctionne en fonction des orientations que lui a données le Conseil des ministres.

**M. Paradis (Matapédia):** Mais, le Conseil des ministres, dans sa grande sagesse, ne pourrait pas, peut-être, demander à ce Conseil consultatif de pharmacologie de revoir, jusqu'à un certain point, quels sont les avantages thérapeutiques d'un médicament par rapport à un autre?

**M. Côté (Charlesbourg):** Bon, je pense que c'est effectivement le rôle...

**M. Paradis (Matapédia):** Je fais référence, M. le ministre...

**M. Côté (Charlesbourg):** Oui, oui...

**M. Paradis (Matapédia):** ...très clairement, aux «substance release», aux médicaments de longue action, qui coûtent le double, le triple, le quadruple de ce qu'une médication simple peut faire, pour les mêmes effets thérapeutiques. Mais ça, je veux dire, c'est une décision, que de dire: Oui, on accepte tel médicament,

en remplacement de plusieurs prises quotidiennes, mais on en assume le coût important. C'est ça, finalement, mon intervention.

**M. Côté (Charlesbourg):** Il est clair que, dans chacun des cas, le comité de pharmacologie, quant à la recommandation de la liste — d'ajouter sur la liste ou d'enlever sur la liste — fait l'étude que vous évoquez, pour chacun des médicaments, c'est clair. On est dans une situation où il y a des médicaments uniques qui coûtent très cher, et, dans ce cas-ci, il est bien évident que vous ne faites pas allusion à des médicaments uniques, mais davantage à des médicaments qui auraient le même effet thérapeutique, courte durée, qui coûteraient moins cher, par rapport à longue durée, qui coûtent très cher. Je ne sais pas s'il y a des exemples précis qui vous viennent à l'esprit?

**M. Paradis (Matapédia):** Tous les anti-inflammatoires, à quelques exceptions près. Une compagnie qui se voit copiée, par exemple, par un générique, va sortir ce qu'on appelle un médicament à action prolongée, qui, lui, est protégé pour les 17 ou 18 prochaines années; mais c'est le même médicament, sauf qu'on lui dit, bon: C'est mieux, une seule prise que plusieurs prises quotidiennes, c'est mieux pour le patient. Bon, ça, on peut toujours le présumer. Mais, moi, ce que je mets en question, c'est que, quand le gouvernement ou l'État décide de donner une gratuité de médicaments, on choisit un arsenal thérapeutique qui peut donner des effets bénéfiques ou curatifs au patient. Mais, je veux dire, on n'est pas obligé d'offrir toute la panoplie, lorsqu'on ne voit pas d'avantages thérapeutiques notables.

**M. Côté (Charlesbourg):** La manière dont fonctionne l'évaluation, aujourd'hui, c'est qu'il y a: génériques, innovateurs. On compare les médicaments génériques entre eux, et les innovateurs entre eux, sur le plan des effets thérapeutiques. Il y a une barrière entre les deux; et, quand j'ai évoqué, tantôt, multisource, c'est cette barrière-là que le gouvernement n'a pas franchie. Donc, si l'objectif de votre question est de faire en sorte que le comité de pharmacologie puisse faire l'analyse comparative de la valeur thérapeutique entre un générique et un innovateur, évidemment, je vous dis que j'ai soumis au gouvernement cette proposition, je l'ai défendue. Il ne l'a pas retenue; je me suis soumis.

**M. Paradis (Matapédia):** Mais même à travers la même compagnie — si on oublie, là, les compagnies de copies, là, ou innovatrices, comme elles aiment bien se faire nommer, là — même à l'intérieur des mêmes blocs, il peut y avoir des économies. Si, par exemple, un Voltaren régulier, deux fois par jour, ou un Voltaren SR, c'est le quadruple du prix, c'est la même compagnie qui le fait, là; c'est ça que je vous dis. Mais on accepte, comme gouvernement, ou comme... de payer trois fois ou quatre fois le prix. C'est le même médicament, fait par la même compagnie. C'est ça que je vous dis.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ça se précise, ça se précise, sur le plan de l'objectif; c'est pas mal plus pointu que je pensais. Chose certaine, c'est que, à la lumière de l'expérience du député de Matapédia, je serais très heureux de m'associer avec lui, dans des cas précis, et de demander l'avis du comité de pharmacologie, qui va très certainement se faire un plaisir de nous donner son avis.

**M. Paradis (Matapédia):** Et il y a un autre point que j'aimerais aborder, de façon plus pointue, aussi...

**M. Côté (Charlesbourg):** Ha, ha, ha!  
(17 heures)

**M. Paradis (Matapédia):** ...c'est la décision... Moi, je me souviens, lorsqu'on a parlé de la réforme sur la loi 120, on a dit: On va payer le meilleur prix. C'était la volonté de vouloir payer le meilleur prix d'une même compagnie, là, entendons-nous bien. On voit les compagnies — parce que, de temps en temps, elles se font compétition; ça ne paraît pas, mais, des fois, elles se font compétition — lorsqu'elles veulent prendre un marché particulier, bien, elles se forment des bonnes compétitions. Comment peut-on accepter... Moi, je regarde ça comme consommateur. Comment peut-on accepter, par exemple, qu'une compagnie puisse vendre, dans un centre d'accueil, un CLSC ou... je ne nommerai pas l'hôpital parce que vous allez me dire: C'est particulier, je vais nommer un centre d'accueil ou le reste... où on va prendre, par exemple, un médicament: 21 \$ «cost» pour 1000 pilules. Puis on va vendre, à la pharmacie communautaire, sur le coin de la rue, 416 \$.

**M. Côté (Charlesbourg):** Le même médicament.

**M. Paradis (Matapédia):** Le même médicament.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'imagine que ça ne peut pas être uniquement le principe du pouvoir d'achat regroupé qui fasse une différence aussi importante. Ça ne me paraît pas être ça.

**M. Paradis (Matapédia):** C'est 20 fois, là. Vingt fois. Puis il y a un certain nombre d'autres médicaments dont on pourrait faire lecture comme ça, où il y a des différences notables, très importantes. Puis je me demande s'il n'y avait pas un moyen de leur demander — puisqu'ils sont supposés nous donner le meilleur prix, en tout temps — c'est quoi, ces différences-là?

(Consultation)

**M. Paradis (Matapédia):** C'est trop facile de dire: Le pharmacien sur le coin de la rue, il vend des pilules. On les achète, aussi.

**M. Côté (Charlesbourg):** Disons que c'est un peu gênant pour le ministre de répondre au nom des compagnies.

**M. Paradis (Matapédia):** Non. C'est parce que je soumetts publiquement à la réflexion du ministre et de la RAMQ que ces différences-là existent. Et ça serait peut-être intéressant de s'asseoir, puis de regarder ça de plus près.

**M. Côté (Charlesbourg):** J'apprécierais que le député me transmette des cas précis, et je prends l'engagement de faire faire la recherche qu'il faut pour faire en sorte que je puisse répondre adéquatement aux questions. Et on va faire faire l'étude qu'il faut, à ce moment-ci, et, s'il le faut, interpeller les compagnies.

**M. Paradis (Matapédia):** O.K. Puis j'aimerais aborder un autre petit point qui m'apparaît aussi important. On a parlé beaucoup, surtout lorsqu'on a fait des audiences publiques... on a eu des gens qui sont venus témoigner que ça serait **peut-être** intéressant de regarder l'opportunité de continuer ou pas d'assurer certains médicaments qui peuvent causer des effets secondaires importants ou de la confusion, du moins, sur certaines clientèles. Je fais évidemment référence aux Benzodiazépines, où on a eu des témoignages, aussi bien de l'Ordre des pharmaciens que d'autres personnes, qui nous ont dit: Bien, écoutez, au niveau valeur scientifique ou thérapeutique, on peut dire que les Benzodiazépines peuvent causer, jusqu'à un certain point, des effets secondaires indésirables.

On entend parler beaucoup, aussi, que certains produits pourraient être désassurés, jusqu'à un certain point, à partir du 1er juillet prochain. C'est quoi, les intentions du gouvernement dans ce sujet-là, puis plus précisément...

**M. Côté (Charlesbourg):** Dans les crédits découlant des mesures de l'an dernier, il y a 20 000 000 \$ de moins pour la désassurance des Benzodiazépines. J'ai, au cours de l'année... Parce qu'à l'époque il y avait des avis contradictoires quant à l'impact d'une désassurance totale des «Benzos». On se rappellera, il y avait des théories qui disaient qu'au-delà de 21 jours, maximum, ça n'avait **plus** d'effet, d'autres qui disaient que, dans la mesure où on priverait des gens de ces médicaments, ça aurait des conséquences même dans la rue.

Et, finalement, ce que j'ai décidé, c'est de faire réexaminer, en cours d'année, l'impact réel d'une mesure comme celle-là auprès des gens de science, donc, des gens les plus concernés. Et ça peut même être presque une nouvelle, nous avons donc décidé de tenir, à Québec, au Château Frontenac, le 27 mai prochain, un colloque sur la consommation de médicaments pour les personnes âgées ou à long terme, qui va, en complémentarité et en complicité positive avec la CEM... Ce que j'ai donc voulu, c'est qu'on puisse discuter avec des experts pendant une journée des moyens à prendre pour être capable de redresser les situations et d'apporter des correctifs aux situations qui pourraient être considérées comme des situations d'abus, de mal, de surconsommation de médicaments, et d'interpeller, à ce moment-là, à la fois le producteur, le prescripteur, le vendeur, le

consommateur dans ce colloque qui durera une journée.

Et, au préalable, on aura rendues publiques deux études ou ramassé en une seule le résultat de deux études. Une sur les «Benzos» et l'impact, et une deuxième sur la consommation quotidienne de médicaments des personnes à travers le Québec.

Donc, on a arrêté une journée, la Régie de l'assurance-maladie du Québec avec des spécialistes; on fait donc le profil de consommation d'une journée pour tous ceux qui consomment des médicaments à travers le Québec, en quantité, avec tout ce que ça comporte. Donc, on rendra public... ce sera la base de notre intervention pour dégager un plan d'action, et, de ce constat-là, viendront très certainement des décisions différentes de celles qu'on avait envisagées, en particulier sur les Benzodiazépines.

**M. Paradis (Matapédia):** Et celles que vous aviez envisagées, c'était de la désassurance.

**M. Côté (Charlesbourg):** Désassurance totale. Il me paraît aujourd'hui, à la lumière des informations que je possède, et en espérant qu'elles pourront être confirmées de manière publique au moment du colloque, si elles étaient confirmées sur le plan public, il ne m'apparaîtrait pas recommandé de faire une désassurance totale des Benzodiazépines. Par conséquent, ça ne signifie pas qu'il n'y a pas des ajustements très importants dans la prescription comme dans la consommation des «Benzos», et c'est à ce moment-là qu'on prendra les décisions, mais il m'apparaît d'ores et déjà très dangereux de poursuivre la voie qu'on avait indiquée l'an dernier dans une désassurance complète.

**M. Paradis (Matapédia):** Peut-être un dernier point avant de terminer, c'est... Vous aviez parlé, évoqué lors des crédits, en 1992 — donc, l'an passé, il y a un an — que, au-delà de l'équivalence chimique qui est permise, présentement, aux pharmaciens, vous songiez très sérieusement à l'équivalence thérapeutique que le pharmacien pourrait faire comme acte. Est-ce que vous avez continué à cheminer dans votre réflexion?

**M. Côté (Charlesbourg):** Je suis juste après fouiller dans ma mémoire — et j'en ai une bonne — si, effectivement, sur le plan public, j'ai pu dire ce genre de choses.

**M. Paradis (Matapédia):** On avait échangé quel-que peu l'an passé, à pareille date.

**M. Côté (Charlesbourg):** Je me rappelle d'une rencontre à la Régie de l'assurance-maladie...

**M. Paradis (Matapédia):** Non.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...où on avait évoqué, mais...

**M. Paradis (Matapédia):** Ici.

**M. Côté (Charlesbourg):** Ici, c'est possible, c'est possible, il faudrait que...

**M. Paradis (Matapédia):** On va regarder les galés.

**M. Côté (Charlesbourg):** Il faudrait que je me remette à jour, et, par le fait même, l'obligation que je me crée de me remettre à jour, vous avez pratiquement la réponse à votre question, c'est que ça n'a certainement pas évolué.

**M. Paradis (Matapédia):** Très bien, ça va.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le député de Matapédia.

Est-ce que d'autres parlementaires voudraient intervenir? Non. Merci.

Donc, avant de passer à l'étude, M. le ministre, je sais que vous venez... Moi, j'aurais **peut-être** juste une petite question. Je sais que vous venez de passer 16 heures d'auditions assez intensives, vous êtes quasiment un modèle de patience — d'ailleurs, je pense que c'est une caractéristique qui est très appréciée de la part des parlementaires — vous donnez aussi l'heure juste, je pense que c'est drôlement important de savoir où on s'en va.

M'inspirant de votre document qu'on considère comme les remarques préliminaires, M. le ministre, à la page 10, plus spécifiquement aux paragraphes 4 et 5, on parle que, déjà, vous avez comme objectif, et ce, dans le but d'accélérer certains investissements dans le but de relancer l'économie, on parle de 240 000 000 \$ qui seront investis dans des immobilisations afin de corriger la vétusté, la sécurité, et ainsi de suite, et peut-être, aussi, des nouvelles immobilisations. En ce qui concerne Laval, M. le ministre, est-ce que ma question est trop rapide, trop vite, prématurée, dans le fond...

**M. Paradis (Matapédia):** Un cas de conscience.

**Le Président (M. Joly):** Non, pas nécessairement, un cas de région **peut-être**, un cas de région, parce que...

**M. Côté (Charlesbourg):** Non, mais c'est parce qu'ils veulent devancer le métro.

**Le Président (M. Joly):** Ha, ha, ha! Ce n'est pas encore fait. Parce que je pense que vous réalisez, M. le ministre, qu'il y a deux grandes régions où il y a, quand même, des besoins assez criants: on parle de la Montérégie, on parle de Laval. Est-ce que c'est trop prématuré de vous demander un petit peu l'orientation que vous semblez favoriser dans un proche avenir, parce qu'on parle que la somme de 240 000 000 \$ se devra d'être utilisée avant le 31 juillet 1994. Donc, pour ce faire, j'imagine qu'il faudra qu'il y ait de l'action entre aujourd'hui et les quelques mois qui s'en viennent.  
(17 h 10)

**M. Côté (Charlesbourg):** Il y en a déjà, M. le Président, 80 000 000 \$ qui sont en cours de réalisation,

80 000 000 \$ pour l'année financière actuelle et 80 000 000 \$ pour l'année financière 1994-1995, mais, comme ces choix sont faits pour la plupart, on est dans une situation de confection de plans et devis et l'obligation qu'il y avait, la réalisation avant fin juillet 1994, pour stimuler l'économie. Il y en a un peu partout à travers les régions du Québec, et, si la commission le désirait, je peux donner des indications en déposant un document sur les établissements qui sont considérés dans ce cas-là.

**Le Président (M. Joly):** Ce serait très apprécié, en tout cas de ma part. J'imagine que les autres membres seraient aussi intéressés. Je vous remercie beaucoup, M. le ministre.

### Urgences-santé (suite)

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président...

**Le Président (M. Joly):** Oui, M. le ministre.

**M. Côté (Charlesbourg):** ...si vous me permettez, pour répondre à une question du député de **Rouyn-Noranda—Témiscamingue**, tout de suite.

Au-delà de ce qu'a pu dire le procès-verbal du conseil d'administration d'Urgences-santé, la situation actuelle est de 132 véhicules autorisés; 120 sont en opération, donc 12 au rancart. L'autorisation pour 30 tient compte des 12 qui sont au rancart — donc, en remplacement — et les 20 autres véhicules tiennent compte de 20 véhicules qui tomberont au rancart d'ici 3 mois.

Donc, on est dans une situation de remplacement de véhicules, et, évidemment, la commande qui a été acceptée permet de remplacer des véhicules qui sont en panne. Temporairement, quand on dit 120 plus 30, ça fait 150; mais on est dans une situation où on reviendra au nombre de véhicules autorisés — soit 132 — éventuellement, lorsque ces véhicules-là tomberont au rancart et qu'on aura eu le temps de livrer les véhicules qui sont en commande actuellement, parce que ça prend 3 mois pour les livrer. C'est l'explication qu'on me donne à ce moment-ci.

**Mme Carrier-Perreault:** Une dernière question, M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Oui, Mme la députée des **Chutes-de-l a-Chaud ière**.

**Mme Carrier-Perreault:** Est-ce que je pourrais avoir une précision quant à savoir... C'est des véhicules qui sont en opération — ces 20 là et les 12 autres qui sont au rancart — depuis combien de temps? Et est-ce qu'on pourrait savoir, aussi, si ce sont des véhicules qui provenaient, justement, de la coopérative? Est-ce que c'était des véhicules qui étaient en opération quand c'était la coopérative?

**M. Côté (Charlesbourg):** Je vous dis que, l'an

dernier, nous avons fait l'acquisition de la totalité de la flotte de la coopérative et que le nombre de véhicules autorisés est 132, c'est ça. Il n'y a pas plus que 132 véhicules autorisés au moment où on se parle. Les 30 ne s'additionnent pas, mais ils vont se substituer, d'ici 3 mois, pour les 12 actuellement déjà au rancart; pour les 20 autres, d'ici 3 mois, à des véhicules qui vont aller au rancart.

**Mme Carrier-Perreault:** Mais, ça ne me donne pas... J'aurais voulu savoir... Ce sont des véhicules qui avaient quel âge? Ils étaient utilisés depuis combien de temps, d'une part, et est-ce qu'on sait présentement où on va les acheter, ces véhicules? Est-ce que vous avez une idée du fournisseur qui va être appelé à vous les remplacer?

**M. Côté (Charlesbourg):** La politique de remplacement est une politique, je ne peux pas vous donner l'âge, c'est qu'aux 220 000 kilomètres on change les véhicules, et, règle générale, c'est par soumission publique que ces véhicules-là sont acquis. Mais je pourrais vous donner l'état de la flotte, si vous le souhaitez, de manière très claire pour chacun des véhicules, pas de problème.

**Mme Carrier-Perreault:** S'il vous plaît.

**M. Côté (Charlesbourg):** Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Merci, M. le ministre.

#### Adoption des crédits de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et du ministère

Voici, en ce qui a trait à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, est-ce que le programme 1 est adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Sur division, parfait, je l'enregistre.

**Est-ce** que les crédits de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, pour l'année 1993-1994, sont adoptés?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division, M. le Président.

**Le Président (M. Joly):** Merci.

En ce qui a trait au ministère de la Santé et des Services sociaux, **est-ce** que le programme 1 est adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Une voix:** Adopté.

**Le Président (M. Joly):** Le programme 2 est-il adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Le programme 3 est-il adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Le programme 4 est-il adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Le programme 5 est-il adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Le programme 6 est-il adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Aussi.

**Le Président (M. Joly):** Le programme 7 est-il adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Le programme 8 est-il adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Le programme 9 est-il adopté?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Donc, est-ce que les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour l'année 1993-1994, sont adoptés?

**Mme Carrier-Perreault:** Sur division.

**Le Président (M. Joly):** Merci.  
M. le ministre, est-ce que...

**M. Côté (Charlesbourg):** Donc, on en fera la distribution sur division.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Joly):** M. le ministre, est-ce que vous aviez quelques remarques avant de quitter?

#### Conclusions

**M. Marc-Yvan Côté**

**M. Côté (Charlesbourg):** M. le Président, comme je l'ai dit au début, c'était, quant à moi, ma

dernière introduction de crédits à défendre au niveau de l'Assemblée. C'est donc, aussi, ma dernière conclusion que je puisse tirer dans la défense de crédits.

Je veux remercier, pour l'étape actuelle, tous les parlementaires que j'ai pu côtoyer au cours de ces exercices, peu importe leur parti politique à l'intérieur de cette Chambre. **Ç'a** toujours été, quant à moi, une opération assez astreignante, mais extraordinaire, que de passer 17, 18 heures, à chaque année, pour venir répondre aux questions bien légitimes des parlementaires, peu important les motifs qui pouvaient les animer quant à poser ces questions.

On est dans un régime démocratique qui fait en sorte qu'il y a l'**Opposition** et qu'il y a le pouvoir. J'ai eu l'opportunité de vivre, pendant ces 20 années-là, les différentes situations qu'on puisse imaginer comme parlementaire, d'un député qu'on qualifiait à l'époque de «backbencher» ou d'arrière dans le «poolroom», côté pouvoir, et de supporter mes collègues ministres dans la défense des crédits dans une organisation différente de celle qu'on connaît aujourd'hui, puisque les ministres, à l'époque, siégeaient à la gauche du président et répondaient aux questions face à face, un peu comme on le fait en commission parlementaire sur les lois, alors qu'on a voulu distancer, dans la réforme de la Législature, et qu'on vienne **carrément** faire une reddition de compte.

J'ai aussi connu les plaisirs et les délices de l'**Opposition** sur le plan du questionnement; je m'en suis très, très bien servi. **Ç'a** été une période extraordinaire. J'ai aussi connu la période de répondre aux questions, pas seulement les formuler ou écouter d'autres répondre, et c'est toujours avec grand plaisir que je me suis prêté à cet exercice-là.

Je veux remercier tous les parlementaires, la présidence et les gens des secrétariats, pour leur compréhension et ce travail fantastique, et vous dire que, ce que je trouve, règle générale, c'est que, de l'extérieur, on n'y attache pas suffisamment d'importance, sur le travail extraordinaire qui est fait en commission parlementaire, en préparation, aussi. Parce que, si on pose 10 % des questions qu'on a pu préparer, c'est qu'on a eu de l'intérêt pour l'ensemble de la programmation des ministères. Je veux vous dire merci pour cette étape-ci, les autres étapes viendront éventuellement, au moment opportun. Mais, je n'aurai pas, en 1994, à défendre des crédits comme je le fais maintenant. C'est la dernière fois, et je pourrai donc, à partir de l'an prochain, observer le phénomène de l'extérieur ou ne pas l'observer du tout, comme la plupart des citoyens du Québec, mais c'est un exercice qui est nécessaire et qui permet d'échanger, qui permet d'échanger de manière très ouverte, et c'est ça que je retire. Ce que j'ai voulu laisser comme marque, c'est: pas de cachettes; même dans une situation difficile, livre ouvert. **Ç'a** toujours été ma ligne de conduite.

Je terminerai de la manière dont j'ai commencé, remercier les fonctionnaires du ministère qui ont été, à travers ces années-là, des gens qui ont toujours su préparer les documents avec beaucoup de professionnalisme

et, finalement, fournir à l'**Opposition** aussi — parce que le ministre, lui, il n'est que le relais — fournir des documents de qualité avec toutes les réponses souhaitées, sans arrière-pensée, en voulant transmettre l'information telle qu'elle est, au public, qu'elle soit bonne ou mauvaise. Je veux les remercier parce que j'ai eu ce support indéfectible. Dans un ministère comme celui de la Santé et des Services sociaux, aux multiples facettes, il est bien évident qu'à l'occasion le ministre paraît bien, c'est parce qu'il a de bonnes équipes derrière lui pour être capable de bien paraître et de préparer les documents et que, plus souvent qu'autrement, il n'est que le perroquet de ce qu'ont préparé les fonctionnaires.

À l'occasion, lui, donne la teinte qu'il veut bien — que ce soit un perroquet qui ait des couleurs rouges, bleues, jaunes, un mélange de toutes sortes de couleurs — qui fait que ça met une personnalité au niveau des crédits. Et, dans ce sens-là, c'est un merci très sincère à toutes ces équipes qui, à l'occasion, peuvent sortir des crédits un peu désappointées — pour l'avoir vécu de l'intérieur — un peu désappointées, compte tenu de l'effort que **ç'a** occasionné quant à la préparation des crédits, par rapport à l'usage que, nous, les parlementaires, on peut en faire, dans une limite de temps assez restreinte, même si on est le ministère qui est le plus interpellé, en nombres d'heures, de tout l'appareil gouvernemental.

(17 h 20)

Donc, à vous tous et toutes, d'abord et avant tout, citoyens et citoyennes du Québec avant d'être députés, avant d'être fonctionnaires, merci, et je ne vous dis pas à la prochaine au niveau des crédits, je vous dis à la prochaine étape parlementaire, où il reste encore un certain nombre de choses à faire, à tout le moins, jusqu'au mois de juin.

Merci bien.

**Une voix:** À mardi.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Joly):** Alors, la commission ajourne ses travaux au lundi 3 mai, à 15 heures, à la salle du Conseil législatif.

Bonne fin de semaine à toutes et à tous.

(Fin de la séance à 17 h 21)