



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Sous-commission des affaires sociales

Consultations particulières sur le document intitulé
"Un financement équitable à la mesure de nos moyens" (1)

Le mardi 4 février 1992 -- No 1

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Remarques préliminaires	
M. Marc-Yvan Côté	SCAS- 1
M. Rémy Trudel	SCAS- 5
Auditions	SCAS-10
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP)	SCAS-10
Association des centres d'accueil du Québec	SCAS-22
Corporation des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec (COPHAN)	SCAS-41
Coalition québécoise des organismes familiaux	SCAS-51
Fédération des femmes du Québec	SCAS-61
Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles	SCAS-70
Fédération des centres d'action bénévole du Québec	SCAS-81

Autres intervenants

M. Jean A. Joly, président

M. Guy Chevette

M. Gordon Atkinson

Mme Cécile Vermette

- * M. Claude Gravel, ACCAP
 - * M. Yves Millette, idem
 - * M. Yves Lemay, idem
 - * M. Mario Dolan, Association des centres d'accueil du Québec
 - * M. Michel Clair, idem
 - * M. Gaston Robert, idem
 - * M. Jacques Hould, idem
 - * Mme France Picard, COPHAN
 - * M. Michel Trottier, idem
 - * M. Richard Geoffron, idem
 - * Mme Marie Rhéaume, Coalition québécoise des organismes familiaux
 - * Mme Lorraine Gagnon, idem
 - * M. Denis Perreault, idem
 - * M. Richard Sarrazin, idem
 - * Mme Céline Signori, idem
 - * Mme Germaine Vaillancourt, Fédération des femmes du Québec
 - * Mme Suzanne Messier, idem
 - * Mme Michèle Roy, Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles
 - * Mme Françoise David, idem
 - * Mme Lorraine Guay, idem
 - * M. Gérald Castonguay, Fédération des centres d'action bénévole du Québec
 - * Mme France Thériault, idem
 - * M. Maurice Saulnier, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - index: 10 \$
La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$
Dans les 2 cas 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) tél. 418-643-2754
G1R 5P3 télécopieur: 418-528-0381

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mardi 4 février 1992

**Consultations particulières sur le document intitulé
«Un financement équitable à la mesure de nos moyens»**

(Neuf heures quarante-sept minutes)

Le Président (M. Joly): Bonjour à toutes et à tous. Bienvenue à cette commission. Je rappelle le mandat de la sous-commission. En fait, la sous-commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et tenir des auditions publiques sur le document de consultation intitulé «Un financement équitable à la mesure de nos moyens».

Je rappelle que, lors d'une séance qui se tenait le 23 janvier, la commission des affaires sociales adoptait une motion visant à constituer la présente sous-commission qui, en fait, se doit d'être mise de l'avant à cause que la commission des affaires sociales siège simultanément ce matin concernant la main-d'oeuvre, la sécurité du revenu et la formation professionnelle.

Mme la secrétaire, est-ce que nous avons des remplacements?

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Alors, voici, aujourd'hui, nous entendons l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, l'Association des centres d'accueil du Québec, la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec, la Coalition des organismes familiaux du Québec, la Fédération des femmes du Québec, la Table des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et, finalement, la Fédération des centres d'action bénévole du Québec.

J'imagine, M. le ministre, que vous avez des remarques d'ouverture, des remarques préliminaires. Je vous reconnais.

Remarques préliminaires**M. Marc-Yvan Côté**

M. Côté (Charlesbourg): Oui, M. le Président. Évidemment, comme ça fait quand même quelques années qu'on travaille ensemble, vous devinez un peu notre manière de procéder et, effectivement, tel qu'entendu, une certaine communication s'impose au début de cette commission.

On a beaucoup parlé, au cours des derniers mois, des coûts associés au système de santé et de services sociaux, des façons de réduire ces coûts dans l'exercice quotidien de nos tâches en centre hospitalier, en centre d'accueil, en pavillon, voire même au ministère et, de manière plus globale, dans l'ensemble du réseau. Chacun y est allé de son point de vue fort instructif au

cours des dernières semaines et des derniers jours, de sa recette, disons-le, miracle et, encore ce matin, les journaux nous abreuvent d'un certain nombre de solutions ou de non-solutions.

Le gouvernement du Québec...

Une voix:...

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Je ne parlais pas précisément de celles de l'Opposition. Le gouvernement du Québec a même poussé l'audace de mettre sur la place publique un document qui a au moins le mérite - et les avis sont unanimes là-dessus - d'être clair et précis tellement qu'il en a inspiré mon critique, M. Trudel, hier, dans sa livraison, sur un certain nombre de constats, donc, de mythes qui sont disparus quant à la situation qui prévaut dans le monde de la santé et des services sociaux. Nous avons donc fait un constat, mais aussi présenté des pistes et des avenues de solutions à nos partenaires et à l'ensemble de la population. C'était le 18 décembre dernier.

Sept semaines se sont donc écoulées depuis, répit qui a permis aux établissements et aux associations, malgré la tourmente des fêtes, de prendre part à la réflexion déjà amorcée, d'y aller de commentaires et de suggestions qui trouveront un écho important à cette commission parlementaire qui s'amorce aujourd'hui et un aboutissement quant aux choix gouvernementaux, dans les prochains mois.

Nous voilà donc rendus à cette étape importante, s'il en est une, qui s'inscrit dans une séquence d'événements qui ne sauraient être dissociés les uns des autres. J'aimerais vous les rappeler brièvement et peut-être, en même temps, vous rappeler un certain nombre d'événements que nous avons vécus autour de cette table, au cours de l'année 1991.

Le 28 août dernier, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi 120 qui, comme certains sont déjà en mesure de le constater et de le vivre dans leur quotidien, vient modifier le visage de la santé et des services sociaux au Québec. Bien avant cet épisode, je rendais publique, il y a maintenant plus d'un an, la réforme de la santé et des services sociaux. Pour en arriver là, tout un cheminement avait été parcouru au préalable, particulièrement dans la foulée de la commission Rochon, qui s'est tapé un certain nombre de consultations, 6000, et un rapport de tout près de 900 pages.

C'est dans cette perspective que le projet de loi 120 a vu le jour. Ce que vient faire la loi est simple: redéfinir, en quelque sorte, les droits et les responsabilités, les rôles et les fonctions

des principaux intervenants d'un réseau qu'on a voulu - et il en est toujours ainsi - au service des citoyens eux-mêmes, pour qu'ils soient au centre de ce système. Voilà donc pour la première séquence des événements.

Nous entrons maintenant de plein fouet dans la seconde qui consiste essentiellement à redéfinir et à décider d'un nouveau cadre financier et des choix qui apparaissent les plus naturels tout en étant les plus appropriés au maintien du régime actuel. Je m'étais d'ailleurs engagé, lors de la commission parlementaire ayant précédé l'adoption du projet de loi 120, à tenir un débat spécifique sur le financement en raison de la complexité de la question, et nous avions même accepté de retirer du projet de loi 120 certaines mesures qui faisaient davantage référence à certains paiements d'individus au niveau des programmes complémentaires en particulier, pour les greffer à la discussion plus large que nous amorçons maintenant.

Au fond, ce que nous faisons aujourd'hui, c'est d'entrer de plein fouet dans le vrai débat, celui du financement d'un réseau dont on a toujours cru les services, bien à tort d'ailleurs, gratuits. Les questions que nous avons posées le 18 décembre dernier, au moment du lancement du document «Un financement équitable à la mesure de nos moyens», étaient claires, directes et fondamentales. A-t-on encore les moyens de payer, particulièrement dans le contexte économique et financier actuel du Québec, les 12 000 000 000 \$ que coûtent actuellement les services de santé et les services sociaux? A-t-on les moyens de soutenir le rythme de croissance de ces dépenses? Le gouvernement du Québec peut-il encore se permettre de compenser indéfiniment le ralentissement des transferts du fédéral dans le secteur de la santé? Ce sont les générations futures qui en paieront éventuellement le prix. Entre-temps, on ne peut demander plus ou davantage aux citoyens qui paient déjà leur large part. À elle seule, la classe moyenne ne saurait absorber davantage les coûts de la santé, et ce dossier est passablement d'actualité.

Tous en conviendront, le défi est de taille que d'assurer un financement qui maintienne un juste équilibre entre les dépenses du réseau de la santé et la capacité de payer de nous tous, payeurs de taxes. Ces questions sont toujours d'actualité. J'ajouterai même qu'il est rassurant de constater que nous ne sommes pas les seuls à se les poser. L'Ontario, qui consent à elle seule 17 000 000 000 \$ à la santé, amorce depuis quelques jours le même questionnement, comme quoi de plus en plus de personnes et de dirigeants directement concernés par ce débat jugent pertinent de prendre part aux discussions. C'est que ce débat, il ne concerne pas seulement l'administrateur d'hôpital, le médecin en cabinet privé, l'infirmière en salle d'urgence, le préposé à l'entretien d'un centre d'accueil, l'intervenant social en CLSC ou en CSS. Il concerne tous les

milieux économiques.

Je suis profondément convaincu que le temps est maintenant arrivé de décider ensemble, pour peu que ce soit possible - il ne faut quand même pas s'illusionner outre mesure non plus, on le constate à la lecture des mémoires aussi - des ressources financières que nous sommes collectivement prêts à consacrer aux services sociaux et de santé. Et il y a plus, en ce sens que nous devons aussi redécider du partage de financement des services que nous consommons, ainsi que des modalités entourant tout cela. On a donc voulu faire les premiers pas d'une démarche qui nous conduira à des choix collectifs. Je pense que le Québec est prêt à le faire.

Je parlais plus tôt de l'Ontario qui semble prête, elle aussi, comme province, à bouger. Terre-Neuve a, cette année, fermé 300 lits pour patients aux soins intensifs. L'Alberta a majoré les primes pour Medicare. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba ont réduit les services destinés aux enfants. La Saskatchewan a augmenté les contributions des personnes âgées, suivant en cela l'exemple de la Nouvelle-Écosse.

À mon humble avis, le fédéral, pas plus que nous, ne pourra échapper à cette réflexion. Mais la porte n'apparaît pas totalement fermée. Pas plus tard que le week-end dernier, le responsable du Trésor au fédéral, M. Gilles Loiseleur, s'interrogeait à voix haute sur la capacité du Québec de continuer dans le même sens dans le secteur de la santé, une attitude qui prouve bien que certaines personnes sont prêtes à changer des choses.

Je me rappelle encore, en décembre, de l'intervention de certains députés conservateurs qui y allaient de certaines propositions en matière de santé à l'intention du ministre des Finances, Don Mazankowski. Je ne parle même pas du président américain, M. George Bush, qui, pas plus tard que la semaine dernière, s'interrogeait sur le système santé de son pays, avec toutes les conséquences et tout ce que nous connaissons sur le système américain.

Autant d'indices qui m'amènent à affirmer que tous les intervenants, quels qu'ils soient, se sentent concernés par cette question ou, à tout le moins, peuvent donner l'impression de se sentir concernés. Aux prises avec une récession qui se prolonge, une restructuration financière profonde s'impose. Elle s'impose pour tous les secteurs d'activité, et la santé et les services sociaux, qui accaparent à eux seuls 32 % du budget du Québec, il est clair qu'ils ne peuvent échapper à l'exercice.

Je ne crois pas que les citoyens aient besoin de preuves supplémentaires pour se convaincre, non seulement de la pertinence, mais aussi de l'urgence d'agir. Nous avons posé, quant à nous, un diagnostic en décembre dernier. Il n'a surpris personne. Plusieurs de ces éléments avaient d'ailleurs été évoqués dans le cadre de la réforme. Quel est-il ce diagnostic? Je crois

important de le rappeler à l'ouverture de cette commission parlementaire.

Le Québec consacre beaucoup d'argent au secteur de la santé et des services sociaux et je ne crois pas me tromper en l'affirmant à cette table. Tout le monde le reconnaît et tout le monde l'admet. La question est de savoir: A-t-on vraiment le choix? La population vieillit, de nouvelles réalités médicales font leur apparition. Qu'on pense au sida, bien sûr, mais qu'on pense aussi à toute la problématique de notre jeunesse et de l'éclatement familial. Parallèlement, il est difficile pour le politicien ou l'administrateur, même le mieux averti, de tout prévoir, de tout planifier. Les conditions de santé sont trop susceptibles d'être influencées par une foule de facteurs sur lesquels nous n'avons absolument aucune prise. Exemple: méningite.

Même si on ne peut conclure à une consommation abusive de services, il n'en demeure pas moins que, pour moi, il est clair qu'il y a place à l'amélioration, notamment au niveau de l'utilisation des ressources. L'efficacité n'est pas toujours à son maximum. La répartition inter-régionale laisse à désirer, la performance de certains établissements est très certainement questionnable.

Il ne faut pas avoir peur de faire face à ces réalités qui ne sont pas nouvelles. J'ai passé 20 semaines en commission parlementaire en 1991, 20 semaines qui m'ont convaincu, hors de tout doute, que cette **réalité** était bien fondée et bien tangible. On l'a dit et affirmé dans le document. Sans une intervention appropriée, il faut s'attendre, à court terme, à une accélération des dépenses de la santé et des services sociaux et ça, nous pouvons difficilement nous le permettre. Cette intervention, elle est pleinement fondée pour une raison fort simple: il y a des pressions nombreuses et suffisamment fortes pour justifier ce changement de cap.

Pressions sur le système. J'ai ici en tête offres de services médicaux, développement technologique, processus de dispensation des services. Je ne vous parlerai, à titre d'exemple, que d'un **aspect**: les effectifs médicaux qui croissent plus rapidement que la population. Quant à leur répartition, vous connaissez aussi bien que moi la situation à ce chapitre. Inutile d'insister là-dessus. Certains seront sans doute tentés de dire ici que je crois tellement à ce problème que j'y ai laissé des plumes en juin dernier et que d'autres s'en inspirent pour tenter de me faire voir clair. Nous y verrons clair vendredi après-midi, à 15 heures.
(10 heures)

Qu'il suffise de penser aussi aux investissements que requiert la recherche médicale et pharmaceutique, sans parler de problèmes fort présents dans la société, alcoolisme et toxicomanie, pour ne mentionner que ceux-là. Le meilleur des scénarios au ministère parle donc d'un manque à gagner potentiel, pour le secteur de la

santé et des services sociaux, d'au moins 1 000 000 000 \$ entre 1991-1992 et 1996-1997, et ça, seulement à la condition que les dépenses évoluent au rythme d'**IPC**, plus 3 %. D'autres hypothèses plus pessimistes parlent d'un manque à gagner de 2 000 000 000 \$ en 1996-1997. Nous n'avons définitivement plus le choix. De nouvelles mesures de réduction et de contrôle des dépenses ainsi qu'une amélioration de nos performances s'imposent.

Sur le plan pratique, si nous maintenons l'allure actuelle de nos dépenses, nous nous engageons dans une voie sans issue ou, à coup sûr, nous mettons en péril, à plus ou moins long terme, les acquis de notre régime. Pour moi, il est clair que, si nous tenons à préserver notre capacité à poursuivre avec succès un certain nombre de valeurs, nous devons perdre nos illusions dont, parmi les plus importantes, celle de la gratuité. Accessibilité, universalité, équité des chances, autant de valeurs qui sont véhiculées, bien sûr, souvent à bon droit, sur la place publique.

Évidemment, il y a des contraintes dans tout ce processus que nous amorçons. D'abord, la loi canadienne C-3, avec toutes les restrictions qu'elle comporte. À cet égard, je dois avouer que j'ai beaucoup de difficulté à suivre la logique du fédéral au cours des derniers mois. Ce gouvernement n'en finit plus de couper dans les transferts aux provinces et le Québec n'échappe pas à ce traitement. Trêve, petite récréation la semaine dernière. Du même coup, à Ottawa, on soutient que les provinces doivent maintenir les mêmes services en regard de l'accessibilité et de l'universalité, notamment. Bref, je me pose beaucoup de questions sur l'attitude du fédéral qui n'aura plus d'autre choix que d'emboîter le pas du Québec et de faire son propre exercice de réflexion. En cela, ce ne sera pas la première fois que le Québec aura été précurseur de ce changement.

Donc, contraintes importantes que le fédéral. Il s'agit de voir ou d'apprécier le niveau des solutions. Il y a des solutions plus radicales et il y a d'autres solutions qui sont moins radicales. Contraintes aussi liées à la rémunération des médecins. Le mode de rémunération à l'acte est peu compatible avec les activités de gestion, de prévention et d'enseignement. Contraintes aussi liées aux établissements. On les oblige à faire des plans d'équilibre budgétaire, obligation qui nous limite quant aux possibilités de leur imposer des pressions financières additionnelles. Reste que nos orientations sont précises. Les objectifs recherchés visent à faire en sorte que la croissance des dépenses n'excède pas l'évolution de la richesse collective et tienne compte de la capacité de payer de l'État; les services **soient** mieux adaptés et que leur utilisation soit plus efficace, plus efficiente; les sources de financement soient diversifiées.

Pour parvenir à tout cela, il y a un **ensem-**

ble de mesures, mesures relatives, entre autres, à la détermination des dépenses qui portent sur le contrôle des salaires et des rémunérations, des prix, de l'offre de services médicaux et institutionnels dont les besoins seront établis en tenant compte du volume des activités.

Quant à l'allocation et à l'utilisation des ressources, là aussi, nous avons des objectifs très précis qui misent sur des objectifs de résultat plutôt que de production de services, une révision de la mission des établissements pour atteindre une grande complémentarité, une allocation des ressources en fonction de l'équité interrégionale et de la performance des distributeurs, une meilleure utilisation des services, notamment en cabinet privé et en CLSC.

Le discours est connu. Je l'ai abondamment véhiculé sur la place publique ces mois derniers. Ce qui est plus nouveau, ce sont les options que nous avons rendues publiques le 18 décembre dernier. On a tenté de faire le tour de la question, d'abord sur les services de base où une révision de la définition à la fois de ces services et de ceux dits complémentaires et du panier des services assurés est visée. Nous disons que cette définition doit être faite.

Une de ces options touche les services médicaux, diagnostiques et thérapeutiques. La notion d'assurance collective est mise sur la table. Elle pourrait prendre la forme d'une cotisation identifiée à l'assurance sociosanitaire sur le revenu des employés et des travailleurs autonomes. Elle pourrait s'apparenter à un impôt-santé.

Une autre option évoque la possibilité d'une contribution individuelle modeste avec tout ce que cela comporte comme contrainte, notamment en regard de C-3. Puis il y a les services complémentaires, non considérés comme étant médicaux et hospitaliers, au sens de C-3 qui incomberaient en principe aux citoyens, mais que, par solidarité, ils continueraient toujours de soutenir, par leurs taxes et leurs impôts, l'accessibilité des plus démunis, selon leur capacité de payer.

Une autre orientation importante, s'il en est une, vise à améliorer l'ensemble des mécanismes de soutien des choix publics budgétaires et financiers. Pour y parvenir, nous proposons la création d'un nouveau mécanisme de régulation basé sur la création d'un fonds général des services de santé et des services sociaux distinct du fonds consolidé du revenu. Les options sont là; elles susciteront autant de discussions qu'il y aura d'intervenants pour y prendre part. C'est pourquoi le gouvernement a convoqué la présente commission parlementaire. J'entends résolument axer le débat qui s'amorce sur le citoyen, d'abord à titre de consommateur, de décideur, de payeur, dans l'esprit même de la réforme, ensuite à titre de producteur de la richesse et du bien-être.

J'entends aussi faire en sorte que les droits

et les intérêts légitimes de nos enfants, les citoyens de demain qui seront directement touchés par les décisions que nous prendrons et qui sont sans voix pour les faire valoir, soient considérés sur un pied d'égalité avec ceux des citoyens d'aujourd'hui. Reste que le Québec est à l'heure des choix. Au cours des six prochains jours, ils seront une quarantaine d'organismes, davantage de représentants, à venir discuter avec nous de cette problématique.

J'attends beaucoup de cette consultation. L'exercice ne doit pas se limiter à tracer un portrait de la situation. Celui-là, je le connais largement; vous le connaissez tout autant. La dernière commission parlementaire relative au projet de loi 120 a mis en évidence tout cela. Ce que j'attends de cet exercice? Des solutions originales, voire inédites, des avenues nouvelles qui vont nous permettre d'avancer véritablement, d'assurer à l'avenir un juste équilibre entre nos dépenses et la capacité de payer de la société québécoise. Des choix collectifs majeurs s'imposent donc. Une réduction du niveau de dépenses par une révision fondamentale du panier de services assurés, une augmentation du fardeau fiscal, une augmentation du déficit, une tarification liée à la consommation, tout en protégeant les plus démunis, voilà autant de questions qui se posent à l'ouverture de cette commission parlementaire.

Par-delà nos partenaires naturels du réseau, nous avons cru bon, en décembre dernier, d'inviter bon nombre de représentants des milieux dits économiques: Chambre de commerce, Bureau d'assurance, et j'en passe. Certains d'entre eux ont décliné cette invitation. Je le regrette grandement. Ils auront manqué une très bonne occasion de venir nous dire à nous ce qu'ils disent, règle générale, dans leur assemblée annuelle. Le tour sera passé.

À l'origine, on a fait le pari que ces organismes étaient aussi concernés que nous par ce débat. Il faut reconnaître que nous ne partageons pas tous la même vision des choses ou le même intérêt. Pourtant, le défi qui nous attend dans les prochains jours est là, à la fois emballant, mais aussi très exigeant, en particulier pour des parlementaires qui, d'un côté, veulent conserver le pouvoir, de l'autre côté, de manière très légitime, veulent le pouvoir.

Une voix:...

M. Côté (Charlesbourg): On verra. Ça se gagne le jour des élections. Ça ne se gagne pas avant. Ça peut se perdre avant...

M. Chevrette: Des fois, il y a des indices qui sont encourageants en mauditi!

M. Côté (Charlesbourg): Non. Je n'ai pas besoin de dire au député de Joliette que ça ne se gagne pas, des élections. Ça se perd.

M. Chevette: C'est vrai. C'est un fait. On l'a perdue en 1985; vous l'avez perdue en 1976.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça.

M. Chevette: Que nous réserve 1993?

M. Côté (Charlesbourg): Le défi est de s'assurer qu'on ne la perde pas quand ça viendra. Alors, la perdre entre les deux, c'est une affaire, mais la perdre au moment opportun, c'est une autre chose.

Nous avons tous intérêt à ce que le système de santé et des services sociaux soit maintenu tout en demeurant performant. Je l'ai dit et je le répète: le Québec est à l'heure des choix. Il est aussi à l'heure de prendre pleinement ses responsabilités au moment où le temps presse.

M. le Président, il est clair qu'au cours de ces six journées très chargées nous avons, de part et d'autre, un certain travail à faire. Nous le faisons tous dans le bien de la collectivité avec, bien sûr, des points de vue qui peuvent être différents. Une chose est certaine, M. le Président. Quant à moi, je questionnerai en fonction du document et non pas en fonction de ce que les gens ont bien voulu écrire dans leurs mémoires ou défendre comme point de vue particulier dans leurs mémoires ou intérêts particuliers.

Dans ce sens-là, ce sera une commission comme on en a déjà connu, très ouverte, où nous souhaitons définitivement explorer des pistes de solutions à notre problématique, et je le dis d'entrée de jeu dans cette ouverture, au-delà de certaines divergences fondamentales avec l'Opposition sur un certain nombre de points. La position prise hier par le critique officiel de l'Opposition démontre très nettement qu'il y a du travail à faire, à tout le moins sur le point de l'efficacité et de l'efficace, et que nous avons aussi, au niveau de cette commission, un travail d'efficace et d'efficacité à réaliser au cours de ces six jours. Je vous assure de mon entière collaboration, M. le Président, pour y arriver.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et aussi porteparole et l'Opposition officielle en matière de santé.

M. Rémy Trudel

M. Trudel: Merci, M. le Président. En décembre 1990, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait son projet de réforme. D'importantes mesures touchant le financement, telles que l'impôt-services, étaient introduites sans qu'il n'y ait eu aucun débat préalable et, encore moins, de consensus. Certains ont cru alors qu'il ne s'agissait que de ballons d'essai lancés par le gouvernement.

La réalité se voulait tout autre et la détermination du gouvernement à procéder avec ces mesures est apparue au grand jour en décembre 1991, alors que l'Assemblée nationale se voyait soumettre pour adoption des crédits supplémentaires correspondant aux revenus anticipés de l'impôt-services. La mesure avait donc déjà été comptabilisée dans les équilibres budgétaires du gouvernement.

L'Opposition officielle et nombre de groupes ont vertement dénoncé ces mesures. Pour notre part, nous avons suggéré que la commission des affaires sociales tienne un débat consacré exclusivement au financement de notre régime de santé et de services sociaux. C'est ce débat que nous entreprenons aujourd'hui et il est de la plus haute importance pour tous nos concitoyens et nos concitoyennes puisque, encore une fois, le gouvernement met sur la table des solutions de tarification et de coupures de services. Pour nous, que ce soit clair, ce débat, if constitue peut-être la dernière chance de sauver les acquis de notre système.

Avant d'attaquer le fond des choses, je me permettrai encore une fois - eh oui! encore une fois, comme à l'époque du projet de loi 120 - de déplorer amèrement l'absence de politique de santé et de bien-être. La séquence que nous propose le gouvernement défie toute logique. Comment peut-on fixer un niveau de financement pour notre système? Comment peut-on discuter de rationalisation, de révision de l'assiette des services assurés, de priorisation, alors que nous n'avons pas encore, comme société, déterminé les priorités auxquelles il faut s'attaquer pour améliorer le mieux-être de notre population? Il y a là une incohérence telle que nous risquons, au terme de ce débat, d'être obligés de le reprendre encore une autre fois dans quelques années parce que nous n'avons pas encore fixé les objectifs de santé et de bien-être que nous voulons poursuivre collectivement.

Mais la question fondamentale, ce matin, que nous devons nous poser et telle qu'elle l'a été, dans une certaine mesure, dans une bonne mesure, par le document du 18 décembre, c'est: Consacrons-nous trop d'argent au système de santé et de services sociaux au Québec? Toute discussion sur le financement du réseau de la santé et des services sociaux nécessite qu'on détermine au préalable le niveau de financement que l'on entend y consacrer, la part des richesses collectives que les Québécois souhaitent y consacrer, et pour arriver à répondre à ces questions, généralement, il faut compter sur trois grilles d'analyse.

La première consiste à baser le niveau de financement sur ce que le document ministériel a appelé le «rendement marginal» des dépenses de santé sur l'amélioration des conditions de vie des individus. La deuxième grille d'analyse va de soi et réside dans un certain consensus social. Par exemple, au Québec, l'absence de mouvement de

masse pour obtenir des soins ailleurs qu'au Québec, la relative tolérance envers certains délais d'attente pour les services, le taux de satisfaction enregistré par diverses maisons de sondage à l'égard de notre système, de même que l'ouverture des citoyens à payer des impôts lorsqu'il s'agit de la santé et des services sociaux sont autant d'indicateurs utiles pour fixer le niveau de financement nécessaire ou acceptable pour les citoyens. Finalement, le troisième élément de la grille se trouve dans la comparaison avec d'autres sociétés disposant d'une richesse collective à peu près équivalente. C'est la méthode qui a été privilégiée par le ministre et qui demeure, en fait, la seule méthode factuelle disponible pour l'instant.

(10 h 15)

Après avoir passé en revue l'ensemble des éléments de notre système dans une première partie de son document, le document ministériel abat un certain nombre de mythes. Grosso modo, 10 vérités sont rétablies. L'état de nos équipements et de notre main-d'oeuvre médicale, le document ministériel en conclut que le Québec se situe dans la moyenne des pays industrialisés et que, dans un contexte nord-américain où la médecine se veut plus coûteuse, le financement global de notre système de santé et des services sociaux se situe dans une fourchette que l'on considère acceptable en regard de notre richesse collective.

Ces 10 éléments de diagnostic étant dressés, ce qu'il faut se poser inévitablement, c'est: Mais où est donc le problème? Pourquoi sommes-nous ici, ce matin, puisque ce document ministériel démontre que les citoyens ne surconsomment ni ne **sous-consomment** leurs ressources en services de santé? Pourquoi le gouvernement nous propose-t-il, aujourd'hui, des scénarios apocalyptiques? Mais où est donc le problème?

D'abord, il est établi que les dépenses du système québécois sont loin d'être hors de contrôle. Au contraire, l'on constate que les crédits dévolus au ministère de la Santé et des Services sociaux et à la RAMQ pour la période 1983-1984 à 1990-1991 ont progressé à un rythme inférieur à celui du produit intérieur brut, soit 7,6 % par rapport à 8 % pour le produit intérieur brut. Deuxièmement, le document ministériel évalue que les dépenses évolueront, compte tenu des nouveaux besoins, au rythme de l'inflation plus 3 %, ce qui est plus rapide que les besoins dus exclusivement à l'évolution de la population et à l'effet de vieillissement, tel que le document nous le dit à la page 24. Troisièmement, selon les prévisions du ministère, le taux de croissance de la richesse collective, c'est-à-dire le produit intérieur brut, sera équivalent à celui du rythme des dépenses, à savoir IPC plus 3 %.

Or, il est reconnu, en théorie économique - et même le ministre des Finances actuel faisait sienne cette théorie dans son discours du budget en 1990-1991, à la page B-4 - que les revenus

autonomes du gouvernement, c'est-à-dire nos impôts et les diverses taxes que nous payons, croissent au même rythme que celui de la richesse collective, **c'est-à-dire l'IPC plus 3 %**. Il découle de ces paramètres que nous sommes, pour autant que les besoins n'augmentent pas plus rapidement que la richesse collective, dans un système parfaitement équilibré, qui peut absorber la croissance des dépenses sans augmentation des impôts et des taxes.

Bref, nous dépensons aujourd'hui 9 % du produit intérieur brut et, au même rythme, ça devrait être le même niveau et il ira dans le même sens dans 1 an, 2 ans, 3 ans et dans 10 ans, suivant les propres paramètres du document ministériel. Certes, les dépenses de santé et de services sociaux continueraient d'occuper une part importante des dépenses de l'État, à savoir 31 %, mais cela, c'est parce que la société québécoise a déterminé qu'il s'agissait d'une de ses priorités.

Voilà une partie de la vérité que les Québécois et les Québécoises doivent connaître et qui replace dans son contexte le débat qui va suivre. Pour autant que le rythme de croissance suive celui du produit intérieur brut, nous avons, en théorie, les moyens de garder le système tel qu'il est et ce, sans augmentation d'impôt. Mais, alors, pourquoi sommes-nous ici aujourd'hui, puisque le problème est posé?

La réponse à cette question repose essentiellement sur quatre facteurs. D'abord et avant tout, il s'agit de la diminution des transferts fédéraux. Deuxièmement, il y a le choix de l'actuel gouvernement de s'attaquer au déficit en diminuant sa contribution à l'IPC plus 1 % des dépenses de santé et de services sociaux. Vient ensuite comme troisième raison la baisse du rythme de croissance du PIB et, finalement, la nécessité de s'assurer... Nous sommes ici pour nous assurer que les dépenses n'augmenteront pas à un rythme supérieur à l'indice des prix à la consommation plus 3 %.

Le ministre nous propose, à la page 101 de son document, trois hypothèses de scénario. Avec les paramètres qu'il nous définit, la grande conclusion de son document, c'est qu'il nous manque, sur cinq ans, entre 1 000 000 000 \$ ou 2 000 000 000 \$ selon que le gouvernement québécois décide de couper les revenus provenant du fonds consolidé à l'IPC plus 1 %, ce qui nécessiterait alors, dans le cas de la première hypothèse, un effort supplémentaire de quelque 200 000 000 \$ et, dans le cas de la troisième hypothèse, un effort de 400 000 000 \$. En fait, M. le Président, la réalité est beaucoup plus sombre que celle-là, car il faut comprendre que les chiffres de 1 000 000 000 \$ et de 2 000 000 000 \$ s'appliquent sur le manque à gagner la cinquième année et non pas sur cinq ans. En raison du caractère récurrent des dépenses, il serait plus exact de dire que, sur cinq ans, le manque à gagner sera de l'ordre de

2 800 000 000 \$ dans le cas de l'hypothèse 1, et de 5 500 000 000 \$ dans le cas de l'hypothèse 2.

M. le Président, à cet égard, je voudrais déposer le document que j'ai ici, qui rétablit les calculs et qui indique que notre problème financier sur les cinq prochaines années, en matière de santé et de services sociaux et du financement de ce système, est de l'ordre de 2 800 000 000 \$, dans le cas de l'hypothèse 1, et, si le gouvernement réduit la part du fonds consolidé qu'il entend consacrer aux dépenses de santé et services sociaux à l'IPC plus 1 %, notre problème est de l'ordre de 5 500 000 000 \$ au cours des cinq prochaines années.

Traisons maintenant de chacun de ces éléments qui nous amènent dans ce débat aujourd'hui. Le désengagement fédéral. Dans la mesure où on applique le premier scénario, c'est-à-dire que la croissance du financement du fonds consolidé croîtrait à l'IPC plus 1 %, l'on doit bien se rendre compte que 92 % de notre impasse, de notre problème ou de nos difficultés proviennent exclusivement du gouvernement fédéral. Les 8 % du restant du problème, c'est le manque à gagner, c'est les 75 000 000 \$ qui n'augmentent pas assez vite de la part de ce qu'on appelle les revenus autonomes provenant de la Société de l'assurance automobile du Québec ou de la CSST.

Les Québécois et les Québécoises doivent savoir qu'ils devront envisager des tarifs ou des coupures de services de l'ordre de 925 000 000 \$ la cinquième année du présent cycle budgétaire parce que le gouvernement choisit de demeurer dans le régime fédéral, et c'est de ça qu'il s'agit. Si le financement fédéral avait la caractéristique de provenir exclusivement des points d'impôt ou encore si le Québec disposait de la capacité fiscale totale sur son territoire, il en résulterait, selon la théorie économique, que le rendement des revenus serait équivalent, toutes choses étant égales par ailleurs, à la croissance des dépenses. Nous serions alors dans un système équilibré tel que nous l'avons évoqué précédemment.

En vertu de l'article 92 de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, la santé et les services sociaux relèvent clairement de la juridiction du Québec. Pourtant, dès 1919, le ministère fédéral de la Santé était créé, le fédéral utilisant alors son pouvoir de dépenser qui n'est autre chose que d'utiliser sa capacité de prélever des impôts au détriment de l'assiette fiscale québécoise. En fait, l'intervention du fédéral s'est étendue au point où la simple administration centrale du ministère fédéral de la Santé coûte 89 900 000 \$ et emploie 1115 personnes, ce qui est à peine moins que le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux, budget de 88 700 000 \$ et 1195 personnes à son emploi. Juste dans son programme de santé, le gouvernement fédéral dépense directement 7 000 000 000 \$.

De tout temps, les gouvernements québécois

se sont élevés contre cette ingérence du fédéral. De tout temps, ils ont réclamé que l'on revienne à la lettre de la Constitution, à savoir que la santé et les services sociaux relèvent exclusivement du Québec. Le 25 juillet 1960, M. Jean Lesage, à la conférence fédérale-provinciale sur les programmes conjoints, affirmait déjà que le Québec doit récupérer ses points d'impôt pour assumer la totale responsabilité en matière de santé et de services sociaux à partir de sa propre fiscalité, son propre champ fiscal. 32 ans plus tard, on peut toujours continuer à répéter que, si ça ne marche pas, si on ne veut pas nous redonner nos points d'impôt, on va revenir encore la prochaine fois, mais il n'y aura rien de changé dans la réalité et nous serons toujours aux prises, pour le prochain cycle budgétaire, avec un problème de l'ordre de 2 800 000 000 \$ à 5 500 000 000 \$.

Qu'en est-il maintenant du désengagement du gouvernement québécois? Comme l'illustre le scénario 3 du document publié le 18 décembre à la page 101, si le gouvernement du Québec décidait de réduire sa contribution via le fonds consolidé à l'IPC plus 1 %, le manque à gagner serait de l'ordre de 2 800 000 000 \$ en 1996-1997, et le chiffre astronomique de 5 500 000 000 \$ de compressions ou de nouvelles taxes, d'ici cinq ans, si nous voulons maintenir les caractéristiques du régime. Franchement, soyons clairs, soyons honnêtes: l'effort de compression est tout simplement trop énorme. En ce sens, le gouvernement du Québec devrait attendre à tout le moins le dénouement du débat constitutionnel avant d'envisager des coupures de cet ordre et de mettre en cause les trois éléments fondamentaux de notre régime de santé et de services sociaux.

Qu'en est-il maintenant du troisième élément qui nous amène à être ici ce matin, c'est-à-dire la vitesse d'augmentation de la richesse collective des Québécois? Le troisième facteur déstabilisateur de l'équilibre du système et qui nous sert de point de départ est évidemment le rythme de croissance de la richesse collective. Si nos besoins requièrent une augmentation des dépenses de l'ordre de l'IPC plus 3 %, il est impérieux, pour maintenir notre équilibre, que le rendement de nos revenus soit également l'IPC plus 3 %. Pour ce faire, il importe que le gouvernement s'attaque prioritairement à la lutte au chômage, qu'il se dote d'une politique de plein-emploi. Non seulement la diminution du chômage augmenterait-elle les rentrées fiscales, mais en luttant ainsi contre la pauvreté, l'on diminuera d'autant la pression sur le système de santé et de services sociaux, compte tenu de la corrélation entre le niveau de vie et l'état de santé qui, elle, n'est plus à démontrer. Un dollar investi dans la création d'emplois a donc des retombées directes et indirectes sur le système de santé et de services sociaux.

Cessons également de dire que

12 000 000 000 \$ de dépenses dans le système de santé et de services sociaux, ce ne sont pas des investissements. Le potentiel de création de nouveaux emplois dans le secteur de la santé et des services sociaux peut s'avérer extrêmement intéressant, notamment en ce qui concerne le maintien à domicile. Ainsi, porter le niveau de dépenses du maintien à domicile à 575 000 000 \$ par année en ajoutant 427 000 000 \$ - niveau acceptable selon le document du ministère, 7 décembre 1990 - créerait 10 800 emplois et permettrait d'économiser, en fonction des besoins d'hébergement en l'an 2000, plus de 700 000 000 \$, le tout sur une base annuelle, en termes de maintien à domicile. Outre ces besoins en maintien à domicile, on peut considérer qu'un vaste plan de rénovation de 300 000 000 \$ des immobilisations, tel que l'AHQ le demande, le requiert, pourrait constituer un investissement rentable non seulement en termes de préservation des actifs, mais également en termes de création d'emplois.

Nous aurions des solutions à ces éléments. Le fédéral a déjà, quant à lui, donné ses réponses, depuis 32 ans, de façon extrêmement claire: pas de changement à C-3, pas de modification aux paiements de transfert. On continue d'appliquer unilatéralement les coupures selon le programme qu'il s'est dessiné, coupures de 0,9 % par année. Si nous voulons sauver les acquis du régime de santé et de services sociaux au Québec, éviter les taxes, éviter des impôts supplémentaires que, d'évidence, la classe moyenne ne peut plus payer, il nous faut regarder des mesures d'efficacité de rationalisation de nos dépenses. Nous pensons qu'il y a un certain nombre de ces dépenses qui peuvent être rationalisées qui doivent être examinées.

C'est donc en matière de besoins ou de façons d'agir sur les besoins que nous devons maintenant faire porter nos efforts. Il est bien évident que le meilleur moyen de limiter la croissance des dépenses consiste encore à agir sur ses besoins. Il faut s'attaquer à la source, agir en amont, et cela correspond souvent à deux réalités qui ont été très souvent galvaudées, mais pour lesquelles notre système est encore à des années-lumière: la prévention et l'utilisation des ressources plus légères.

Je n'ai pas envie de reprendre encore une fois le bâton du pèlerin, d'expliquer qu'il en coûte moins cher de donner à une femme défavorisée enceinte une orange, du lait et des oeufs, 540 \$ par année, que de payer 100 000 \$ pour maintenir son enfant prématuré. Voilà 10 ans que l'on parle de prévention. Quand la vivrons-nous, cette prévention, réellement, dans le système? Il me semble que la situation est suffisamment alarmante pour que nous puissions passer à l'action.
(10 h 30)

Il y a également tout le questionnement que nous devons faire sur ce que nous appelons

l'appareil *administratif*. D'aucuns, d'ailleurs, dans tout le débat que nous avons amorcé depuis un an, ont dénoncé la bureaucratization du réseau de la santé et des services sociaux, les technocrates étant, apparemment, la source de tous nos malheurs. Il faut se garder de jugements aussi lapidaires, car gérer un système qui engloutit 12 000 000 000 \$ n'est pas chose facile et nécessite, oui, des ressources abondantes. Si le réseau, d'ailleurs, a réussi à bien contrôler ses coûts, c'est en grande partie grâce à la vigueur et à la qualité de nos gestionnaires.

Ceci étant dit, il importe néanmoins de s'interroger sur l'ampleur de l'appareil administratif. Avant que 1 \$ ne soit effectivement dépensé en services, de combien doit-on l'amputer pour les frais d'administration? Nous ne disposons pas à cet égard de données suffisamment précises pour avancer ici un chiffre. Mais considérons les différents niveaux administratifs, pour 1 \$ qui vient du fédéral, à travers les programmes établis. Regardons le cheminement que doit suivre 1 \$ qui nous vient du fédéral: d'abord, il va au ministère du Revenu fédéral; ensuite, il va au ministère des Finances fédéral; il va au Conseil du trésor fédéral; il va à la Chambre des communes; il va au ministère de la Santé et du Bien-Être social Canada; il va au ministère des Finances du Québec; il va au Conseil du trésor du Québec; il va à l'Assemblée nationale du Québec; il va au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; il va aller dans les régies régionales du Québec; il va aller à l'administration des établissements; et enfin, enfin, le 1 \$, s'il en reste...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: ...va se rendre dans un service pour l'usager. Il y a des questions à se poser.

Du côté des producteurs, les crédits dévolus à la Régie de l'assurance-maladie du Québec sont une part importante des dépenses de santé puisqu'une enveloppe de 2 600 000 000 \$ constitue le budget de la RAMQ. Ils constituent une masse budgétaire qui doit nous permettre de financer une partie des 2 800 000 000 \$ manquants.

Nous disons, à l'égard de la question des médecins, deux choses. Le ratio du nombre de médecins que nous avons au Québec est supérieur à celui de l'Ontario; si nous avons le même ratio que l'Ontario, eh bien, nous aurions épargné, en quelque sorte, entre guillemets, 46 000 000 \$. Nous pensons donc qu'il faut contrôler le nombre d'entrées, le nombre de places en médecine. Il faut regarder cette question de façon très précise. Mais encore plus surprenant sur la question du nombre de médecins, s'il faut regarder l'entrée, il faut également regarder la sortie. Le dernier rapport de la RAMQ nous indique par ailleurs que nous avons, au Québec, parmi les spécialistes... Il y a 109 médecins

spécialistes au Québec, âgés de 75 ans et plus, qui tirent une rémunération de 36 800 000 \$. Alors, le dernier rapport, je cite: "Statistiques annuelles 1989", je peux le déposer, M. le Président, à titre d'exemple. Et nous pourrions multiplier ces éléments. Voilà, du côté des médecins, et nous allons leur demander d'examiner également tout ce que nous appelons l'attribution des actes ou la délégation des actes. Il y a des éléments d'examen à faire.

Du côté des employés du réseau de la santé et des services sociaux, le gouvernement, à la page 65 de son document, a fait son choix. Pour la prochaine période budgétaire, c'est de geler les salaires des employés du réseau de la santé et des services sociaux à l'IPC. Nous refusons cette perspective. Nous allons demander pendant cette commission à nos partenaires salariés du réseau de la santé et des services sociaux qu'en retour d'une garantie de ne pas leur couper leur salaire, de ne pas toucher aux mécanismes normaux de la négociation, de s'asseoir à une table et de regarder avec nous ce que nous appelons l'étanchéité ou la rigidité de l'application des conventions collectives.

Du côté des usagers, nous avons vu dans le document que les usagers ne sont pas des abuseurs. Mais il va falloir - oui, M. le Président - regarder toute la question de l'utilisation de la carte-soleil ou de la carte d'assurance-maladie. Je suis assez étonné, lorsque je reçois une publication comme **Le Soleil de la Floride**, de l'utilisation... D'abord, j'y retrouve dans le cahier - la date, c'est juste avant les fêtes - de février 1992, pardon - là, nous touchons également la question des dépenses publiques et des dépenses privées - des annonces sur l'utilisation de la carte-soleil. Alors, si vous voulez avoir des échographies de toute sorte, de tout genre: abdomen, foie, amaigrissement, ces choses-là, la carte est acceptée. C'est de la publicité partout. Également, il s'est développé un réseau, le réseau canadien de soins médicaux. Vous êtes à 1638 milles de votre médecin de famille mais vous pouvez utiliser partout votre carte-soleil. Mais qui plus est, M. le Président, qui plus est... Parfois, il faut lire la petite page des échotiers, le carnet mondain, pour voir ceci: Doctors' Canadian Medical Center. Pour souhaiter la bienvenue à tous les Canadiens et Canadiennes séjournant dans le sud de la Floride, le Centre médical canadien Doctors organise le 17 janvier une réception "open house". Les personnes se présentant au Centre entre 13 heures et 16 heures pourront visiter la clinique, se faire expliquer les différents services offerts, faire prendre leur tension artérielle...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Le Centre servira un léger buffet à tous les visiteurs présents. De nombreux prix de présence seront également tirés. Le

centre médical, pour ceux qui n'ont pas compris, est situé au 1856 Van Buren Street à Hollywood. Les dépenses publiques de santé, les dépenses privées de santé, la privatisation de certains éléments de la santé, ça peut nous amener à des choses comme celles-là.

Nous pensons qu'avec ce que M. Cantin, le président de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, nous a révélé comme chiffres en commission parlementaire pendant l'étude de la loi 120, ces statistiques sont suffisamment inquiétantes pour que maintenant, oui, nous puissions envisager certaines mesures de contrôle. Et le fait que 600 000 Québécois et Québécoises déménagent sans prévenir la Régie du changement d'adresse - elle perd leur trace - que chaque année 17 000 Québécois quittent le Québec sans retourner leur carte à la RAMQ, qu'environ 400 000 cartes non validées sont en circulation cette année et que 55 000 d'entre elles ont servi à facturer des actes, tout cela est suffisamment inquiétant.

M. le Président, je terminerai en disant ceci: Oui, l'Opposition accepte d'examiner, dans une certaine mesure, le panier de services assurés, mais cet examen devra servir uniquement à revoir les services qui ne sont pas médicalement requis, en ce sens qu'ils n'apportent aucune contribution sensible au mieux-être de la personne qui les reçoit. Nous croyons que, parce que le Québec a fait le choix d'une solidarité collective des mieux nantis avec les moins bien nantis, des gens en santé avec ceux qui sont malades, il a réussi à bien contrôler ses coûts globaux et il s'est donné une société plus juste. Le gouvernement fédéral est venu déséquilibrer, lui, le financement de notre système, mais un glissement supplémentaire vers le financement de source privée n'est certainement pas une solution qui améliorera le niveau des dépenses totales que consacrent les Québécois et les Québécoises à leur système.

Il nous apparaît qu'avant même d'envisager des coupures de services il convient de faire un véritable exercice de rationalisation. Certes, il serait illusoire de croire que la seule rationalisation pourra combler le manque à gagner de 2 800 000 000 \$ à 5 500 000 000 \$ sur cinq ans. Mais nous croyons que tant et aussi longtemps que le débat constitutionnel n'aura pas connu son dénouement il est prématuré d'envisager des coupures de services et des mesures de tarification ou, pire encore, que le gouvernement québécois limite sa contribution aux services de santé et aux services sociaux à IPC plus 1 %, compte tenu du vieillissement de la population et de la croissance des besoins des jeunes.

À court terme, efficacité, rationalisation, nous sommes prêts à examiner un certain nombre de mesures. À long terme, pas d'illusion. C'est le «Choix de Sophie». Tout le monde a vu ce film-là? Le titre du document du ministre, ce n'est pas «Un financement équitable à la mesure

de nos moyens». C'est le «Choix de Sophie»: ou je me coupe un bras ou je me coupe une jambe. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue. Une petite remarque. Avec le consentement des membres de cette commission, M. Chevette étant ici, on pourrait lui reconnaître le droit de parole. Comme il n'est pas membre de la commission, alors j'ai besoin de l'aval de tout le monde. Parfait, merci.

Je tiendrais aussi à souligner, pour tous ceux qui ont des téléphones cellulaires, si possible de les mettre à la position neutre de façon à ce qu'on puisse engager le débat et entendre les intervenants qui voudront bien se présenter devant nous.

Alors, nous en sommes rendus à l'appel des organismes dont le premier est ici, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Je demanderais, s'il vous plaît, aux représentants de cet organisme de bien vouloir s'avancer.

Pendant que les gens s'avancent, je vais expliquer la procédure. Ce groupe aura une heure et trente minutes dont la première demi-heure servira à la présentation du mémoire et la balance, l'heure, sera répartie entre les deux formations pour échange et discussion. S'il vous plaît.

Je vais suspendre quelques minutes, le temps que les gens se préparent. Nous suspendons deux minutes.

(Suspension de la séance à 10 h 41)

(Reprise à 10 h 54)

Auditions

Le Président (M. Joly): La sous-commission reprend ses travaux. Comme je le mentionnais tantôt nous avons avec nous l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. J'apprécierais si la personne responsable pouvait s'identifier et identifier les personnes qui l'accompagnent. S'il vous plaît!

ACCAP

M. Gravel (Claude): Alors, sûrement, M. le Président. Je me présente: Claude Gravel, président et chef de la direction, Assurance-vie Desjardins, mais ici, évidemment, pour représenter l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Pour m'accompagner, à ma gauche, Me Yves Lemay, vice-président, Affaires juridiques, de la société des Services de santé du Québec et, à ma droite, M. Yves Millette, vice-président principal, Affaires québécoises, pour l'Association canadienne des com-

pagnies d'assurances de personnes.

Le Président (M. Joly): Je vous remercie, M. Gravel. Vous avez, comme je le disais, 30 minutes environ pour présenter votre mémoire. Si vous passez la parole à l'un de vos collègues, pour les fins de l'enregistrement, j'apprécierais s'il pouvait s'identifier.

M. Gravel: Merci, M. le Président. M. le ministre, M. le représentant et... Est-ce qu'on l'appelle le critique officiel de...

Une voix: Porte-parole.

M. Gravel: Porte-parole, excusez. Et je pourrais peut-être ajouter ancien collègue de l'assemblée des gouverneurs à l'Université du Québec.

Une voix: Ce n'est pas «réassurant».

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gravel: Bon! Si ce n'est pas «réassurant» on va commencer par l'assurance, on ira ensuite à la réassurance.

Alors, M. le Président, j'ai l'intention de vous présenter un sommaire de notre mémoire puisque, ayant été déposé d'avance, je présume qu'on en a fait la lecture. Un sommaire, mais j'aimerais aussi, dans une deuxième partie, peut-être insister sur les différentes alternatives de collaboration qui peuvent se présenter entre notre industrie et le gouvernement du Québec.

D'abord, un mot sur l'Association qui est une association à adhésion volontaire qui représente plus de 100 sociétés d'assurances de personnes souscrivant environ 98 % de l'assurance-vie et maladie au pays; et les mêmes pourcentages s'appliquent, je crois, au niveau du Québec. En passant, je pourrais aussi peut-être ajouter à ce moment-ci que les deux sociétés que Me Lemay et moi représentons sont les deux joueurs majeurs ici, au Québec, dans le domaine de l'assurance-maladie, secteur qui nous intéresse évidemment particulièrement ce matin.

Le rôle de l'industrie dans les services sociaux et de santé. L'industrie des assurances de personnes est étroitement liée au financement des soins de santé et des services sociaux du Québec puisqu'elle agit en complémentarité des organismes publics dans les régimes collectifs et individuels, tant dans le domaine de l'invalidité, de l'assurance-maladie, de l'assurance de soins dentaires et optiques que de l'assurance-voyage. On y reviendra peut-être tantôt en fonction des journaux dont on nous a fait mention.

À titre indicatif, mentionnons que plus de 4 000 000 d'hommes, de femmes et d'enfants du Québec sont ainsi couverts par plus de 30 000 régimes d'assurance-maladie complémentaires privés tandis que près de 2 000 000 de Québécois

souscrivent lors de leurs déplacements à une assurance privée couvrant les soins de santé hors Canada. De même, l'industrie est directement concernée par la disponibilité et la qualité des soins de santé et des services sociaux dispensés au Québec puisqu'ils ont une incidence directe sur les taux de mortalité et de morbidité sur lesquels est basée toute notre tarification.

C'est en effet à partir de ces données actuarielles que nous pouvons établir le coût des différents produits d'assurances et de rentes dont se prévalent quelque 4 500 000 Québécois. Le débat sur le financement des soins de santé et des services sociaux, qui constitue un débat de société, nous intéresse donc au plus haut point. Je dirais que dans ce domaine, d'ailleurs, notre intérêt est triple. On sait que l'action est à la mesure de l'intérêt. Notre intérêt, je dirais, est triple.

Il est d'ordre économique. Vous ne serez pas surpris de vous rappeler que nous privilégions, évidemment, et nous souscrivons à ces objectifs de budget équilibré ou, tout au moins, plus équilibré. Notre intérêt est aussi d'ordre social puisque nous voulons, à notre mesure et selon nos moyens, maintenir les grands acquis et les grands objectifs sociaux, particulièrement au niveau de l'universalité et de l'accessibilité aux soins de santé. Notre intérêt aussi, on doit l'admettre, est d'ordre commercial; il est de chercher à élargir notre marché et les services que nous offrons à la population.

Fondamentalement, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes souhaite, et souhaite fermement, le maintien de services de santé de haute qualité et partage les préoccupations qui ont été exprimées quant à la nécessité de trouver des solutions au problème du financement des services sociaux et de santé qui accapare une part de plus en plus importante du fardeau fiscal des particuliers et des entreprises.

Dans la mesure où les citoyens pourraient être appelés à assumer une plus large part du coût des services de santé, il nous apparaît intéressant de vous rappeler que l'assurance privée constitue une des alternatives qui permet aux individus comme aux groupes d'ajouter au financement des soins de santé et d'amortir l'impact financier en répartissant les coûts selon les techniques de gestion de risques. À la différence du régime public qui est obligatoire et universel, l'assurance privée, elle, est facultative et elle doit recourir à des techniques éprouvées de sélection de risques pour tarifier en fonction de l'assurabilité de la personne et du montant de couverture demandé. On doit dire là-dessus, et les statistiques dans notre mémoire l'indiquent clairement, que la formule de financement privilégiée est évidemment l'assurance collective puisqu'elle permet à la fois d'offrir des protections à coût moindre de par les coûts d'administration moindres, et aussi au niveau du

financement puisqu'elle permet un certain nivellement du coût des protections.

L'expérience de l'industrie des assurances de personnes ne se limite pas à l'administration de régimes privés. Nous avons aussi des expériences où nous touchons à l'administration de régimes publics, ou encore à sa participation via certains outils ou certaines expertises ou techniques qui relèvent du secteur privé. Ainsi, l'industrie a administré des programmes provinciaux en Alberta, par exemple, et en Ontario avant que la législation fédérale concernant les transferts aux provinces ne vienne mettre fin à cette collaboration. Encore aujourd'hui, l'industrie administre des programmes financés par les fonds publics, dont le programme PATA qui est un programme d'assistance aux travailleurs âgés, certains programmes pour les communautés autochtones ainsi que des régimes d'avantages sociaux pour les employés de l'État. Donc, il y a des précédents, des expériences qui nous apparaissent concluantes dans cette collaboration du public et du privé.

L'industrie a d'ailleurs déjà proposé aux divers paliers de gouvernement au Canada un programme d'assurance-invalidité obligatoire qui aurait été administré sur une base privée. J'aimerais aussi ajouter que son rôle complémentaire, elle le poursuit aussi dans le domaine de l'assistance, et il y a des tendances intéressantes là-dessus qui se développent, que ce soit dans l'assistance aux employés, dans l'assistance qu'on appelle de soins de vie courante, dans l'assistance aux personnes âgées, même dans l'assistance juridique, dans l'assistance-voyage et, évidemment, dans la gestion administrative où nous pouvons apporter des services qui nous apparaissent complémentaires.

Forte de son expérience dans le financement des soins de santé avant la création de la RAMQ, l'expérience acquise, je viens de le rappeler, dans d'autres provinces et aux États-Unis, l'industrie des assurances de personnes est prête à explorer avec les autorités gouvernementales diverses avenues pour trouver des solutions viables au problème de financement des services sociaux et de santé au Québec.

Ces consultations, à notre avis, devraient être menées dans une perspective globale qui tienne compte à la fois des programmes publics et privés actuellement en place, des objectifs à long terme ainsi que des mesures à prendre pour assurer une transition harmonieuse. L'industrie est consciente, tout de même, des problèmes de financement que pose le maintien de services sociaux et de santé de qualité pour l'ensemble des Québécois et est prête à collaborer dans la recherche de solutions originales quant au partage des services assurables.

M. le Président, j'aimerais ensuite développer sur toute les pistes de collaboration qui méritent, disons, d'être explorées avec vous. Peut-être que le mieux serait aussi de le faire au

gré des questions et des échanges pour lesquels nous sommes bien ouverts.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Évidemment, vous êtes le premier mémoire que nous entendons et qui aborde un certain nombre de questions dans un contexte autre que, bien sûr, celui où les compagnies d'assurances étaient habituées davantage à être les principaux assureurs qu'à être en complémentarité d'un système qui existe. Je pense que ça a été un choix gouvernemental des gouvernements à l'époque, qui n'est pas aujourd'hui remis en question.

Cependant, au fil des années, davantage par un regroupement de travailleurs ou d'individus, il y a eu une volonté d'assurer un certain nombre de services complémentaires. On l'a au niveau de la fonction publique, on l'a au niveau des députés, de certains travailleurs aussi, et vous êtes dans ce domaine-là. Cette expérience-là peut être très intéressante parce que vous avez, dans la plupart des cas, une franchise sur le plan de l'assurance.

Prenons l'assurance dentaire. Pour couvrir des soins qui ne sont pas assurés, des travailleurs se sont regroupés et font affaire avec des compagnies d'assurances en disant: Vous allez nous donner maintenant la protection pour des services dentaires, pour couvrir des services dentaires. Et j'imagine que vous devez avoir des études à ce niveau-là.

Quel est l'effet d'une franchise sur la consommation qu'on peut peut-être qualifier de nécessaire et non nécessaire? Parce qu'on est dans des situations où, effectivement, il y a une consommation qui est nécessaire et, dans d'autres, on a une consommation qui n'est pas nécessaire. Est-ce que vous avez, à ce niveau-là, des études ou des expériences à nous faire partager sur les effets d'une franchise? Ou le principe de faire payer à la base pour un service, qu'est-ce que ça entraîne comme effet, pervers ou non? Je pense que c'est avantageux de nous informer des effets parce qu'il peut y avoir aussi des effets pervers. Est-ce que vous avez des études à ce niveau-là ou des expériences à nous faire partager?

M. Gravel: M. le ministre, je vais vous répondre, et peut-être en me basant beaucoup plus à la fois sur mes connaissances théoriques et l'expérience passée, mais sans avoir peut-être de chiffres immédiats à vous fournir, ce qui pourrait, de toute façon, vous être fourni dans un deuxième temps à votre bureau.

La franchise a un double effet: elle a un premier effet évident de réduire le coût d'ensemble de cette portion qui est supportée par l'utilisateur ou le bénéficiaire, selon vos termes. Elle

a un autre effet que je dirais, moi, décourageant, si vous voulez, ou modérateur, qui est le terme plus utilisé dans votre métier.

M. Trudel: On dit: «Orienteur».

Une voix: Orienteur, maintenant, c'est encore moins dérangeant.

M. Côté (Charlesbourg): Mais je ne voulais pas nécessairement vous orienter dans votre réponse, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gravel: O.K. Nous, dans le fond, la franchise n'est pas là nécessairement pour des fins d'«orienteur», mais je peux accepter votre qualificatif. Alors, elle a ce double effet. Ce deuxième effet peut, évidemment, varier selon, premièrement, le niveau absolu de cette franchise et aussi devant son importance relative. Alors, on peut, nous, par nos régimes - parce qu'on a des régimes qui sont, à toutes fins pratiques, identiques en termes de protection mais qui contiennent, les uns une franchise et les autres pas de franchise - isoler, disons, l'effet en termes de taux d'utilisation et de coût de la franchise. Évidemment, je n'ai pas apporté avec moi de statistiques précises mais je peux vous dire que ces statistiques-là sont disponibles et peuvent vous être fournies. Peut-être qu'un de mes collègues, ici, pourrait aussi ajouter à cette réponse.

Une voix: M. Millette.

M. Millette (Yves): Oui, Yves Millette. On n'a pas d'expérience récente au Canada mais, aux États-Unis, depuis une dizaine d'années, on a développé un produit qui s'appelle les soins à long terme, les «long term care» pour les personnes âgées, pour favoriser le maintien, les soins aux personnes âgées, et tout ça. À l'origine, ce programme-là n'avait aucune franchise et, immédiatement, il a pris des débordements importants jusqu'au jour où on a exigé, pour que la garantie puisse jouer, qu'il y ait hospitalisation. C'était une forme de franchise, si vous voulez. À ce moment-là, effectivement, le coût - et là on parle du coût de la protection - est devenu beaucoup plus abordable pour l'ensemble de la population. Les coûts ont baissé. Par conséquent, le nombre de réclamations a baissé et les coûts ont baissé aussi. Il y a passablement de documentation sur ça aux États-Unis, et on pourrait vous fournir des exemples de ça pour vous aider dans votre réflexion.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends, c'est qu'il y a deux effets recherchés. Le premier, c'est, bien sûr, de faire en sorte que l'individu qui se couvre par une assurance paie

une franchise mais soit protégé pour ce qui lui coûterait davantage. On voit des exemples multiples aux États-Unis où, littéralement, des gens vendent leur maison pour être capables de payer des services médicaux. Et ce n'est pas rare. Le deuxième, c'est que ça a définitivement, je pense, un effet sur le niveau de consommation.

Pour moi, ce qu'il est important de savoir, c'est, bien sûr, qu'on vise à ce que la consommation utile, nécessaire puisse se faire parce que, à ce moment-là, elle vise à combler un besoin. C'est peut-être davantage l'impact sur la consommation pas nécessaire. Pour la consommation nécessaire, je pense qu'il faut trouver le moyen de s'assurer que, lorsque c'est médicalement requis et que la personne en tire des bénéfices, on puisse continuer de protéger ça. Ce qui est moins évident, c'est lorsqu'on est dans une situation de consommation qu'on pourrait qualifier d'abusives parce que, si globalement elle ne l'est pas, il reste quand même des situations où elle l'est sur le plan des individus.

Je pensais que sur le plan dentaire vous pourriez peut-être avoir un certain nombre d'éléments là-dessus, mais glissons sur les médicaments. Je pense que vous avez des couvertures, ne serait-ce qu'au niveau de la mutuelle, si je ne m'abuse, où, chaque fois que vous avez une consommation et que vous êtes assuré, vous êtes obligés de donner 1 \$ pour une prescription. C'est apparu comment et quels sont les résultats de ce dollar-là? Un dollar, ce n'est pas très très important aujourd'hui, mais vous avez quand même établi à 1 \$ l'exigence que vous avez de l'individu qui va faire remplir une prescription pour que ses médicaments soient payés.

M. Lemay (Yves): Yves Lemay. Vous parlez d'un régime en particulier où c'est 1 \$ mais, normalement, ce sont des régimes à pourcentage, chez nous à la SSQ. Vous avez des régimes qui vont payer jusqu'à 90 % ou 80 %. On a toujours privilégié la franchise dans nos régimes. Nécessairement, c'est une question de négociation aussi avec les groupes, le résultat final, mais on voit une incidence très importante dans le fait d'avoir cette franchise-là. Le but de l'assurance, c'est de couvrir les pointes, si on veut. Tout le monde, en tout cas la majorité des gens sont peut-être capables de payer un montant minime pour un médicament, mais, lorsque arrive une facture de 50 \$, 25 \$, 30 \$, 35 \$, 40 \$, c'est à ce moment-là que l'assurance paie sa part. Je veux dire, on est là pour couvrir un petit peu ce qui excède une dépense normale.

M. Côté (Charlesbourg): On est quand même dans une situation...

M. Lemay: Mais je n'ai pas de chiffres.

M. Côté (Charlesbourg): ...où je pense que

tout le monde comprend qu'une compagnie d'assurances est là pour faire de l'argent aussi. Donc, en principe, elle est là pour couvrir les frais qu'elle encourt et les primes doivent nécessairement rapporter davantage que vous en payez. Mais, sur le plan des études, j'aimerais ça si c'était possible, par une autre voie, qu'on puisse les transmettre à la commission de manière officielle, s'il y avait des études sur les effets que ça donne d'avoir une franchise et aussi un plafond parce que, d'après ce que je comprends de certaines couvertures, au-delà de tel montant, ce n'est plus couvert. Donc, ça aussi, je pense que ça peut donner un certain nombre d'indications. Mais, encore une fois, j'insiste sur les informations, ce qui est médicalement requis par rapport à ce qui ne l'est pas. Évidemment, il y a toujours une prescription, au bout de la ligne, qui cautionne et qui fait en sorte que vous allez le chercher, mais, moi, ça m'apparaît extrêmement important, compte tenu des coûts qu'on encourt actuellement dans notre régime complémentaire.

Est-ce que vous avez exploré des possibilités d'un meilleur contrôle de l'utilisation des médicaments, par exemple au Québec, dans d'autres couvertures de notre système à nous, qui sont pour les personnes âgées ou pour les gens qui bénéficient de l'aide sociale?

M. Gravel: Oui, il y a différentes expériences qui sont tentées. Par exemple, on va essayer, dans des cas où les dépenses sont assez lourdes, de développer des profils, par exemple, au niveau du taux d'utilisation. Donc, on va essayer de démarquer, par exemple, nos assurés avec les montants qui sont au-delà de certaines limites pour essayer d'identifier, disons, des tendances qui seraient un peu hors norme. Ça, je dirais que c'est un contrôle au niveau du service rendu, c'est-à-dire du service utilisé, du médicament ou des soins professionnels.

Il y a d'autres façons aussi au niveau de la gestion même. Par exemple, on a mis en place un service, récemment, le service qu'on appelle «autorisation et paiement de soins de santé» au niveau des pharmacies pour, d'une part, faciliter à l'assuré l'utilisation de ces services en lui évitant le déboursé total, dans un premier temps. Il a à payer, disons, seulement la franchise, l'excédent étant, dans le fond, réglé entre le pharmacien et l'assureur par le biais d'une communication téléinformatique, si vous voulez.

(11 h 15)

Ceci a différents avantages, je pense. Sur le plan du consommateur, ça l'aide, ça le rapproche du service, c'est plus rapide, plus léger, ça lui évite bien des paperasses. Aussi, c'est là où, indirectement - je reviens à votre autre question sur l'impact de la franchise - le fait d'utiliser ce service-là le libère de la contrainte financière. Remarquez bien qu'à certains égards peut-être qu'on marche dans le sens inverse,

mais on fait la preuve par l'absurde que le fait d'un paiement a un impact sur le taux de consommation. Plus le déboursé va être élevé, que ce soit par le biais de franchises ou même simplement d'un paiement avancé qui va lui être remboursé plus tard, plus ça a un effet sur le comportement de l'usager, du bénéficiaire ou du consommateur.

Il y aurait bien d'autres exemples, si mes collègues veulent en ajouter, des exemples où on peut contrôler les coûts.

M. Côté (Charlesbourg): Allons à un des exemples que nous a fournis tantôt le député de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue** par un journal ensoleillé. On a des programmes qui nous permettent de payer des frais encourus hors Canada, donc un programme hors Canada pour la couverture d'un certain nombre de gestes médicalement requis à l'étranger. On pense particulièrement aux gens qui sont en Floride, et ils sont assez nombreux, merci. Depuis deux ans, il y a une tentative de faire en sorte qu'on en arrive à une certaine équité vis-à-vis des Québécois qui sont au Québec et qui paient des impôts, en ce sens que le gouvernement se dirige vers une reconnaissance du paiement de certains coûts, mais les coûts qui seraient payés au Québec. Ce n'est pas admis sur place, mais on l'essaie sur le plan de l'efficience; c'est une question de justice aussi pour les Québécois qui restent au Québec et qui continuent de payer des impôts.

Donc, ce que nous avons souhaité - et nous sommes à y réfléchir de manière très importante à ce moment-ci - c'est garantir aux gens du Québec qui décideraient d'aller passer un certain nombre de mois en Floride pour des raisons de santé ou pour toute une série de raisons - à leur retraite, profiter du beau temps, c'est leur droit légitime - la couverture des frais que l'on paierait normalement au Québec; pas les frais que ça coûte en Floride, sachant que ça coûte beaucoup plus cher. Mais il reste quand même qu'il y a un différentiel assez appréciable, merci, entre ce que ça coûte, règle générale, en Floride et ce que ça coûte au Québec.

On a fait un certain nombre d'approches - vous êtes au courant aussi - sur la possibilité de permettre à ces gens-là de s'assurer pour la différence du coût. Je ne sais pas, je ne comprends pas, mais ça ne semble pas tellement vous intéresser. J'en tirerais presque la conclusion que vous êtes intéressés à assurer des gens qui ne sont pas malades. J'aimerais vous entendre davantage là-dessus parce que c'est une mesure qui fait partie de nos discussions et, avant même de prendre une décision finale, ce qu'on voudrait savoir, c'est si nos compagnies d'assurances sont ouvertes à doter ces gens-là d'une possibilité de s'assurer, en n'excluant personne, bien sûr, en autant qu'ils paient les primes. Est-ce que c'est envisageable, c'est possible? Si oui, est-ce que le coût serait tout de même abor-

dable?

M. Gravel: Il y a plusieurs volets pour bien répondre à votre question. Un premier volet, c'est la dimension complémentaire de nos services. On sait que le régime public a des limites en termes de paiement de soins à l'étranger. Nous sommes présents, nous, pour l'«au-delà de», jusqu'à des limites, en passant, qui sont assez importantes. Je pense qu'un chiffre qui circule régulièrement, c'est 1 000 000 \$ ou des choses comme ça. Alors, on est là de façon complémentaire, et là-dessus, notre aide, s'il en est une, je dirais qu'elle est beaucoup plus de dimension politique. C'est qu'à partir du moment où on est présent pour le complémentaire, bien, j'imagine que ça vous évite, de votre côté, d'avoir des demandes d'appel au secours de quelqu'un qui est pris, pour des situations qui, en passant, n'ont pas d'allure parce qu'un imprévu peut coûter 250 000 \$ américains assez rapidement dans le domaine, par exemple, de complications cardiaques.

Dans un deuxième volet, vous nous demandez ce qu'on peut faire, nous, pour peut-être réduire les coûts. Parce que, dans le premier volet, on n'a pas réduit les coûts, on a simplement pris notre part au-delà d'un certain montant. Nous avons - quand je dis nous, ce n'est pas simplement ma compagnie; je pense que Me Lemay a accès aux mêmes services - un service qu'on appelle d'assistance où le bénéficiaire, dans une situation d'urgence, non seulement peut mais, en général, a recours à nos services très rapidement. Et ce service d'assistance permet, au-delà de la simplification des complications financières, légales ou autres, à court terme, d'évaluer assez rapidement si le rapatriement est une formule plus ou moins économique. Vous comprendrez l'importance d'avoir une réponse, sinon sur le champ, au moins de façon très rapide. Mais tout ça est décidé par une équipe médicale et en fonction de l'état ou de la capacité de l'assuré de supporter ou pas le rapatriement.

Le deuxième exemple, je dirais, d'économie, ç'a été - et ç'a été fait, ça, par les compagnies plus actives dans l'assurance à l'étranger - de négocier avec les établissements de santé, les hôpitaux en particulier, des tarifs à la baisse. On se sert, dans le fond, de l'économie de marché. On se sert de notre pouvoir d'achat pour avoir des tarifs diminués, et c'est là où est l'avantage d'une mise en commun: c'est évidemment le pouvoir d'achat que nous avons. Et, en ce sens-là, j'imagine que le gouvernement du Québec a un pouvoir d'achat aussi impressionnant. Je peux même vous dire que ce pouvoir d'achat là et ces tarifs-là, négociés, on en fait aussi bénéficier le gouvernement dans la mesure où, étant le premier payeur ou le payeur global dans un premier temps, on lui applique évidemment ces tarifs-là, négociés; la quote-part de la facture globale refilée au gouvernement peut être réduite

aussi dans la même mesure. Alors, voilà au moins deux exemples où nous pouvons contrôler les coûts.

M. Côté (Charlesbourg): Juste pour peut-être essayer d'aider notre réflexion; je ne veux pas que ça soit perçu comme un piège, parce que ça n'en est pas un. On a une problématique qui est particulière aux Québécois qui sont en Floride, très nombreux et de plus en plus nombreux, qui coûtent à l'État des sommes assez exorbitantes, merci. On a illustré un petit peu tantôt ce que ça pouvait signifier. Juste au niveau de l'hospitalisation, le régime actuel fait que nous défrayons les premiers 750 \$ par jour et que nous payons 50 % de l'excédent. C'est assez généreux, merci, par rapport à ce qu'on paye au Québec, par rapport à ce qu'il nous en coûte au Québec. Nous souhaitons en arriver à la situation où on paiera pour les gens qui sont hors Canada ce que nous payons normalement au Québec.

Par conséquent, il y a, il me semble bien, un potentiel assez important de personnes qui sont en Floride ou ailleurs, mais de manière principale en Floride, et qui auraient besoin d'une couverture, à tout le moins s'ils le désirent, parce que c'est toujours volontaire sur le plan de l'adhésion. Est-ce qu'à ce niveau-là on peut espérer, en tenant compte des contraintes que vous avez évoquées tantôt et du questionnement, que les assureurs puissent éventuellement offrir, à toute personne séjournant en Floride, qui souhaiterait s'assurer pour six mois, pour un an ou ainsi de suite, une situation où ces risques-là puissent être couverts? Évidemment, c'est clair qu'au bout de la ligne, si c'est oui, il y aura une prime qui sera au bout et qui va faire en sorte que vous couvriez vos frais. Les compagnies d'assurances, même si elles font beaucoup de bénévolat, la raison principale d'exister d'une compagnie d'assurances, à ce que j'ai compris, ce n'est pas nécessairement de faire du bénévolat.

Ceci étant dit, est-ce qu'il est envisageable de penser qu'on serait dans une situation où cette couverture-là pourrait être faite, à des primes qui pourraient être acceptables?

M. Millette: Yves Millette. Je peux répondre à cette question-là. En plus des autres mesures de contrôle qui ont été prises, je pense que, depuis quelques années, dans le domaine de l'assurance-voyage, les compagnies d'assurances se sont attaquées à un des problèmes majeurs qui est le problème des personnes à risque, des personnes qui sont malades lorsqu'elles quittent le Québec. Les principes de sélection font en sorte que pour les gens qui sont contrôlés, c'est-à-dire médicalement contrôlés avant leur départ, il est possible d'assumer le risque à des coûts abordables. Et donc, ça a augmenté beaucoup la proportion des gens qui pouvaient avoir une

assurance-voyage à l'étranger.

Mais il reste encore - et ça, dans la mesure où on est dans un régime privé et non pas dans un régime universel - un certain pourcentage de gens qui présentent un risque tellement aggravé, dont la situation n'est pas contrôlée lorsqu'ils quittent le pays ou des choses comme ça, que cela fait en sorte que l'assurance privée ne peut pas couvrir ces gens-là à moins de leur charger, à toutes fins pratiques, le coût des services qui vont être assumés.

Dans ce sens-là, je pense que c'est encore des recherches qu'on a à faire et des discussions qu'on peut avoir avec le gouvernement pour trouver des mécanismes comme, par exemple, ce qu'on appelle en jargon populaire des contrats de réassurance «stop loss», c'est-à-dire qu'au-delà d'un certain montant - on parlait de couverture de 1 000 000 \$ mais disons **au-delà** de 50 000 \$ de frais d'hospitalisation - les gens qui vont représenter des risques énormes qui pourraient coûter **jusqu'à** 1 000 000 \$ de frais d'hospitalisation aux États-Unis, ces cas-là seraient mis dans un contrat particulier où le gouvernement pourrait participer, peu importe comment. Mais il faudrait trouver un «stop loss». Il y a une limite; il y a des coûts tellement énormes que l'industrie ne peut pas se permettre de les absorber. On **parle** beaucoup des compagnies d'assurances qui veulent faire des profits. Il ne faut pas oublier, d'abord et avant tout, que les compagnies d'assurances - ce sont des mutualités - sont là pour offrir des services aux gens qui adhèrent à la compagnie, et des services à prix abordables compte tenu de leur état de santé. Donc, ça, je pense, qu'il ne faut pas l'oublier.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que j'ai compris, c'est que si elles ne font pas de profits, à un moment donné, elles finissent par disparaître, hein?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'était juste dans ce sens-là, en disant que ce n'est quand même pas une... Je comprends qu'une compagnie d'assurances privée, ce n'est pas d'abord pour la bienfaisance. C'est, bien sûr, **mutualiser** des risques mais... Est-ce que vous avez un pourcentage de gens qui seraient plus difficilement assurables? C'est quoi, c'est 10 %, 15 %?

M. Millette: Dans l'ensemble - on ne parlera pas de l'assurance-voyage, je n'ai pas de statistiques pour ça - l'industrie assume à des tarifs réguliers et surtarifés - c'est-à-dire qu'on accepte des gens mais à des tarifs qui n'excèdent pas cinq fois la prime habituelle - 98 % des gens qui présentent une réclamation sont assurés, soit à tarif régulier, soit à surtarif ne dépassant pas cinq fois la prime habituelle. Tout le reste est considéré comme non assurable.

M. Gravel: Et ça, M. le ministre, c'est plus particulièrement dans le domaine, je dirais, de l'assurance-vie individuelle que ça s'applique. J'aimerais, M. le ministre, et pour le bénéfice de cette commission, vous rappeler rapidement la nature et les limites du commerce des assurances s'appliquant particulièrement aux problèmes des assurés en Floride. On nous dit: Les compagnies d'assurances veulent faire bien des profits; elles prennent la crème et laissent le petit lait en arrière. Il faut comprendre ce que c'est que le commerce de l'assurance. On veut offrir des services. Évidemment, on veut en offrir au plus de monde possible et au meilleur prix possible. Comment on fait ça? C'est là que vient la sélection. On veut en même temps avoir les meilleurs prix et les plus équitables possible. Qu'est-ce qu'on fait? Je vais faire peut-être la comparaison dans le domaine de l'assurance-maison. Si on sait qu'il y a des maisons qui sont en feu, il est évident qu'on les élimine. Si on sait qu'il y a des maisons qui ont des problèmes électriques majeurs, on les élimine graduellement, puis on raffine nos méthodes de sélection pour avoir et identifier les plus beaux risques parce qu'on va avoir la prime la plus basse possible. Vous comprenez? Ce n'est pas la question de dire qu'on est des gros capitalistes méchants qui veulent simplement prendre ci et pas ça.

J'arrive au problème que ça présente pour ceux qui ne sont pas acceptés. Je pense - et je vous lance une piste parce qu'elle existe déjà - au domaine de l'assurance automobile. On sait qu'on a un régime public et obligatoire. On n'a pas le choix, il faut s'assurer en automobile. Le système des compagnies de sélection est le même que celui que je viens de vous conter là. Qu'est-ce qu'on a trouvé, qu'est-ce qu'on a mis en place pour assurer ces maisons en feu, entre guillemets? On a mis en place un régime qui est un «pool» de risques tarés, assumés par l'industrie, **partagés** dans l'industrie au gré de nos parts de marché et selon des tarifs qui sont tarés, avec, évidemment, des plafonds. C'est peut-être un genre de modèle dont on pourrait s'inspirer pour ces gens âgés à risques élevés qu'il faudrait protéger pour toutes sortes de raisons mais qui, dans le système privé actuel, nous causent problème à telle enseigne qu'on ne veut pas les prendre ou on n'a pas trouvé, disons, de prix acceptables pour les prendre.

(11 h 30)

M. Côté (Charlesbourg): Je sais que mon temps avance, peut-être une dernière question, si j'en ai le temps. On **parle**, dans les mesures, d'impôt-services. Évidemment, quand on parle d'impôt-services, c'est de faire appel à un individu pour en payer une partie. On ne sait pas, c'est 5 %, c'est 10 %, c'est 20 %, c'est 25 %. Mais prenons l'hypothèse où c'est 10 % d'une situation x. Est-ce qu'il est pensable qu'éventuellement des personnes voulant s'assurer pour payer cette possibilité d'impôt-services pourraient

trouver preneur de la part des compagnies d'assurances?

M. Millette: Yves Millette. C'est très difficile de concevoir un programme d'assurance pour ce genre de produit, si on peut l'appeler ainsi, parce qu'il y a un principe de base dans l'assurance qui est le principe de **l'antisélection**. À partir du moment où un problème est identifiable et où l'individu peut planifier la survenance de l'événement, théoriquement, ce n'est pas assurable. Dans un cas comme celui-là, où la personne pourrait encourir le service médical et savoir qu'à la fin de l'année il va y avoir un impôt à payer, il est très clair que cette personne va avoir une incitation très grande à s'assurer. À toutes fins pratiques, ça élimine l'assurance individuelle.

Il serait toujours possible de concevoir, comme programme complémentaire en assurance collective, un produit comme celui-là. Mais, encore là, ça va laisser de côté toutes les personnes âgées et toutes les personnes qui ne sont pas couvertes par des assurances collectives. Donc, oui, jusqu'à un certain point, on peut penser que c'est assurable, mais c'est un produit qui est, somme toute, difficilement assurable.

M. Côté (Charlesbourg): Pas nécessairement un beau risque! Il s'agit de savoir pour qui. Pour les compagnies d'assurances *ou* pour **l'individu**, le beau risque?

M. Millette: Pour l'individu, c'est le risque parfait parce qu'il peut prévoir le moment où il va avoir à payer et trouver un produit pour ne pas le payer.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le député de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue**.

M. Trudel: Merci beaucoup, M. le Président. Bienvenue M. Gravel, M. **Lemay** et M. Millette. M. Gravel, c'est un grand plaisir de vous retrouver; cinq ans à avoir eu le plaisir de partager vos excellents talents de gestionnaire à l'Assemblée des gouverneurs de l'Université du Québec. Vous n'avez pas perdu votre franchise et la clarté de vos propos. Si l'occasion était donnée, je le dis à tout le monde, de vérifier les qualités d'historien de M. Gravel qui sont absolument extraordinaires! Bienvenue!

Votre franchise s'exprime, messieurs, d'abord, quand vous dites: Nous, on a un intérêt triple là-dedans. Alors, on ne se contera pas d'histoires entre nous: il est économique, il est social. Votre document dit: Nous autres, le régime de **l'assurance-maladie** du Québec, notre régime étatique de santé et de services sociaux, on ne crache pas là-dessus, on respecte ça. J'apprécie les termes que vous employez. Vous dites également: Nous, on est en «business», on

est en affaires. Alors, on est dans le domaine commercial. Les possibilités d'élargir le marché, d'élargir notre marché, de couvrir de nouveaux segments, bien sûr que ça nous intéresse s'il y a une rentabilité à obtenir. Alors, ça j'apprécie ce discours, M. Gravel et messieurs. C'est très clair.

La première question que tout le monde avait envie de vous poser, c'est clair, c'est celle sur laquelle le ministre est allé. Quand vous chargez 10 % ou 1 \$ pour aller chercher un médicament à la pharmacie suivant les régimes privés d'assurance que vous avez pour les individus, est-ce que ça a de l'effet sur la consommation? J'insiste, s'il vous plaît. Les tableaux que vous nous avez promis, oui, il nous faut les avoir parce que c'est probablement l'apport le plus important que vous puissiez nous amener, à ce chapitre là.

Une petite question complémentaire. Vos cartes, ce que j'appelle les cartes **Pharmaxo**, vous savez de quoi on parle, est-ce qu'il y a de la fraude chez vous? Est-ce qu'il y a de la fraude là-dessus? Est-ce que, pour le médicament que je vais acheter là, vous avez constaté un taux de fraude, vous autres, en 10 ans? Il y a quelqu'un d'autre qui prend la carte, il n'y a pas de photo sur votre carte, il n'y a pas de puce dessus là, il n'y a rien. Vous avez l'air de vivre assez à l'aise avec ce phénomène-là. Il n'y a pas de statistiques. Mais est-ce qu'il y a de la fraude avec ça, chez vous? Si oui, comment contrôlez-vous ça?

M. Gravel: De toute évidence, je vais laisser ça à mon collègue de gauche qui est à la fois de la compagnie qui a cette carte-là et qui, en plus, est avocat. Alors, j'ai hâte, comme compétiteur, de l'écouter, et je vais l'écouter avec intérêt.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lemay: Effectivement, il y a des vérifications qui sont faites au niveau des cartes **Pharmaxo**. Il y a de la fraude, à l'occasion, qui se produit là-dedans. L'utilisation de la carte par une personne non autorisée - j'espère que vous ne donnerez pas trop de trucs aujourd'hui aux gens pour utiliser ces cartes-là. On prévoit effectivement toujours un certain pourcentage de surconsommation parce que c'est une carte qui évite le paiement, alors que, dans le cas des franchises ordinaires, vous payez le médicament au complet et vous obtenez un remboursement par-dessus.

Je n'ai pas de chiffres sur les pourcentages qui pourraient être faits, mais on procède par analyse, par sondage, dans ces cas-là. On vérifie un certain nombre de médicaments. Aussi, c'est évident que chaque personne, chaque assuré chez nous a un dossier. On voit la consommation de médicaments et, par la consommation régulière ou plus ou moins régulière, on va s'apercevoir

qu'une personne a pris tel médicament, qu'elle en a pris une dose d'un an sur une période d'un mois ou quelque chose comme ça. Alors, c'est à ce moment-là que, par le miracle de l'informatique, ces **dossiers-là** vont ressortir, qu'on va pousser l'enquête un peu plus loin et qu'on va aller sur place. Donc, il y a possibilité autant de la part de l'assuré que du pharmacien aussi.

M. Trudel: Ça existe comme statistique le niveau, la grandeur de cette chose? On est toujours en matière d'assurance privée, évidemment. L'intérêt à faire un tel geste illégal, entre guillemets, est beaucoup moins grand chez vous parce que ça se répercute, bien sûr, sur les coûts s'il y a une grande utilisation incorrecte de la carte. Si vous aviez des statistiques là-dessus, ce serait très apprécié parce que, à un autre chapitre, on aura à toucher la question de l'utilisation, de l'identification pour obtenir des soins, pas uniquement en termes de médicaments ou de services assurés.

M. Millette: Je peux vous dire qu'il n'existe pas de statistiques d'industrie à ce niveau-là, pour ce genre d'utilisation frauduleuse des contrats d'assurance. Donc, il faudra se fier à l'expérience de chacune des compagnies qui pourraient avoir de telles statistiques.

M. Gravel: En complément, M. Trudel, la venue d'un système de paiement direct de réclamations, dans la mesure où ils approchent de plus en plus l'utilisateur d'un fichier central qui est mis à jour très fréquemment, réduit ce risque de fraude. Par exemple, l'employé qui cesse d'être employé, à partir du moment où il n'est plus sur le fichier des employés du groupe assuré, et qu'il y a une validation téléinformatique avec le fichier central au moment de l'utilisation des soins, réduit ces affaires-là. Ça, c'est une façon. Je pense que c'est une piste intéressante, et c'est un service nouveau qu'un groupe d'une demi-douzaine d'assureurs d'ici a mis en place. Remarquez bien que c'est un régime sophistiqué qui demande d'être alimenté pas mai pour vivre et être rentable, mais ce système-là, dans la mesure, encore une fois, où il rapproche le plus possible la validation et le paiement d'un fichier central fréquemment mis à date, il réduit les risques de fraude.

L'autre avantage - je rejoins peut-être la première question du ministre sur des façons de contrôler les coûts - c'est qu'en plus d'être sûr qu'on paie pour les bonnes personnes, en plus des contrôles de profils que je vous mentionnais tantôt, c'est peut-être de glisser du spécifique vers le générique. Encore une fois, dans la mesure où cet outil de paiement, mais aussi de validation, est au point de distribution du soin et que l'exercice de validation peut se vivre là, des exercices de contrôle comme **ceux-là** sont possibles et peuvent réduire les coûts.

M. Trudel: Le président de la RAMQ doit avoir pris des notes, là. M. Gravel, le ministre, lui, dans son document, a fait des choix: les yeux et les dents avant 16 ans, à part l'examen des dents, zip! Par-dessus, dans le régime. Vous parliez tantôt d'intérêt triple, de l'intérêt commercial. Je n'ai pas besoin de vous laisser répondre en vous demandant la question: Est-ce que ça vous intéresse, les dents et les yeux, pour l'assurance générale, ce qu'on bifferait selon la proposition gouvernementale des services assurés?

Par ailleurs, le ministre dans le ministère, le gouvernement dans ses calculs, dit: S'il nous manque entre 1 000 000 000 \$ et 2 000 000 000 \$ - moi je dis entre 3 000 000 000 \$ et 5 500 000 000 \$ ou, encore, une troisième façon de dire les choses, si on veut conserver à peu près les mêmes services, en 1996-1997, ça va nous coûter 145 \$ de plus par personne. On s'entend? Si on continue et qu'on garde les mêmes choses, on a 145 \$ d'impôt de plus par personne au Québec pour avoir les mêmes services, y compris, bien sûr, optométrie, les yeux et les dents qu'on conserve, en bas de 16 ans.

Pour une famille de quatre personnes, c'est bien 580 \$. Est-ce que vous pensez que, comme entreprise commerciale, vous seriez capables, vous, à terme, d'assurer les yeux et les dents pour 580 \$ par année, par famille, au Québec, en termes de coûts pour couvrir à peu près ce que nous avons comme couverture actuelle? Seriez-vous capables, vous pensez, de faire ça à 580 \$ par année? M. Gravel, je sais bien que vous n'avez pas la machine actuarielle avec vous, mais vous savez, vous avez un aperçu de la capacité ou pas d'assurer tout ce monde-là dans une "bracket", dans une fourchette quelque part. Pensez-vous, de façon réaliste, que vous pourriez faire ça?

M. Gravel: Votre question, je l'admets, elle n'est pas facile. Je vais vous donner des éléments de réponse. Les autres, peut-être, pourraient suivre plus tard. De le faire à ce montant précis, il est bien évident, aujourd'hui, que je ne peux pas vous répondre là-dessus. Par contre, de façon plus générale, on a la prétention, dans le secteur privé, de croire que, toutes autres choses étant égales, on peut faire les choses à moindre coût. Il faut réaliser qu'on n'a pas nécessairement toutes les contraintes que vous nous avez énumérées avec... J'ai trouvé, en passant, la démonstration assez évidente du dollar qui passe par neuf portes. J'ai même été surpris qu'il en reste autant au bout du chemin personnellement...

M. Trudel: ...pas payés pour le dépenser.

M. Gravel: Mais 585 \$, sur le chiffre précis, je ne peux pas répondre si ce n'est, en principe, de vous dire qu'on croit pouvoir faire un meilleur

travail de façon, disons, plus économique. L'autre chose, c'est qu'il y a des mécanismes de contrôle qui sont plus accessibles, qui sont plus ouverts, je dirais, moi, à un assureur privé qu'un assureur public de par les attentes que la population peut avoir devant l'un et l'autre.

Deuxièmement, est-ce qu'on est intéressés, de façon générale, à cette ouverture-là? Comme un ancien premier ministre, ici, l'avait dit: Oui. D'autant plus qu'on aurait l'impression de récupérer notre butin, de dire: Ce serait tout simplement de revenir et de repriveriser une partie des soins qui, à un moment donné, nous ont été enlevés dans l'euphorie de la vague sociale du tournant des années soixante, soixante-dix où on pensait qu'on avait les moyens et qu'on allait les avoir pour de bon. Là, on ne les a plus pour de bon. Alors, oui, on est présents, oui, on est intéressés. Maintenant, notre intérêt est limité par notre façon de faire. On est des assureurs et je pense que la façon privilégiée, par nous, de le faire, ça va être par des formules collectives. Donc, vous pouvez tout de suite identifier des blocs de population qui seront délaissés, non pas qu'on veuille les délaissés, mais on est prisonniers de nos formules de financement, de nos formules de sélection de risques. Là, il faudra peut-être se rasseoir ensemble parce qu'on répond encore présent pour ces blocs-là, mais pour innover et trouver des formules qui soient encore plus globales que collectives.

M. Trudel: M. Gravel, vous nous amenez sur une piste extrêmement intéressante.

M. Millette: Je pourrais ajouter à ça.

M. Trudel: Je m'excuse, M. Millette.
(11 h 45)

M. Millette: Je pourrais ajouter, comme M. Gravel vient de le dire, que notre moyen d'approcher de tels produits serait par l'assurance collective. Donc, ça suppose, premièrement, comme M. Gravel le disait, qu'on vise des clientèles - il y a à peu près 50 % des Québécois qui sont couverts par des assurances collectives à l'heure actuelle. Deuxièmement, l'assurance collective étant ce qu'elle est, le coût en serait partagé entre l'employé et l'employeur. Donc, il aurait un effet sur la rémunération globale des employés au Québec. Ça ferait partie des avantages sociaux. Donc, jusqu'à un certain point, ça limite le coût pour chacun des individus, mais, socialement, le coût serait répercuté au niveau des employeurs et au niveau des avantages sociaux.

M. Trudel: Ça nous amène sur des considérations macro-économiques. M. Gravel, vous dites: Un jour, on avait comme pensé que, dans notre élan du social, on pourrait tout se payer ça. Aujourd'hui, on serait comme dans la situa-

tion où on ne pourrait plus se payer ça. Il faut donc avoir des vues, des façons différentes de faire tes choses, y compris - moi, je dis oui, dans certains secteurs, et je ne porte pas de jugement final là-dessus - par exemple, dans le secteur privé, de rapatrier, comme vous l'avez dit, sur la capacité que vous avez de faire les choses. Ce que je constate cependant, M. Gravel, c'est qu'aux États-Unis, c'est bien comme ça que ça fonctionne et ça coûte plus cher. Les dépenses totales de santé, aux États-Unis sont pas mal plus chères que ce que ça nous coûte au Canada et au Québec.

Je pense qu'il faut être assez prudent dans ce jugement, de dire: Un jour, on pensait que, socialement, on pourrait faire le «trip» jusqu'au bout de tout se payer et, en 1992, on n'a plus les moyens de se payer ça, il faudrait, entre guillemets, privatiser un certain nombre de ces services. En passant, en toute honnêteté, je fais le coup de chapeau pour le document du ministère. Il y a des choses qui sont fausses, pas correctes, mais 99 % sont correctes. C'est un bon tableau, ça, à la page 115 du document. Compte tenu du temps qu'on vous a laissé, messieurs, je ne vous culpabilise pas de ne pas avoir vu cet aspect-là, mais ça coûte 2,1 % de plus du produit intérieur brut, aux États-Unis, pour les soins de santé et, comme vient de le dire M. Millette, et comme vous le disiez aussi: il y a 30 000 000 qu'on laisse sur le carreau.

M. Côté (Charlesbourg): Minimum. On parle davantage de 50 000 000 à 60 000 000.

M. Trudel: 50 000 000 à 60 000 000 qu'on laisse sur le carreau. Quand on dit que, socialement, on ne peut plus se payer ces dépenses, est-ce que ce n'est pas une déclaration, M. Gravel et messieurs, qu'il faut moduler beaucoup?

M. Gravel: Là, on est rendu dans la macro et vous comprendrez que j'exprime des vues plus personnelles que celles de l'ACCAP. Je suis rendu au bout de mon texte pour répondre à cette question.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gravel: Je pense que - je rejoins en même temps, je pense, la position de l'ACCAP dans une bonne mesure - notre prétention, en venant ici, n'est pas de vous dire qu'on devrait, comme l'industrie américaine, se substituer au secteur public. Il y a un mot important, et je regarde dans la troisième partie de notre mémoire, on parle d'un partenariat à développer. Je pense qu'on a un modèle socio-économique, ici au Canada ou au Québec, qui n'est pas le modèle américain. On n'est pas venus vous dire ici, même s'il y a de nos compagnies membres qui ont plus d'affaires aux États-Unis, dans certains cas. qu'au Canada, qu'on devrait emprunter,

encore moins emprunter intégralement le modèle américain. On est ici et il s'agit d'évoluer avec ce qu'on a. Ce qu'on vous dit, tout simplement, premièrement, c'est qu'on est intéressés à travailler avec vous. Deuxièmement, c'est qu'on a la conviction profonde que, dans certains secteurs - pas dans tous, dans certains secteurs - on peut explorer des pistes où, ensemble, on pourra faire mieux avec moins, l'un et l'autre, ou au moins l'un des deux. C'est tout simplement ça.

M. Trudel: Il faut apprécier cette offre aussi parce que, compte tenu de ce qu'on a dit au départ, inutile de se le cacher, on peut se serrer la ceinture, on peut partager un certain nombre de risques, mais, si ça ne change pas le comportement du fédéral, c'est fini, l'universalité, la gratuité et l'accessibilité. On ne peut plus payer éternellement à deux places; ça ne se peut pas. Il y a une capacité limite de payer. On va avoir besoin de votre collaboration là-dessus, c'est évident.

J'ajouterai comme commentaire et pour compléter les questions: Vous n'avez pas pu répondre, et je comprends, compte tenu de la spécificité des chiffres, à la question du ministre. Si on vous demandait d'assurer, grosso modo, nos Québécois en Floride, la question du ministre, ce serait: Est-ce que ça pourrait être une prime raisonnable? Si, dans les prochains jours, vous pouviez, au niveau de l'Association canadienne, nous donner une... Je sais bien que c'est difficile, on ne monte pas un dossier comme ça en deux heures. Mais ça, c'est très important parce que c'est 25 000 000 \$ qu'on paie à nos concitoyens et concitoyennes québécois et québécoises qui sont en Floride. Il faut regarder ce phénomène-là. Vous pourriez probablement nous aider dans ce secteur-là, tout en garantissant à ces personnes qu'on va les couvrir. Alors, la question du ministre était, et je la fais mienne: Si nous avions à couvrir cette partie de la population, pourrions-nous en arriver à une prime d'assurance raisonnable? Il faut avoir un chiffre quelque part.

La deuxième question, c'était pour les yeux et les dents, ce que le ministre veut désassurer, ce que le gouvernement veut sortir du régime. Quand vous prendriez ça, vous autres, combien feriez-vous ça par famille, au Québec? Si vous le pouvez... Je sais que c'est compliqué, mais nous apprécierions beaucoup.

Le temps file, messieurs. Il y a une autre petite dimension qui m'intéresse: les compagnies d'assurances, comme utilisateurs du régime. Dans la gestion des risques, il y a une pratique fondamentale chez vous qu'il faut comprendre essentiellement, c'est qu'avant d'assurer quelqu'un... Vous dites à M. Côté: Voulez-vous aller à l'hôpital passer un examen médical, s'il vous plaît, pour que je puisse vous assurer. Je ne suis pas sûr, avec ce que vous faites là, que vous êtes un bon risque pour moi. Pour moi,

vous êtes un mauvais risque. On l'envoie à l'hôpital. Qui paie ça? Qui paie l'examen médical? En général, vous envoyez votre monde - soit à l'entrée, soit régulièrement - à l'hôpital passer la batterie de tests. Qui paie ça, en général?

M. Lemay: Moi, je peux répondre, certainement. Pour les tests sanguins, par exemple, les paramédicaux qu'on appelle - c'est la majorité des examens qu'on fait subir aux assurés en assurance-vie - les paramédicaux sont défrayés entièrement par les compagnies d'assurances. C'est du personnel **rémunéré** par les compagnies d'assurances qui vont le faire, soit des infirmières, soit des cliniques médicales. C'est la même chose pour les tests sanguins qu'on fait passer, par exemple, pour le dépistage de certaines maladies, dont le sida et des choses comme ça. Ce sont des tests qui sont payés par les compagnies d'assurances.

Le Président (M. Joly): M. Millette.

M. Millette: Oui, Yves Millette. La visite médicale également, officiellement, est aux frais de l'assuré et non pas aux frais de la Régie de l'assurance-maladie. C'est, en principe, quelque chose qui n'est pas couvert par la Régie de l'assurance-maladie.

M. Trudel: Mais pas l'acte médical, l'acte médical lui-même lorsque nécessaire. On ne parle pas des analyses.

Des voix: Non non.

M. Millette: Je parle de l'examen médical pour fins d'assurance.

M. Gravel: Je pense que, là-dedans, M. Trudel, ce qui fait foi de tout, c'est la finalité du service rendu moins que sa nature. Dans la mesure où l'examen médical est demandé par une compagnie d'assurance-vie pour fins d'examen d'admission, etc., on le dirige, de toute façon, à nos réseaux de médecins spécialisés et surtout, je dirais, disponibles pour les examens médicaux. Que l'on s'appuie, ensuite, dans nos études de dossier sur des examens, sur le dossier médical de quelqu'un, ça, c'est une autre chose. Mais, fondamentalement, c'est la finalité qui établit le payeur.

M. Trudel: Bien sûr que ce n'est probablement pas des chiffres que vous avez **par-devers** vous aujourd'hui, mais il serait à tout le moins intéressant de comparer votre coût de revient avec les mêmes gestes, comme coût de revient, dans le système de santé et de services sociaux. Est-ce que vous avez l'impression que ça vous coûte moins cher quand vous faites ces examens pour vos finalités à vous, en termes d'examen médical? Est-ce que vous avez l'impression que

ça vous revient pas mal moins cher que dans le système de santé et de services sociaux? Il y aurait peut-être quelque chose à scruter là. Je vais vous laisser la question parce qu'on ne peut pas avoir une réponse aussi précise à une question aussi précise en commission parlementaire, mais il serait intéressant pour nous de regarder ça parce que, quand on cherche des rationalisations, quand on cherche à voir ce qui se passe dans notre système, ça peut aussi être un élément qui est à questionner.

Je terminerai, messieurs, en posant *une* question sur tout le phénomène de ce que vous appelez, dans votre mémoire, de l'**antisélection**, la gestion des risques, les bons cas et les mauvais cas. Je reviens toujours sur yeux et dents, lunettes et denturologie. Est-ce que vous avez l'impression que vous pourriez assurer toute la clientèle qui est actuellement couverte par le régime universel? Est-ce que vous pensez que, théoriquement, d'après vos méthodes, c'est possible? Parce qu'il reste peu de temps, je joins une deuxième question: Est-ce qu'avec vos assurés, une fois qu'ils sont assurés, vous faites de la gestion des risques ou de la prévention, comme compagnie privée? Est-ce que vous faites ça, vous autres, pour diminuer, évidemment, je comprends, au niveau commercial... Est-ce que vous en faites de la gestion des risques et de la prévention au niveau de vos assurés?

M. Gravel: La réponse, c'est: Oui, dans certains secteurs. On est là-dedans, essentiellement animés par des considérations économiques. Donc, où et quand va-t-on faire de la prévention? On va le faire dans le domaine de l'invalidité puisque les enjeux sont **importants**. Il y aura là des suivis beaucoup plus serrés. Il y aura là des programmes de réhabilitation, plus de réhabilitation, disons, que de prévention, je dois vous l'admettre. Il y aura des travaux de **réinsertion** qui seront faits. Quant à la prévention, je dirais que notre présence est beaucoup plus limitée. C'est plus une présence peut-être institutionnelle ou corporative qui va exister. Quant à l'autre... Vous parlez de soins optiques, de soins dentaires et je mettrais dans le même bloc les soins en Floride.

J'aimerais, puisqu'on vous laisse très bientôt, qu'on ne vous laisse pas et qu'on ne laisse pas la population sous l'impression qu'on n'est pas là et qu'on n'est pas présent. Au contraire, c'est par centaines de milliers, je suis convaincu, que nous assurons les Québécois qui vont en Floride. Mais on le fait comment? On le fait essentiellement sous deux angles, par des régimes collectifs qui prévoient qu'en plus des soins, ici au Québec, il y a les soins hors Canada, et pour des limites fort importantes. On répond «présent» et on assure ces gens-là. On le fait aussi sous base individuelle où les gens, au moment du départ, ou un peu avant, à l'occasion de l'achat du voyage et tout ça, vont souscrire

une police individuelle. Donc, nous répondons «présents»...

Nous avons nos limites. Parce qu'on est à la fois prisonniers et fidèles de nos façons de faire, il nous échappe des gens qui, pour une raison ou l'autre, on l'a vu, rassortent du bloc collectif, ne veulent pas payer, n'ont pas les moyens de payer ou ne sont pas assurables. Ces gens-là nous échappent et c'est là où - je résume et répète - on aura à s'asseoir, si ça vous intéresse, pour trouver des formules conjointes probablement.

M. Trudel: Je conclus, puisque mon temps est écoulé, en vous remerciant. Oui, nous allons, sans l'ombre d'un doute, avoir besoin de votre collaboration. Sauf erreur, vous êtes le seul groupe du monde de l'entreprise privée qui avez, à toutes fins utiles, accepté de relever le défi de venir nous rencontrer. À cet égard, pour des entreprises privées d'assurances, de venir en public, en commission parlementaire, c'est parce que vous êtes fiers de votre industrie, de vos entreprises et que votre gestion - on s'en aperçoit par vos réponses - est transparente. Nous aurons besoin de votre collaboration, le défi est immense. Je n'ai malheureusement, M. Gravel, pas eu le temps de vous parler assez de politique en disant: La plus grosse prime qu'on paie, c'est au fédéral et, eux autres, n'assurent pas le risque pantoute. Mais ça, on tiendra ce discours-là ailleurs, M. Gravel. Merci beaucoup, messieurs, de vos considérations, c'est très apprécié. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci. Avant de vous libérer, j'aimerais, moi aussi - je pense que je vais me prévaloir de mon droit de parlementaire - poser une question, toujours en regard avec l'assurance-voyage à l'extérieur. J'imagine que vous allez soumettre des chiffres éventuellement sur les questions qui ont été posées et que, malheureusement - je comprends le fait que vous n'avez pas pu avoir ces chiffres-là avec vous, ces données. Quelle est la prime collectée pour les services exigés, en fait, pour la couverture donnée? Quel est, toutes proportions gardées, le montant de réclamations honorées? Donc, dans le fond, ce que je veux faire refléter, c'est quel est le pourcentage de profit pour les compagnies d'assurances qui assurent à l'étranger? Ça, je pense que c'est important qu'on puisse le savoir. Aussi, l'autre avenue que j'aimerais toucher, c'est... Vous avez mentionné que, via le véhicule de l'assurance collective, on serait sans doute en mesure de couvrir une partie, disons, des problèmes, mais on sait que ce n'est pas tout le monde qui est actuellement couvert en vertu de l'assurance collective. Si ce n'est pas le cas, il faut se poser la question: Pourquoi les autres employeurs ne se servent pas de ce véhicule qui, souvent, est un véhicule de rétention pour leur employé etc.? L'expérience que je vis dans le champ, comme on appelle ça dans le domaine de

l'assurance, c'est que ce n'est pas accessible à tous les employeurs que d'être éligibles à un programme d'assurance collective potable, valable, avec un coût abordable. Vous avez un petit employeur de quatre versus une nationale ou une multinationale de 200, de 500 ou «whatever». Partant de là, on ne parle pas de mêmes bénéfices et on ne parle pas de mêmes coûts. Alors, je trouve ça un petit peu difficile d'imaginer un scénario de finalité où le véhicule de l'assurance collective... à moins de redessiner un produit tout à fait différent pour favoriser le petit industriel de quatre employés versus le gros. Alors, j'aimerais peut-être vous entendre parler sur ça.

M. Gravel: Peut-être que je vous répondrais, M. le Président, que j'aimerais mieux vous écrire que vous parler là-dessus puisque ça présupposerait qu'on pourrait avoir des choses mieux supportées, plus étoffées. Mais on va le regarder, il est clair que les réponses vont varier selon que les produits sont distribués sur base individuelle et collective. Les coûts varient sûrement selon les deux formules, les marges bénéficiaires aussi. Remarquez bien que vous vous interrogez, et à juste titre, d'ailleurs, parce qu'on est plus sous l'aile sociale ici sur les marges bénéficiaires. Si c'était une autre commission parlementaire sur les finances, peut-être qu'on déplorerait que les marges bénéficiaires ne sont pas assez élevées et que, si elles l'étaient plus, on s'éviterait des problèmes. En tout cas, on a, comme gestionnaires, à faire face aux pressions venant des deux côtés, et on vous fournira les statistiques qu'on peut avoir là-dessus.

Le Président (M. Joly): J'aimerais aussi que vous touchiez, dans votre réponse écrite, j'imagine, le volet de l'assurance collective comme véhicule potentiel pour aider à régler la problématique qu'on a soulevée.

M. Millette: Je pourrais ajouter à ça que, dans l'assurance collective, le coût de l'assurance-voyage est marginal. Vous allez comprendre que les gens qui sont dans l'assurance collective sont des gens qui sont effectivement au travail, qui ont deux semaines de vacances par année, qui vont à l'extérieur et qui reviennent. Donc, le coût des réclamations pour les personnes activement au travail, à moins que ce soit un accident ou vraiment une invalidité subite, ce n'est pas là que les coûts sont. C'est dans l'assurance individuelle, pour les personnes âgées qui sont là pendant de longues périodes, et qui ont des conditions préexistantes au moment du départ. C'est là qu'est le problème et non pas en assurance collective.

Le Président (M. Joly): Vous touchez à l'accessibilité aussi parce que ce ne l'est pas

actuellement. Ce n'est pas tous les employeurs qui peuvent bénéficier de tels produits parce qu'ils se disqualifient, justement, parce que le nombre d'employés ne les amène pas à trouver du marché, si vous voulez.

M. Millette: Oui. Ces dernières années, il faut dire toutefois que l'industrie a fait beaucoup d'efforts pour rejoindre ce qu'on appelle les petits groupes, les groupes de 4 à 25 assurés. L'industrie a fait beaucoup d'efforts même en faisant du «pooling» au niveau de certaines entreprises comme, par exemple, les détaillants d'essence ou d'autres types de profession où, traditionnellement, ces gens-là sont de petits employeurs. Mais, par le «pooling», on peut regrouper des industries qui regroupent de 4 à 25 employés.

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

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier en attendant les documents avec beaucoup d'intérêt. Vous aurez compris que mon point d'intérêt est très certainement les centaines de milliers de personnes qui sont en Floride; au plan de notre intérêt, c'est un dossier assez important. Merci beaucoup.

M. Millette: Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Alors, au nom des membres de la commission, je tiens à vous remercier. Si vous voulez adresser vos documents à la commission, nous verrons à les transmettre à tous les membres, à tous les intéressés. Merci. Nous suspendons nos travaux jusqu'à 14 heures, dans cette même salle.

(Suspension de la séance à 12 h 5)

(Reprise à 14 h 15)

Le Président (M. Joly): La commission reprend ses travaux. Je remarque que les gens représentant l'Association des centres d'accueil du Québec se sont déjà avancés. Je demanderais à la personne désignée comme porte-parole de bien vouloir s'identifier et aussi identifier les gens qui l'accompagnent, s'il vous plaît. Et comme j'ai la vue bloquée par les différentes caméras, à chaque fois qu'un des intéressés interviendra, j'apprécierais s'il pouvait s'identifier pour fins d'enregistrement. S'il vous plaît.

Association des centres d'accueil du Québec

M. Dolan (Mario): Mon nom est Mario Dolan. Je suis le président de l'Association des centres d'accueil du Québec. Je suis accompagné ici, à la table, de M. Jacques Hould, président de

la Commission des centres d'accueil d'hébergement; de M. Gaston Robert, président de la Commission des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; de Me Michel Clair, directeur général de notre Association; et j'ai une arrière-garde, parce qu'on n'avait pas assez de place ici, en avant, avec M. Gilles Proulx, président de la Commission des centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle; M. Jean-Pierre Blais, président de la Commission des centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique; et Mme Louise Bibeau, présidente de la Commission des centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vous rappelle que vous avez environ 30 minutes pour exposer votre mémoire. Et, par après, la balance du temps sera impartie aux deux formations pour échanger sur le mémoire. Alors, M. Dolan, à vous la parole.

M. Dolan: Merci, M. le Président. M. le ministre, Mmes et MM. les députés, je voudrais, dans le court laps de temps qui nous est alloué, prendre quelques minutes pour vous remercier d'avoir invité l'Association des centres d'accueil du Québec à vous présenter ses réflexions sur cette épineuse question du financement des services de santé et des services sociaux. Le ministre nous a déjà expliqué que le dossier du financement est le deuxième volet du triptyque de sa réforme dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Permettez-moi de me présenter. Quant à moi, mon statut dans le réseau est celui d'un représentant d'une corporation sur le conseil d'administration d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle. Je suis au conseil d'administration de l'Association depuis cinq ans et j'occupe le poste de président de cette association depuis trois ans. Dans la vraie vie, je suis notaire à Montmagny, donc, le citoyen décideur identifié par la réforme. J'ai le privilège de représenter devant vous aujourd'hui une association qui existe depuis 1974 et qui regroupe un réseau de 340 centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation. Nos centres donnent des services surtout identifiés comme étant des services sociaux, mais il faut savoir que nous dispensons aussi des services de santé. Nos services, dis-je, nous les offrons à des personnes considérées comme les plus vulnérables de notre société. Ce sont des mères en difficulté d'adaptation, des personnes alcooliques et toxicomanes, des personnes ayant une déficience physique, des jeunes en difficulté d'adaptation, des personnes présentant une déficience intellectuelle et, enfin, des personnes âgées en perte d'autonomie.

Notre Association fonctionne au moyen de deux structures: les conseils régionaux de centres d'accueil et les commissions d'établissement qui

regroupent nos centres selon leur mission respective. J'ai eu le plaisir, un peu plus tôt, de vous présenter les présidents de quelques-unes de ces commissions ainsi que Me Clair qui est le directeur général de notre Association et qui vous exposera un peu plus tard le contenu de notre mémoire. Je vous rappelle que nous serons évidemment tous disponibles pour échanger avec vous par la suite.

Auparavant, je voudrais me faire le porte-parole des membres des conseils d'administration de ces 340 centres que nous représentons pour vous dire que ce débat qui commence aujourd'hui sur le financement du réseau doit faire place à une compréhension des besoins des clients que nous desservons. Leur vulnérabilité nous oblige à vous parler d'abord de leurs besoins criants.

Si nous avons opté pour une réforme axée sur le citoyen, il faut maintenant nous donner un financement axé sur les besoins de ce citoyen qui vieillit et qui rencontre des problèmes sociaux de plus en plus importants. Ce citoyen hébergé dans nos centres d'accueil d'hébergement a, en moyenne, 83 ans. Le toxicomane, la mère ou le jeune en difficulté, le citoyen déficient intellectuel ou le citoyen handicapé physique ne sont pas du genre à construire des lobbies influents qui renverseraient des décisions gouvernementales en leur faveur. Toutes ces personnes que nous desservons et aidons sont discrètes, j'oserais dire effacées.

Nous savons que cette commission parlementaire n'est pas l'endroit non plus pour remettre une liste d'épicerie et attendre bêtement que quelqu'un remplisse notre chariot. Nous avons compris que l'épicier a de sérieux problèmes à la source. C'est pourquoi, aujourd'hui, nous croyons que la dynamique doit changer. Mais, tout en réglant son problème de finances publiques, nous pensons que l'État doit régler aussi le problème de ces personnes qui demandent des services aux centres d'accueil. Voilà l'esprit qui nous guide.

Je vous rappelle maintenant quelques-uns des grands besoins prioritaires de ces personnes à qui nous donnons des services. Des personnes âgées en perte d'autonomie et hébergées vivent dans des établissements que le ministère et les intervenants désirent être des milieux de vie en même temps que des établissements bien équipés, mais on est souvent loin de cette réalité. Le taux de satisfaction des besoins en *soins* infirmiers et d'assistance atteint une moyenne d'à peine 74 %. Imaginez-vous maintenant à quel pourcentage s'élèvent le taux de satisfaction de leurs besoins psychosociaux, socioculturels et même le taux de satisfaction vis-à-vis des services de réadaptation que sont la physiothérapie et l'ergothérapie.

Un pourcentage élevé de 70 % des bâtiments que nous utilisons ont été construits avant 1980, alors que les critères d'admission étaient l'autonomie des personnes admises. Aujourd'hui, notre

clientèle a - comme je vous l'ai dit - 83 ans et souffre de déficits cognitifs sévères à plus de 30 %. Ces bâtiments sont trop souvent inadéquats. Comment faire vivre cette notion de milieu de vie avec autant de contraintes bête-ment physiques?

La réforme mise sur des centres d'hébergement qui doivent avoir une mission dans la communauté auprès des personnes âgées avant leur hébergement. Mais, encore là, la situation est difficile. Le ministère finance une centaine de places en hébergement temporaire alors que notre réseau en supporte 200 à bout de bras et qu'il en faudrait au moins 500. De plus, il manque - et tout le monde le sait - une cinquantaine de centres de jour et ceux qui existent fonctionnent avec un budget fort contraignant.

Cela fait près de 10 ans que le ministère de la Santé et des Services sociaux a déclaré sa volonté de rendre accessibles les services d'adaptation et de réadaptation aux personnes ayant une déficience motrice et sensorielle dans les différentes régions du Québec. Cette orientation réitérée une fois de plus avec la réforme n'est pas appliquée. Ainsi, en déficience auditive, quatre régions ne disposent d'aucun service spécialisé d'adaptation et de réadaptation et quatre autres régions n'ont que des services embryonnaires. Ce sont 80 000 Québécois et Québécoises qui n'ont aucun service de réadaptation dans leur région et 55 000 personnes y ont un accès très limité. En déficience visuelle, la situation est aussi peu reluisante.

Il y a un manque chronique de places dans la plupart des régions concernant la réadaptation fonctionnelle. Dans le double but de satisfaire l'autonomie des personnes handicapées physiquement et d'éviter le recours à des structures d'accueil plus lourdes, il faudrait développer les services d'assistance personnelle à domicile et les services de répit-dépannage aux familles avant que celles-ci ne s'épuisent.

L'objectif de désinstitutionnaliser 50 % de la clientèle des personnes ayant une déficience intellectuelle a été atteint avec, de surcroît, le bénéfice qu'à court terme le centre de réadaptation peut desservir plus de monde avec les mêmes ressources financières, tout en leur offrant une meilleure qualité de vie. Cependant, les dernières données indiquent que 1060 personnes sont en attente de services de maintien à domicile dans la seule région de Montréal et 579 en attente de services de répit.

Au niveau des programmes d'intégration socioprofessionnelle, nous avons une liste d'attente d'au moins 2300 personnes. Les personnes alcooliques et toxicomanes sont, vous le savez, surreprésentées dans les salles d'urgence, les situations de placement d'enfants et dans les cas de violence conjugale, ainsi que dans les hôpitaux psychiatriques. Ces personnes représentent, croyez-le ou non, 10 % de la population totale du Québec et, plus souvent qu'autrement, présen-

tent une intensité de problèmes complexes et graves. Il faut prendre le temps de former des intervenants de première ligne pour que l'on cible ces personnes et que l'on intervienne auprès d'elles et de leur entourage le plus rapidement possible, car l'on sait que ces cas ne vont qu'en s'aggravant. Les services de nos centres sont absents encore une fois dans plusieurs régions du Québec. Tout retard dans ce domaine aura un prix social et financier fort élevé.

Les jeunes aux prises avec des difficultés graves se comptent par dizaines de milliers au Québec. Ces jeunes, comme l'affirment les rapports qui se succèdent pour étudier leurs problèmes, décrivent l'aggravation de leur situation personnelle et exigent des interventions majeures, notamment en prévention. Le plus tôt sera le mieux, disent-ils. Nous sommes d'accord avec le diagnostic, mais encore faut-il en avoir les moyens. Nous ne les avons manifestement pas dans nos centres d'accueil.

Quant à notre réseau de centres pour mères en difficulté, il est restreint à peine à quatre centres dans toute la province de Québec et leurs services sont **sous-développés** de façon évidente. Ces mères ne sont plus la jeune fille qui fuit la ville natale pour venir accoucher en cachette dans la grande ville; non, ce sont des mères mineures ou majeures qui ne sont pas en mesure d'assumer la venue d'un enfant et qui ont des problèmes économiques, psychologiques et parfois psychiatriques. Elles sont démunies, pauvres, peu scolarisées et souventfois, malheureusement, abusées. Elles ont besoin d'être aidées comme femme, comme mère et comme adulte.

Avant de discuter des solutions au financement de notre système de santé et de services sociaux, je tenais, M. le Président, à vous décrire les difficultés de notre réseau de services, et surtout celles des personnes que nous desservons et qui doivent être au centre des décisions que vous vous apprêtez à prendre concernant le financement des services de santé et des services sociaux au Québec. Après une réforme axée sur les citoyens, nous espérons un financement axé sur les vrais besoins des personnes les plus vulnérables de notre société.

Permettez-moi maintenant de passer la parole à Me Michel Clair, directeur général de notre Association, qui poursuivra en résumant le mémoire qui vous a été présenté. Merci de votre attention.

Le Président (M. Joly): M. Clair.

M. Clair (Michel): Merci, M. le Président. M. le ministre, Mmes et MM. les députés, notre organisation est essentiellement une organisation de services aux établissements membres et, en ce sens, ça ne surprendra sûrement pas le ministre, non plus que les porte-parole de l'Opposition,

que le plus clair de nos énergies soit justement consacré à supporter ces établissements membres plutôt qu'à approfondir l'analyse de la dynamique financière du système de santé et de services sociaux, de même que celle du gouvernement. Ça ne vous surprendra pas non plus que, comme représentant des centres d'accueil qui sont probablement, sur le plan des structures, les plus concernées par la réforme, on a consacré beaucoup d'énergie là-dessus au cours des derniers mois.

C'est donc un mémoire qui comporte beaucoup plus des commentaires que des recettes miracles, pour reprendre l'expression du ministre. On n'a surtout pas la prétention d'avoir des recettes miracles, mais on a analysé, regardé, considéré le document gouvernemental à partir du point de vue de ceux que nous représentons et également des clientèles qui sont desservies par nos établissements membres.

L'Association des centres d'accueil n'a donc pas de position historique, entre guillemets, sur les enjeux soulevés par le document gouvernemental, si ce n'est que, dès 1985, cependant, lors de la toute première intervention de l'Association devant la commission Rochon, à l'époque, les porte-parole avaient fait valoir qu'il fallait peut-être d'abord déterminer les objectifs sociosanitaires, ensuite, entreprendre, sur le plan des structures, un redéploiement des ressources en fonction de ces priorités et, finalement, s'assurer d'un financement adéquat.

Notre opinion sur le document, de façon générale, est à l'effet qu'il s'agit d'un effort tout à fait louable de transparence, bien étoffé, assez humble et transparent sur le plan des comparaisons et des prévisions et, également, qui s'inscrit au sens des préoccupations pour les générations futures qui devraient certainement tous nous animer.

Néanmoins, ce document comporte, à notre avis, des erreurs ou des limites sérieuses, ce qui nous amène à faire un certain nombre de commentaires, chapitre par chapitre, en vue de faciliter la compréhension de notre position. Abordons donc immédiatement le chapitre I, qui traite des problématiques et des questions majeures, et sa section 1 où il est question de la détermination des dépenses globales, en signalant au passage que cette section porte, dit-on, sur les services de santé. Aucune description, en tout cas qu'on a pu voir au document, ne vient préciser exactement ce qu'on entend par des dépenses de santé. On en a compris que c'étaient principalement les dépenses relevant du recouvrement de la santé, de ce qu'on pouvait lire à la page 7 du document où on disait: «Notons d'abord qu'il n'existe pas de base de données homogènes permettant d'effectuer des comparaisons valables sur les services sociaux; aussi les comparaisons qui suivent portent sur les services de santé qui représentent la majeure partie des dépenses du ministère.»

Sans doute que cette section présente toute une série d'analyses, de comparaisons pertinentes dont on n'est pas en mesure de contester la validité, mais il nous semble **cependant** que, aux pages 21 à 23 principalement du document, on extensionne les conclusions - et je cite le document: «sur le plan de la détermination des ressources globales consacrées aux services sociaux et de santé, le ministère constate qu'indépendamment des questions d'allocation et d'utilisation les ressources financières disponibles per capita ont atteint des niveaux qui sont relativement comparables à ceux des autres provinces et des autres pays industrialisés, compte tenu de l'état de développement et de la situation au Québec.»

(14 h 30)

Sauf la remarque préliminaire, à l'effet que les comparaisons portaient sur les dépenses de santé, il nous semble que d'extensionner ainsi la conclusion au niveau des services sociaux, des services de l'adaptation sociale, c'est peut-être aller plus loin que ce que l'analyse permet de dire véritablement. Quant à nous, on pense que ça vaut pour les dépenses de santé, si on a bien compris, et qu'il faudrait d'autres analyses du côté social, ce à quoi nous sommes disposés à collaborer.

Un deuxième commentaire concernant ce chapitre porte sur le taux d'institutionnalisation. On a souvent l'impression qu'on nous reproche, en quelque sorte, cette catégorie d'établissements qui s'appelle les centres d'accueil d'hébergement, les centres d'hébergement et de soins de longue durée ou hospitaliers de soins de longue durée. J'ai souvent l'impression qu'on nous reproche un peu d'avoir un taux d'institutionnalisation trop élevé. Signalons, au passage, que ce ne sont pas les établissements qui en ont décidé ainsi, c'est la succession de toute une série de décisions. Mais signalons aussi que quand on parle d'un taux d'institutionnalisation de 6,9 %, pour arriver - à la page 14 de notre mémoire, on voit un tableau qui est extrait du rapport du comité Pelletier - à 6,9 %, il faut d'abord inclure les ressources familiales, familles d'accueil et pavillons qui, à notre avis, ne constituent pas, à proprement parler, un milieu institutionnel.

Quand on fait des comparaisons aussi sur le plan international, les statistiques qu'on a pu consulter ne nous convainquent pas que l'équivalent des places en unités de soins de longue durée dans les hôpitaux de courte durée sont inclus dans ces taux d'institutionnalisation et, finalement, il est loin d'être démontré que notre taux d'institutionnalisation, par rapport à d'autres pays développés, soit vraiment si élevé que ça.

Mais, néanmoins, nous, on pense que ce débat-là, c'est un débat largement théorique parce que, à cause du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre absolu de personnes âgées et très âgées, le taux d'ins-

titutionnalisation ou d'hébergement va s'effondrer de lui-même au cours des 10 prochaines années et, en conséquence, le véritable enjeu - il avait été pointé dès 1984 par le réseau des centres d'accueil d'hébergement dans un mémoire remis au ministre de l'époque, qui n'est pas là cet après-midi - du côté de l'hébergement, beaucoup plus que le taux d'institutionnalisation, c'est le redéploiement des ressources en fonction de la réalité des missions de ces établissements, d'une part, et la budgétisation adéquate en fonction des clientèles desservies. Nous, on pense que c'est beaucoup plus de ce côté-là qu'est l'enjeu que de chercher indéfiniment à savoir si notre taux d'institutionnalisation est de 0,01 % ou 0,02 % plus élevé que ce qu'il devrait être. Et on assure notre collaboration - on l'a déjà fait à plusieurs reprises comme association - pour travailler dans ce sens-là.

Un troisième commentaire, en ce qui concerne le premier chapitre, concerne l'évolution des effectifs dans l'ensemble du réseau. Je vous amène à la page 17 de notre mémoire où on reproduit un tableau qui est essentiellement tiré du document gouvernemental. Dans la présentation qu'on fait de ce tableau, au niveau du document gouvernemental, on attire beaucoup l'attention sur le fait que la croissance annuelle moyenne la plus importante dans l'ensemble du réseau aurait eu lieu au cours des dernières années, de 1983-1984 à 1989-1990, en premier lieu, dans les CLSC, avec une croissance de 9,8 %, et, en deuxième lieu, dans les centres d'accueil d'hébergement avec une croissance de 2,6 %. Ce qui laisse croire, donc, que ces pourcentages-là correspondaient à des priorités affichées par les gouvernements qui se sont succédé pendant cette période. Or, si on y regarde d'un peu plus près ce tableau-là, la première chose qu'on est en droit de se demander, c'est: est-ce que le tableau tient compte, au niveau des CLSC, des transferts de postes - environ 1000 qui seraient venus des centres de services sociaux et environ 1000 qui seraient venus des départements de santé communautaire - qui, sur le plan statistique, devraient normalement paraître sous les centres hospitaliers de courte durée? Si on modifiait le tableau pour tenir compte de ces transferts, on verrait que l'accroissement réel du côté des CSS, et surtout du côté des centres hospitaliers de courte durée, serait encore plus élevé s'il était corrigé pour en tenir compte.

Mais supposons que le tableau intègre déjà ces notions de transfert; il n'en demeure pas moins qu'au total, pendant cette période-là, l'ajout net d'effectifs dans les centres hospitaliers de soins de courte durée a été de 7597 postes alors qu'il a été de 7402 exactement pour l'ensemble des autres catégories d'établissements du côté social. Plus pointu encore, alors qu'on a affirmé une priorité à l'alourdissement des clientèles en centres d'accueil d'hébergement

pendant cette période et au virage en faveur du développement des CLSC et du maintien à domicile, les hôpitaux de courte durée ont eu deux fois l'augmentation en nombre absolu de postes en équivalent à temps plein, et quatre fois plus que du côté de l'hébergement.

Alors, nous, on pense que c'est beau de traiter de pourcentages dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, mais ce tableau-là devrait, en volume absolu d'effectifs, être aussi parlant qu'en termes de pourcentages, parce que, si on joue sur des masses beaucoup plus importantes, c'est bien évident qu'avec des pourcentages d'augmentation même modestement plus élevés on n'infléchit pas véritablement la direction qui est celle qui est inscrite dans la tendance actuelle.

À la section 2, au niveau de l'allocation des ressources, le document met l'accent sur des problèmes d'efficacité et d'efficience dans l'allocation des ressources pour satisfaire les besoins avec les ressources disponibles. Sans doute que l'analyse qui est présentée là est une excellente analyse, mais il nous semble qu'une des données fondamentales de notre système, c'est que la dynamique de la croissance des dépenses et de l'allocation des ressources entre l'ensemble du secteur médico-hospitalier, d'une part, et les services sociaux, d'autre part, correspond à deux réalités tout à fait différentes.

En santé, les facteurs se combinent pour que l'offre génère la demande et crée une spirale de pression dans l'accroissement des ressources qui est beaucoup plus importante que des mécanismes efficaces ou plus efficaces d'allocation des ressources. L'augmentation du nombre des médecins, le mode de rémunération, le mode de pratique, la sensibilité de l'opinion publique, voilà toute une série de facteurs qui sont déterminants dans l'allocation des ressources, bien plus qu'un mauvais travail qui pourrait être effectué par je ne sais trop, les CRSSS, ou des méthodes d'allocation quelconques.

En social, l'offre de services est contrôlée. Il n'y a pas de libre-entrepreneur dans les centres d'accueil de réadaptation, les CLSC, les centres d'hébergement et de soins de longue durée. La demande de services est «régulée», en quelque sorte, par une offre déterminée de services, et c'est ça qu'est la méthode d'allocation des ressources du réseau des services sociaux au sens large.

Donc, si on regarde la tendance qui se maintient depuis 1980-1981... Je vous amène au tableau de la page 20 de notre document, un tableau qui parle par lui-même de l'évolution des dépenses du domaine de la santé et de l'adaptation sociale selon le secteur. Vous allez me dire qu'on peut dire que les proportions de croissance, encore là par secteur, semblent à peu près semblables, mais c'est en volume de ressources financières qu'il y a de consacrées à la mission

«prévention et amélioration, réadaptation sociale dans son ensemble» par rapport à celle de «recouvrement de la santé» qu'on voit que l'écart ne cesse de s'élargir. À notre avis, il y a bien d'autres facteurs qui expliquent cette tendance. La budgétisation historique des établissements favorise indéniablement les plus gros. C'est aussi la difficulté de faire respecter les missions des établissements par les plus gros, qui ont plus de facilité à empiéter sur celles des autres, qui contribue à déterminer l'allocation des ressources, la force des médecins et des hôpitaux dans l'opinion publique et aussi, disons-le, la force des lobbies locaux qui, bien souvent, sont plus sensibles, sur le plan politique, aux besoins de l'hôpital - entre guillemets - qu'aux besoins du CLSC ou du centre d'hébergement.

Abordons maintenant la section 3: Financement des dépenses. Il y a là deux ou trois affirmations qui nous inquiètent, à savoir qu'on laisse entendre, dans le fond, que, parce que nos dépenses en santé et services sociaux seraient plus fiscalisées - entre guillemets - qu'ailleurs, il pourrait y avoir une difficulté à rendre les mécanismes de gestion plus efficaces, plus efficaces et que, dans ce sens-là, si on diminuait la part des services de santé et des services sociaux financés par les dépenses publiques, on pourrait faire en sorte que ça coûte moins cher, entre guillemets.

À ça, nous, on dit: Attention! il nous semble que la démonstration qui est faite par le document gouvernemental va plutôt dans le sens contraire que plus les dépenses sont publiques, moins elles sont lourdes pour les économies, plus elles sont efficaces et efficaces. Il semble aussi que ça donne, au total, des résultats de santé globale des individus qui soient avantageusement comparables. Alors, nous, on dit, là-dessus: Il ne faudrait pas que ça serve de faux-fuyants. S'il y a un effort de réduction budgétaire qui est demandé au réseau de la santé et des services sociaux, on préfère se le faire demander carrément plutôt que d'utiliser ce prétexte-là, à notre avis, qui n'en est qu'un et qui n'est pas une démonstration à l'effet que nos problèmes origineraient du fait que nos dépenses sont plus publiques, entre guillemets, qu'ailleurs.

Je vous amène au chapitre II: Perspectives et contraintes. Au niveau des perspectives, le document gouvernemental - on ne peut pas s'empêcher de le signaler au passage - signale une douzaine de sources de pression susceptibles de pousser à la hausse les dépenses du gouvernement au chapitre des services sociaux et de santé. Mais on ne peut pas s'empêcher de constater que dans... Il y a deux listes: il y a la liste des pressions originant de l'offre de services et du développement technologique... Comme par hasard, quand on regarde cette liste de sources de pression, je pense qu'elles sont toutes - peut-être qu'il y en a une que je n'ai pas bien lue - du secteur médico-hospitalier. Et

quand on regarde celles qui apparaissent sous la rubrique «besoins de la population» - on n'en revendique pas l'exclusivité, on ne cherche pas ça - on ne peut pas s'empêcher de constater qu'il nous semble que les CLSC, les centres d'accueil de réadaptation ou d'hébergement, de soins de longue durée, et les centres de services sociaux, les futurs CPEJ, sont les premiers, je dirais - excusez l'anglicisme - «**challengés**» par ces nouveaux problèmes sociaux. Alors, nous, on pense que l'infrastructure actuelle du côté social est incapable de répondre, est insuffisante pour répondre à la demande de ces nouveaux services et que s'il n'y a pas un changement de dynamique important, ces nouveaux besoins sociaux vont continuer de passer bien après des pressions venant du côté de l'offre de services au niveau de la santé de l'ensemble médico-hospitalier.

Le temps s'écoule rapidement. Quelques mots au niveau des contraintes. On partage l'analyse du ministre sur l'ensemble des contraintes qu'il y a là. Permettez-nous cependant d'en mettre juste un peu plus sur une des contraintes qu'il y a de mentionnées, parce que c'est un peu un euphémisme. Quelque part dans le document, dans le chapitre des contraintes, on indique que, bon, une des contraintes, c'est que certains établissements, entre guillemets, sont en situation financière précaire. Je ne veux pas être porteur de mauvaises nouvelles mais, au 31 mars 1991, pour l'ensemble du réseau des centres d'accueil d'hébergement, il y en avait 61 % qui avaient un déficit accumulé depuis 1985. Pour un réseau ça peut ne pas sembler gros, je sais bien que si on était dans le réseau hospitalier ce serait quasiment rien, 21 000 000 \$ de déficit accumulé pour 61 % des centres d'accueil d'hébergement. Du côté des centres d'accueil de réadaptation, 50 % pour 14 000 000 \$. Donc, un total de 205 établissements sur 365, pour un déficit total accumulé de 35 000 000 \$. Le moins qu'on puisse dire, c'est que, sans doute, sur le plan des volumes de fric, entre guillemets, ce n'est pas encore une catastrophe. On apprécie que le ministre ait créé une table de discussion pour essayer de trouver une façon de régler ce passé-là, mais, néanmoins, je pense que c'est très clair qu'il n'y a plus de marge de manoeuvre de ce côté-là.

Au niveau maintenant du chapitre III: Orientations, mesures et options. Une première orientation. On voudrait commenter principalement la première orientation qui est celle de limiter la croissance des dépenses de l'ensemble du secteur à l'évolution de la richesse collective et à la capacité financière de l'État. Globalement, il nous semble que les mesures proposées comme visant à contenir l'évolution des dépenses à un - je cite, entre guillemets - «rythme maximum qui tiendrait compte de l'évolution de la richesse collective et de la capacité financière de l'État» comporte - ce concept-là en soi - une bonne part d'**ambiguïté** qui nuira à l'objectif

poursuivi. Nous, on ne peut pas trouver que cette orientation de contraindre, entre guillemets, les dépenses, l'évolution des dépenses **sociosanitaires** soit valable, mais il nous semble qu'on doit préciser si, pour les prochaines années, on décide de fixer la croissance des dépenses à la croissance de la richesse collective - c'est une notion - ou aux aléas des budgets annuels du gouvernement, toujours objets de compromis. À notre humble avis, il y a un choix à faire entre les deux: ou bien on retient comme notion la croissance de la richesse collective - c'est ça qui est le paramètre - ou c'est la capacité du gouvernement à équilibrer, à sa satisfaction, son budget.

Dans la première hypothèse, la règle sera claire et précise; dans le second cas, on aime autant vous dire qu'à notre humble avis les pressions pour faire grossir la tarte, pour dire que la limite budgétaire n'est pas atteinte vont continuer et il y aura encore d'**autres** commissions parlementaires.

(14 h 45)

Nous suggérons donc humblement que, si l'État retient le critère de la croissance de la richesse collective comme paramètre, il devrait s'y tenir fermement et se donner les moyens de s'assurer que ce paramètre sera respecté pour une période suffisamment longue pour atteindre ses objectifs. En fait, il serait intéressant d'examiner la possibilité de déterminer par une loi les paramètres budgétaires à l'intérieur desquels devrait évoluer, pour toute la durée d'un cycle économique, l'ensemble des dépenses du réseau et également les paramètres de chacun des grands groupes de producteurs de services.

La détermination des paramètres budgétaires pour l'ensemble du réseau pendant une assez longue période, tout un cycle économique, 5 à 7 ans, présenterait plusieurs avantages. Premièrement, elle faciliterait l'allocation à l'avance des ressources entre les différentes priorités de santé et de bien-être; deuxièmement, elle amènerait les différents producteurs de services à se concentrer sur ce qui peut être fait avec l'argent disponible plutôt que de se concentrer sur ce qui pourrait être fait avec plus d'argent; troisièmement, cette mesure permettrait aux établissements et aux régions de planifier sur une période assez longue pour véritablement atteindre les résultats recherchés. Finalement, on pense que la partisanerie pourrait aussi, peut-être, une fois bien établie, s'éloigner de la surenchère partisane - on pourrait s'éloigner de la surenchère partisane - et contribuer ainsi, au niveau des élus, à la poursuite de l'efficacité et de l'efficacité du réseau.

Ainsi, s'il y avait une telle loi, on pense qu'il faudrait revenir à la première constatation qui avait été faite. Je terminerai là-dessus, M. le Président. On pense qu'on doit revenir à la première constatation qui a été faite. Si c'est vrai que, quand on se compare aux autres, il y a

globalement assez d'argent, entre guillemets, dans l'ensemble médico-hospitalier, bien, nous, on pense qu'il faut tirer les conclusions et cette loi pourrait déterminer, par exemple - ce n'est pas à nous de déterminer le niveau exact - que pour le prochain cycle économique l'évolution de l'ensemble du budget **médico-hospitalier** évoluera à l'indice des prix à la consommation. Ça dégagerait une marge de manoeuvre considérable, quand on sait qu'on parle de 8 000 000 000 \$. Et si c'est vrai qu'on a des moyens d'aller au-delà de l'IPC, comme IPC plus 2 %, plus 3 %, bien, qu'à ce moment-là, dès avant le début du cycle économique, on affecte aux priorités sociosanitaires définies par le gouvernement, à l'avance, pour que chacun sache à quoi s'en tenir, cette marge de manoeuvre considérable qui serait ainsi dégagée.

Vous ne nous en voudrez pas, pour fins d'illustration, de déterminer que, par exemple, si c'est vrai qu'il y a un redressement à opérer du côté de l'hébergement, de l'alourdissement des clientèles en centres d'accueil d'hébergement, on pourrait déterminer que ce secteur-là évoluera à IPC plus 1,5 %; si c'est vrai qu'on a une priorité du côté du maintien du support à domicile des personnes âgées, on retiendra un facteur de IPC plus 5 %, en étant conscient du fait que le total de tous ces plus-là devra rentrer à l'intérieur de la marge de manoeuvre du gouvernement.

En tout cas, ça peut sembler surprenant de mettre ça de l'avant, mais je vais vous dire, plus on consulte notre réseau sur cette idée, plus les gens souhaiteraient disposer d'un cadre budgétaire pour une période suffisamment longue pour être capables de planifier véritablement l'utilisation optimale des ressources, car, avec une budgétisation qu'on peut à peine considérer comme annuelle présentement, il est évident que c'est extrêmement difficile de se concentrer sur faire ce qu'on peut de mieux avec l'argent disponible.

M. le Président, j'aurais eu des commentaires à faire sur d'autres éléments, mais je pense que le temps est écoulé.

Le Président (M. Joly): Si vous voulez échanger avec les parlementaires.

M. Clair: Nous aurons peut-être l'occasion d'y revenir en réponse à des questions. Je vous remercie.

Le Président (M. Joly): Merci, messieurs. M. le ministre, à vous la parole.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Mes premiers mots seront d'abord pour reprendre un peu l'entrée en matière. Je pense que vous faites la démonstration avec votre mémoire que peu de temps et peu de moyens peuvent être très productifs. Évidemment, c'est au prix de certains efforts de votre organisation,

ça, j'en suis pleinement convaincu, mais, de tous les mémoires que j'ai eu l'occasion de parcourir jusqu'à maintenant, il y a un effort de dépassement et de réflexion dans ce mémoire-là qui est très intéressant. Si je reprenais chapitre par chapitre, moi aussi, probablement, je pourrais dire: Voici les forces, il y en a plus qu'il y a de faiblesses, mais voici où ça glisse un peu à l'occasion, de mon point de vue, de manière légitime. Parce que dans ces choses-là c'est toujours légitime, dépendant du point de vue où on se place. Je peux dire que le mémoire m'a globalement agréablement surpris sur le plan de sa présentation et pour s'être attaqué à un certain nombre de problèmes qui ne sont pas nouveaux et, comme on dit - et plus particulièrement dit par moi - pour avoir pris le taureau par les cornes; c'est un peu ce que vous avez réussi à faire. On peut partager ou ne pas partager des analyses ou des solutions mais, à tout le moins, vous avez abordé cette situation de front. Puis je trouve que c'est très enrichissant pour la commission et ça doit l'être aussi pour vous autres. Donc, oui, nous constatons qu'avec peu de moyens et peu de ressources vous vous êtes passablement dépassés, souhaitant que d'autres puissent s'inspirer de ces dépassements à moindres coûts.

J'ai évidemment une série de questions, M. le Président. Vous m'arrêterez à un moment donné. Je commencerais peut-être par M. le président. Je l'ai suivi un petit peu tantôt en faisant une certaine nomenclature de besoins qui n'étaient pas comblés. Ils sont assez impressionnants et je pense que vous le vivez à tous les jours, que ce soit par des conseils d'administration ou par ceux qui, dans chacun des établissements, ont à offrir des services. Compte tenu de la nomenclature des problèmes que vous avez soulevés tantôt, qui sont réels, de listes d'attente à gauche, à droite, comment est-ce qu'on fait pour combler ces besoins tout en respectant la capacité du citoyen-payeur que vous êtes aussi et qui, par conséquent, est la capacité de payer de l'État? Parce que c'est clair. Je pense que, dans votre présentation, vous l'avez dit, il n'était pas question de faire une liste d'épicerie, mais de simplement illustrer une situation - et il faut être très à l'aise à ce niveau-là - qui est celle-là chez vous, qui est celle-là aussi dans le domaine de la santé, malgré les très gros budgets. Vous n'en avez pas tellement entendu encore aller sur la place publique pour dire: Vous pouvez venir chez nous, parce que, nous autres, il nous reste encore de la marge de manoeuvre puis on peut encore en dépenser. Il n'y en a pas tellement dans le domaine de la santé malgré des budgets assez importants.

Donc, est-ce que, dans ces conditions-là, il doit aussi y avoir une considération très importante et majeure de la capacité de payer de l'État mais aussi... Il ne faut pas se faire d'illusions. C'est le citoyen, au bout de la ligne,

qui paie. C'est toujours le même chrétien qui, au bout de la ligne, paie au fédéral, paie au provincial, paie au municipal, paie au régional, paie aux frontières américaines maintenant depuis quelques jours et ainsi de suite. Donc, c'est clair que c'est toujours le même chrétien, au bout de ligne, qui paie.

M. Clair: Il paie pour les assurances aussi!

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Clair: Il paie les primes d'assurances également. C'est le même.

M. Côté (Charlesbourg): Aussi, oui. C'est clair. Un peu plus général, avant d'aller dans du plus particulier.

M. Dolan: M. le ministre, vous le savez très bien, le discours que l'Association des centres d'accueil a depuis quelques années: «Rien ne se perd, rien se crée, tout se transforme», comme le dit Me Clair. C'est quelque chose qui est coutumier à votre oreille. D'autant plus que les priorités que, nous, avec lesquelles on travaille... J'ai ici, à ma gauche, quelqu'un qui est président des centres d'accueil d'hébergement et, à ma droite, quelqu'un qui est président des centres de réadaptation pour jeunes. Ce sont des priorités que vous avez faites vôtres depuis déjà quelque temps. Je pense qu'il y aurait lieu, à partir de ce moment-là, simplement en reprenant ce que vous dites et ce que l'on dit, d'ordonner les priorités du réseau pour finalement faire en sorte que ce que l'on dit, c'est aussi ce que l'on retrouve dans les faits. Que, donc, cette ordonnancement de priorités ferait en sorte que la masse budgétaire que tout le monde semble reconnaître comme étant suffisante au niveau du réseau de la santé et des services sociaux puisse correspondre avec les discours que, vous et moi, on véhicule depuis quelques années et que les sommes d'argent aillent finalement au bon endroit.

Je pense que l'ordonnement des priorités devra être une des priorités - c'est le cas de le dire - des hommes et des femmes politiques qui siègent, parce que, encore une fois, très généralement, ce que j'ai dit, c'est que, que vous priez, vous, parlementaires, n'importe quelle décision, les décisions financières qui se prennent auront des impacts sur la population du Québec. Et l'Association des centres d'accueil - je vous en ai fait le débat et la preuve un peu plus tôt - fait en sorte que, nous, la clientèle que l'on a est une clientèle d'environ 90 000 personnes, simplement dans les centres d'accueil pour l'instant... On parle presque au niveau de l'interne. Donc, c'est entendu que les besoins, ils sont là et, donc, les décisions financières que vous allez prendre, c'est pour du vrai monde. Mais ce n'est pas du vrai monde qui parle

nécessairement très fort.

M. Clair: Si vous me permettez d'ajouter, M. le ministre. Une chose, en tout cas, qu'on fait comme association, et dont on est fier parce qu'on commence à avoir des résultats, c'est que comme on représente justement des personnes qui ont des problématiques, entre guillemets, très différentes, une des petites idées qu'on a d'apporter notre contribution, c'est qu'on a développé une sorte de maillage, entre guillemets. Je vous donne un exemple. Les centres de réadaptation pour jeunes sont de plus en plus aux prises avec des problèmes, oui, de protection de la jeunesse et de délinquance, mais des problèmes de consommation de drogues abusive. Alors, on essaie de travailler avec les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes et ainsi de suite, mais on est conscients que ça donne des gains d'efficacité, de productivité et d'efficacité, mais que c'est limité.

Mais juste pour vous donner... Moi, je suis un peu obsédé, sans doute par mon passage au Trésor, par les questions de volumes d'argent. Je vous parle juste de 1 % de l'ensemble du budget médico-hospitalier. C'est de 8 000 000 000 \$ dont on parle, grosso modo. Ça, c'est 80 000 000 \$, 80 000 000 \$, ce serait suffisant pour régler une année, tout d'un coup, le taux de satisfaction des besoins en centres d'hébergement et de soins de longue durée sur le plan et à un niveau de 100 %. Tantôt, on parlait des services en déficience auditive au niveau de la régionalisation: déficience auditive, déficience visuelle. On parle d'un bien petit budget, entre guillemets, par rapport à ces milliards-là. On parle d'une dizaine de millions de dollars. Je l'avais apporté avec moi et, finalement, je l'ai laissé dans ma valise, parce que j'ai dit: Peut-être que ça peut être provocant. Mais je voyais le journal du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie, qui, bien sûr, rend justice au passage du ministre de la Santé et des Services sociaux au cours de la dernière année dans la région. C'était frappant - je ne me souviens plus des chiffres exacts - parce qu'on annonçait la priorité au virage en faveur du maintien à domicile: un gros, je pense, 232 000 \$ sur une base annuelle. Priorité aux centres de jour: 36 000 \$. Puis, en passant, il y avait, bien sûr, le réajustement de la base budgétaire du CHU de 10 000 000 \$. On ne sait pas combien de centaines de milliers de dollars, mais, en tout cas, c'est ça qu'il y avait d'annoncé.

M. Côté (Charlesbourg): Wo! Wo! Non, non, il faut quand même faire attention.

M. Clair: J'aurais dû l'amener.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux bien croire qu'il y a un monde entre le social et la santé,

mais c'était 2 000 000 \$ pour l'ensemble des centres hospitaliers, pas 10 000 000 \$.

M. Clair: En tout cas, on regardera le journal régional ensemble. Néanmoins, mon point...

M. Côté (Charlesbourg): Vous savez, ce qui est écrit n'est pas toujours vrai.

M. Clair: Ou bien vous avez été trop optimiste dans vos propos!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Non, non.

Une voix: Ce n'est pas toujours clair.

M. Clair: Remarquez que ça m'est déjà arrivé moi aussi.

M. Côté (Charlesbourg): Ça peut n'importe où être confronté avec la réalité, ça.

M. Clair: Trêve de plaisanteries, le point que je voulais faire, c'est surtout celui-ci. C'est qu'en terme de priorité à accorder à des problématiques sociales les volumes d'argent dont on parle sont souvent beaucoup moins importants, et c'est sûr qu'il y a des bonnes raisons à ça. Loin de nous l'idée de dire: Vous savez que l'ensemble médico-hospitalier travaille mal, a trop d'argent et tout ça, mais, en terme de proportions, les proportions sont telles que régler un bon nombre de notre liste d'épicerie, ça ne coûterait pas si cher.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que j'ai compris dans le mémoire, et je l'ai qualifié de bon mémoire, et effectivement c'est un bon mémoire qui pose de bonnes questions... Évidemment, je ne m'attendais pas à autre chose comme questionnement de ce qui est réservé au médico-hospitalier par rapport au social. C'est un débat depuis de nombreuses années que tout le monde a voulu tenter de corriger, mais qui n'est pas encore corrigé et on tente de le faire. Mais vous avez donné, à l'intérieur de votre mémoire, un exemple possible par l'interprétation d'un tableau des effectifs en interrogeant si effectivement ça contenait les employés provenant du CSS vers les CLSC, des départements de santé communautaire vers d'autres ressources. Oui, effectivement, c'est clair, mais l'indication qu'il y a là, c'est la possibilité d'un redéploiement des ressources et donc la possibilité de faire en sorte que dans le réseau lui-même il puisse y avoir un certain transfert à l'avantage du social.

Dans ce sens-là, M. Dolan parlait aussi tantôt de redéploiement. Est-ce que je dois comprendre, lorsque vous parlez davantage d'identifier des sommes d'argent à ce moment-ci,

que ça pourrait être, par exemple, le coût du système qui serait réservé à certaines priorités pour le rattrapage ou pour combler des besoins, qui sont nos besoins, nos priorités dans le domaine du social, et qu'on pourrait se servir de cet instrument-là sans pour autant négliger le redéploiement de ressources aussi? Est-ce que je comprends...

(15 heures)

M. Clair: Peut-être que je vous ai involontairement induit en confusion. Deux types de redéploiement, entendons-nous bien. Nous, en toute franchise et en toute sincérité, s'il est question d'un redéploiement, d'un transfert possible d'effectifs des hôpitaux de courte durée, par exemple, vers les CLSC... Écoutez, ça fait longtemps qu'on en parle, on pense que c'est très compliqué de faire ça, que, finalement, on n'aboutira pas. C'est ce qui nous amène à vous dire, plutôt que de continuer à envoyer - c'est très frustrant - de plus en plus d'argent dans le réseau hospitalier, entre guillemets, et de leur demander de le transférer aux CLSC, nous autres, on pense de dire: Pourquoi compliquer ça comme ça?

Il vaudrait mieux, à l'origine, à la source, dire: Ça, c'est notre priorité. On envoie là l'argent directement. Avec une contrainte financière qu'on ne nie pas - on la met de l'avant - on pense que la rationalisation ou le redéploiement à l'intérieur, entre guillemets, des grandes familles ou catégories d'établissements serait probablement plus facile.

En tout cas, nous, en ce qui concerne un de nos secteurs d'activité où on est présent... Et ce n'est pas quelque chose de nouveau que je vous annonce ce matin. Ça fait depuis 1984 que l'Association des centres d'accueil dit: Nous, en ce qui concerne le réseau de l'hébergement, nous sommes conscients que la répartition des places sur le territoire comporte un grand nombre... un nombre substantiel d'iniquités, ce qui fait que, dans certaines régions, on se retrouve avec trop de places et pas assez de budget par place, et on se retrouve avec des personnes qui sont hébergées et qui pourraient être à domicile.

Donc, nous, on dit là-dessus - c'est une deuxième notion de redéploiement: Il y a un redéploiement auquel nous, on est prêts à contribuer, mais il y a des limites, vous savez, le transfert des ressources d'une catégorie d'établissements à une autre, bon, pour ceux qui ont vécu le cadre de partage, moi, je n'ai pas vécu ça de près, mais je me souviens à quel point ça a été douloureux de faire ça. On se dit, en tout cas, si on envisage des transferts, on pense que ce serait plus facile d'agir à la source en utilisant la petite marge de manoeuvre annuelle plutôt que de compter sur une espèce de solidarité qui, il faut bien le dire, est bien faible quand vient le temps de demander à une catégorie d'établissements de transférer ses ressources à une autre.

M. Côté (Charlesbourg): Dans votre mémoire, ça transpire, là, ce n'est pas un débat d'aujourd'hui, le médico-hospitalier qui est allé chercher la part du lion pendant de nombreuses années et qui continue d'aller la chercher. On identifie, plus souvent qu'autrement, le corps médical à cette enveloppe-là qui suit; forcément, elle est de la rémunération pour les médecins, mais elle suit aussi dans les centres hospitaliers de courte durée où sont les médecins.

Est-ce que le budget fermé de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui sera effectif à partir de 1993 et qui va tenir compte de la population et non pas des dispensateurs de services, n'est pas, à ce moment-ci, un des moyens de mettre fin à cette situation-là?

M. Clair: Certainement, sans aucun doute. Maintenant, je veux vous dire, sans contrarier personne et surtout vous-même, mais ce qu'on a de la difficulté à voir, c'est que, si ce n'est pas fait par une loi avec des mesures bien précises qui viennent déterminer ça, nous, on pense que ça va être difficile pour les gouvernants de s'en tenir à ça et, je dirais, sans doute à cause de la faiblesse, entre guillemets, relative de la capacité de notre lobby à faire tourner, entre guillemets, le «cash» du Conseil du trésor. Ce que les gens nous disent, nous, dans notre réseau, c'est que, finalement, on a de la difficulté à croire que, vraiment, l'État va se donner des paramètres auxquels il va tenir pour l'ensemble des producteurs de services et qu'en conséquence, à cause de la dynamique en cause, on va se retrouver à supporter les inconvénients d'un **défoncement** des paramètres budgétaires du gouvernement parce que, nous, on est faciles, entre guillemets, sur le plan mécanique, à contraindre. Ça, je pense que c'est toute l'histoire des centres d'accueil d'hébergement. Donc...

M. Côté (Charlesbourg): Jusqu'à temps qu'on devienne **gros** et qu'on souhaite être **dans** la situation de l'autre.

Une voix: Pardon?

M. Côté (Charlesbourg): Jusqu'à temps qu'on devienne **gros** et qu'on souhaite être dans la situation de l'autre.

M. Clair: Ah, bien oui, mais ça, c'est certain que c'est toujours le cas. Mais quant à répondre à votre question précise sur le budget fermé de la RAMQ, sans aucun doute que, dépendant des moyens, je dirais, législatifs retenus, c'est certainement quelque chose qui va tout à fait dans le même sens que ce qu'on met de l'avant.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais aller dans votre proposition, qui est une proposition qui mérite qu'on s'y attarde, et possiblement qu'on

ne la réglera pas aujourd'hui, mais continuer à questionner davantage sur celle d'une loi-cadre qui gênerait un certain nombre de choses - donc, pas seulement vous autres - mais qui mettrait les gens à l'abri de certaines fluctuations gouvernementales, **dépendamment** des lobbies, de la puissance des lobbies, comme vous le disiez si bien tantôt, mais aussi de la capacité de payer de l'État ou des variations financières. Évidemment, quand on regarde le budget de 12 000 000 000 \$, si on fait abstraction de 87 000 000 \$ qui est le coût du ministère, le reste, là, il disparaît, lui, il s'en va à la RAMQ, il s'en va dans des établissements et c'est donc tout ce budget-là qu'on mettrait à l'abri pour 7 ans, si on suivait la proposition. Les sept ans, là, d'entrée de jeu, me disent, moi... Je ne sais pas... Ont-ils parlé de sept ans pour être capable d'en avoir trois ou s'ils sont sérieux quand ils parlent de sept ans? Nulle part à travers le monde, ni dans le privé, ni dans le public, on est dans une situation où, effectivement, quelqu'un est à l'abri pour sept ans, donc, dans sa coquille. Puis il y a des avantages à ça, bien sûr, parce que je pense que, pour ceux qui sont là, qui sont sur le terrain et qui ont à répondre à la demande de services, tu es à l'abri, tu dis: Au moins, je sais que pendant les prochaines années... De là à dire qu'il faut être dans la situation qu'on vit actuellement à chaque année puis encore... Dépendamment des humeurs de l'économie puis du...

Une voix: Du fédéral.

M. Côté (Charlesbourg): ...du fédéral.

Une voix: Il meurt plein de monde.

M. Côté (Charlesbourg): Il meurt bien du monde, mais là M. Trudel nous a trouvé la solution ce matin. C'est l'indépendance. Ça règle tout. Je ne vous demanderai pas la question ou ce que vous en pensez. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: En tout cas, ça va.

M. Trudel: En tout cas, vous le constatez, ça va très bien, là. Pour l'instant, vous le voyez, ça va très bien. On n'a pas de problèmes. Alors, «keep going».

M. Côté (Charlesbourg):...

M. Clair: C'est un ardent défenseur du crédit social.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Pour l'instant, ça va bien.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, les

sept ans, c'est du jamais vu parce qu'il faut quand même l'admettre, ça n'a de commune mesure nulle part ailleurs. On est habitué, au gouvernement, à un cycle d'à peu près trois ans puis, encore, avec des modifications presque à chaque année. Qu'est-ce qui nous fait proposer aujourd'hui sept ans? Évidemment, ces sept ans-là ne tiennent pas compte d'une réalité budgétaire gouvernementale dont on doit tenir compte sur le plan des équilibres si on veut, comme on l'a dit et comme vous avez semblé le reprendre tantôt, protéger les générations futures aussi.

M. Clair: Écoutez, très franchement, on a dit: Notre préoccupation, c'était de se coller un cycle économique complet. Alors, c'est avec ça qu'on est parti comme idée de départ. Bon! C'est quoi un cycle économique complet? C'est cinq ans, six ans, sept ans? Ça dépend. Je ne suis pas économiste, mais je pense que c'est quelque part par là. Maintenant, disons franchement si on est conscient des conséquences de ce que ça voudrait dire, notamment, sur le plan, par exemple, de la rémunération des employés de l'État et, donc, de notre réseau. On pense que s'il devait y avoir un nouveau consensus social, entre **guillemets**, il ne faut pas que la durée soit plus courte qu'une convention collective, en tout cas.

On espérait aussi, pour vous faciliter la tâche, aux hommes et aux femmes politiques, de dire: Puis, si en plus de ça on pouvait sauter un cycle électoral, si en plus de ça on pouvait sauter un cycle électoral ou... En tout cas, moi, j'ai une certaine expérience de vie comme vous là-dedans et je ne pense pas qu'il se soit déroulé une seule élection depuis le début des années soixante sans qu'il y ait un petit peu de surenchère entre les partis politiques qui, se retrouvant aux affaires de l'État ensuite, je veux dire, ont vu que ça pouvait être plus difficile qu'il n'y paraissait.

M. Trudel: Il aimerait ça en sauter une, lui.

M. Clair: Alors, c'était ce qu'il y avait de présent derrière ça. Maintenant, écoutez, est-ce que sept ans, c'est un chiffre auquel on tient? Mais la perspective principale qu'on voulait faire ressortir, c'est qu'on pense qu'il y aurait des gains considérables pour l'ensemble du réseau, à savoir à quoi s'en tenir pour une période suffisamment longue. Je ne vous en tiens pas rigueur, mais prenons, par exemple, l'octroi des budgets d'allocation d'alourdissement des clientèles par votre prédécesseur. Il y a maintenant, je pense, quatre ans, Mme **Lavoie-Roux**, à l'époque, avait annoncé une enveloppe de 75 000 000 \$ répartis ainsi: 50 000 000 \$ pour l'alourdissement des clientèles en centres d'accueil d'hébergement et 25 000 000 \$ du côté du support à domicile des personnes âgées.

Finalement, ce budget-là a été retouché à plusieurs reprises et, à chaque année, on s'est

fait annoncer des montants puis, finalement, on comprend ça. À cause des contraintes financières du gouvernement en cours d'année, on a appris qu'on n'aurait pas les 12/12, mais les 6/12. Notre budget nous est communiqué en juin, les bonnes années, parfois juste plus tard en été. Alors, nous, on se dit qu'on aimerait mieux vivre avec les capacités réelles de l'État que de vivre avec de l'espoir puis de toujours finir par être déçu, de concentrer le plus clair de nos énergies, bien souvent, parce que les autres se battent pour en avoir, du développement... Si on ne se bat pas pour en avoir, du développement, c'est sûr qu'on n'en aura pas.

Donc, nous autres, ce qu'on recherchait, c'était une période suffisamment longue pour nous sortir de cette **dynamique-là** et que ça donne aussi une chance à l'État, une fois que sont établies ses priorités sociosanitaires... Bien, on sait bien, comme on le dit parfois en langage populaire, que ça ne se verra pas sur un 10 cents, ces orientations-là, et que ça va prendre un certain temps. Donc, on se disait que le plus longtemps, la plus longue période sur laquelle ce cadre budgétaire là pourra porter, le mieux ça sera. Maintenant, sans doute qu'à sept ans on a cédé devant l'enthousiasme.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Dans le fond, il y a une idée là qui mérite d'être davantage fouillée. Quand on va plus loin, on s'aperçoit que, sur le plan des propositions, il y avait des propositions d'IPC plus cinq, plus trois, plus un, à partir des grandes familles. L'idée qui est derrière ça, c'est de faire en sorte que le social aille en chercher davantage pour répondre aux besoins qu'il a et un peu de rééquilibrer les choses. Je pense que, globalement, ce qui est souhaité par vous, à partir du moment où il faut aller plus loin sur le plan du mécanisme, donc, dans une loi qui ne peut être changée que par une loi, on a besoin de faire un certain travail surtout qui n'existe nulle part.

Mais je comprends, l'idée étant de s'assurer qu'on puisse avoir une meilleure planification sur une période plus longue que ce qu'on connaît maintenant et être à l'abri des soubresauts qu'on ne peut pas éviter sur le plan gouvernemental.

M. Clair: Exact. Il nous semble que cette idée-là aussi est tout à fait compatible avec l'idée de la création d'un fonds différent du fonds consolidé du revenu, d'un fonds général pour financer les dépenses de santé et de services sociaux et que, dans le fond, c'est l'adaptation d'une idée qui a circulé même, je pense, dans le comité de députés à l'effet d'essayer de bloquer par loi le déficit. Opinion très personnelle, je pense que ça ce n'est pas faisable. On ne bloque pas un déficit par loi, mais on peut contraindre ou paramétriser à

l'avance le réseau pour une période suffisamment longue. On pense que c'est quelque chose qui mérite d'être retenu et on est content de voir que c'est une suggestion sur laquelle vous avez l'intention de réfléchir.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais revenir à des choses un peu plus immédiates parce qu'on parle beaucoup d'efficience, d'efficacité. Il semble bien y avoir un large consensus. Il y a des efforts à faire à ce niveau-là. Est-ce qu'il reste, par exemple, dans ce que vous avez comme responsabilité de réseau, des mesures d'efficience et d'efficacité, pas dans le but... dans le but justement de mettre la main sur l'argent qu'on pourrait économiser. Ce n'est pas l'objectif à ce moment-ci, ni demain non plus, mais davantage de voir auprès de chacun des gens qui vont venir ici en commission parlementaire, c'est quoi les priorités auxquelles on devrait s'attaquer sur le plan de l'efficience et de l'efficacité dans chacun des réseaux, compte tenu des maigres budgets des uns et des très gros budgets des autres. Est-ce qu'il y en a ou il n'y en a pas?

M. Clair: Écoutez, il y en a sûrement encore. On doit être à la recherche permanente de l'efficience et de l'efficacité. Tout ce que je puis vous indiquer là-dessus, c'est que nous, comme association, on a en partie réorienté, par exemple, nos services en fonction du contexte budgétaire de l'État, à savoir d'essayer d'outiller de mieux en mieux nos établissements sur le plan de la gestion administrative et financière, pour ne plus avoir à adopter bêtement, purement et simplement une position de dire: On est contre telle compression parce qu'on est contre et on est contre telle mesure d'accroissement de l'efficience et de l'efficacité parce qu'elle nous demande un effort.

Donc, ça, c'est une contribution qu'on peut faire. Maintenant, quant à savoir, dans notre réseau, je vous dirais famille par famille, quelles pourraient être les mesures génératrices d'efficience et d'efficacité, des mesures précises, j'ai mes patrons qui sont présents là, qui représentent différentes familles, qui peuvent peut-être donner des éléments de réponse.

Le Président (M. Joly): M. Robert.

M. Robert (Gaston): Je peux peut-être, du côté de la jeunesse, vous référer au rapport Harvey qui est tout récent et qui a non seulement assaini ses objectifs principaux, mais même les a assujettis, je dirais, à un critère d'efficience. Il y a déjà des premières tentatives. Je sais qu'il y a des premiers essais et des premières lancées de projets actuellement où on va intervenir plus rapidement dans des situations de protection. On évite, effectivement, que la situation chez les jeunes se détériore et on arrête le problème dès le début.

Si on est capable de mesurer ça, encore faut-il en avoir la volonté. Quand un rapport aussi important que le rapport Harvey l'énonce au tout début, dans les premiers objectifs, je peux vous dire que ça oriente passablement le travail. On va certainement s'en influencer. C'est un rapport majeur, ça, dans notre domaine.

M. Clair: Un autre élément, si vous permettez, que je peux ajouter, un élément à la réflexion, à notre avis, très important, c'est le rapport du comité Pelletier en ce qui concerne les personnes âgées, qui indique... Une des recommandations ou un des secteurs abordés, c'est toute la question, je dirais, de l'articulation des rapports entre les services de maintien à domicile des CLSC et l'hébergement, les centres de jour. Or, une des suggestions qui est mise de l'avant, là, c'est de dire: Puisque, avec la réforme, de plus en plus, les CLSC et les centres d'hébergement et de soins de longue durée vont travailler sur une même base territoriale, est-ce que ça ne générerait pas des gains d'efficacité et d'efficience importants? Si on pouvait en venir à: premièrement, regrouper sous le conseil d'administration unifié la totalité des places d'hébergement du territoire; deuxièmement, d'avoir, pour des fins d'orientation de la clientèle par territoire, une seule et même grille d'évaluation pour les personnes qui sont, entre guillemets, en soins de longue durée à domicile ou en hébergement, plutôt que d'avoir le CLSC, sa petite grille, et le centre d'accueil d'hébergement, sa petite grille, une seule et même grille d'évaluation des besoins pour les fins d'orientation de la clientèle et; deuxièmement, un seul et même mécanisme d'admission... Loin de nous de tenir rigueur de l'État de la situation actuelle au niveau des CLSC, mais il faut reconnaître que... On accepte ça, la priorité de support en milieu naturel, mais il faut reconnaître qu'actuellement, au niveau de la grille d'évaluation des besoins des personnes soutenues à domicile... Si vous connaissez vraiment le profil des personnes soutenues à domicile par les CLSC, dites-le nous. En tout cas, on n'a pas vu ça encore, nous.
(15 h 15)

Alors, nous, on dit: On a une certaine expérience de ce côté-là, avec les limites que comportent les fameuses formules CTMSP. Je ne veux pas entrer dans du jargon technique, mais on a une certaine expérience là-dedans et on se dit: Il y aurait des gains de complémentarité, d'efficacité et d'efficience considérables si on pouvait aller vers une meilleure articulation, je dirais, du roulement, entre guillemets, de ces personnes-là dans les deux réseaux.

Finalement, j'attire votre attention sur une. En tout cas, ce n'est peut-être pas un gain d'efficacité et d'efficience, mais je vous rappelle la suggestion qu'on fait de projet de solidarité sociale, à savoir de mobiliser des ressources humaines qui sont peu ou pas utilisées présente-

ment dans le maintien à domicile, dans le support à domicile et dans l'intégration sociale des personnes âgées et handicapées.

M. Côté (Charlesbourg): Il ne me reste pas grand temps. Vous avez dit: mesures fiscales, dernier recours. On ne veut pas trop, trop toucher à ça, dernier recours. Cependant - et ce sera ma dernière question, mais je vais y mettre deux volets, comme on fait en Chambre quand le temps s'écoule - est-ce que, d'après vous, il y aurait nécessité ou pas de revoir le panier de services? Il y a probablement des gains appréciables à avoir à ce niveau-là. Est-ce qu'on est aujourd'hui dans une situation où on pourrait revoir le panier de services? De un.

De deux, vous ne voulez pas de mesures fiscales, donc, dernier recours, et je comprends. Vous vous sentez comment lorsqu'on charge au-delà de 1000 \$ par mois pour des personnes qui sont hébergées en centres d'accueil d'hébergement, donc, pour l'hébergement et pour les repas, et que dans les centres hospitaliers de courte durée, où il y a de l'hébergement et des repas, on ne charge rien?

M. Clair: Je vais commencer par celle-là. Écoutez, ça, c'est une sorte d'iniquité, entre guillemets, historique, à notre point de vue, sur laquelle on a déjà eu l'occasion d'intervenir. Écoutez, c'est certain que 1000 \$... Je vous rappelle que c'est 1001 \$, actuellement. Vous nous avez annoncé, par un petit projet de règlement qui est paru le 18 décembre, que ça allait monter à 1092 \$. Écoutez, c'est évident qu'il y a comme une sorte de discrimination **systemique** à l'égard des personnes âgées hébergées en centres d'accueil d'hébergement, qu'elles sont les seules à payer, alors qu'il n'y a pas de frais de repas ni d'hébergement en hôpital de courte durée.

Maintenant, je vais vous dire, parfois, c'est un peu gênant parce que 1092 \$ par mois, il y a des établissements où on commence à charger, entre guillemets, plus que la composante hébergement proprement dite. Ce n'est pas la majorité, mais la réalité budgétaire des établissements et les coûts d'opération ne sont pas les mêmes partout. Alors, parfois, c'est un peu gênant. Les centres d'accueil ont eu l'occasion, bien avant aujourd'hui, de dire, à leur avis, qu'il y avait certainement une question d'équité. Maintenant, là où on doit reconnaître, par ailleurs - comment je vous dirais? - le fait qu'il y ait une contribution de l'usager - appelons ça comme ça - n'est pas nécessairement incompatible avec l'accessibilité du service.

Parce que si on regarde - il faut qu'on se regarde nous-mêmes - nos différentes clientèles, dans le fond, le réseau où la contribution des usagers est le plus développé, soit celui de l'hébergement, c'est celui également qui est le plus accessible pour les personnes âgées en perte

d'autonomie par rapport à d'autres types de clientèles où, en théorie, les services sont gratuits, en déficience auditive, en déficience visuelle. Ils sont gratuits pour la réadaptation des personnes toxicomanes. Mais, quand on sait qu'on a une capacité de traitement, par exemple, dans un de nos établissements, pour à peu près 2000 personnes par année et qu'on a 12 000 demandes, je vais vous dire: C'est beau la gratuité, mais l'accessibilité réelle du service pour le citoyen, elle n'y est pas.

Donc, on reconnaît qu'on est un peu tirailés **là-dessus** parce que, d'une part, c'est sûr que dans un monde idéal on souhaiterait, nous aussi, que tous les services soient gratuits et qu'on puisse déployer notre réseau, mais c'est sûr aussi qu'on constate bien que, quand il y a une contribution, c'est plus développé. À l'opposé, on voit bien l'iniquité aussi qu'il y a de demander une contribution pour l'hébergement aux personnes âgées hébergées chez nous et pas à l'adulte ordinaire, entre guillemets, qui est dans un milieu de courte durée.

Nécessité de revoir le panier de services. Écoutez, si on entre vraiment là-dedans, nous, on pense qu'il faudrait que le premier critère qui guide le législateur, ce soit l'équité entre des personnes aux prises avec des problèmes différents. Un parent qui est aux prises avec un fils ou une fille qui souffre de problèmes graves de toxicomanie, pour lui, ce parent-là, le service est peut-être aussi important que pour la mienne, ma petite fille, qui souffre d'asthme. Et ainsi de suite.

Donc, la notion de services complémentaires et de revoir le panier de services, c'est une notion qui est valable, sans aucun doute, mais qui comporte de sérieuses limites. Parce que, dépendant de la situation vécue par chacune des personnes, la priorité pour un service de santé ou pour un service social peut sembler bien différente selon le point de vue de la personne. Alors, nous, on se dit: revoir le panier de services, si vous embarquez, entre guillemets, là-dedans, ce qu'on souhaiterait, c'est qu'il soit adapté le plus possible à la réalité des années 1990-2000 plutôt que sur la photographie de famille de la population québécoise qu'on a prise dans les années soixante-dix et où, là, quant aux besoins qui étaient évidents à cette période-là, eux autres sont bien desservis, les services sont gratuits, sont étendus, mais les autres, cependant, le sont moins. Donc, nous, on dit...

Le Président (M. Joly): Merci.

M. Clair: ...que, s'il y a une révision du panier de services, il faudrait tenir compte de ces éléments-là, à notre avis.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Bienvenue à cette commission. Bravo pour le travail! 340 établissements à travers le Québec, personnes âgées, toxicomanes, les jeunes, les jeunes mères, c'est impressionnant, vous êtes partout dans les régions. Ceci étant dit, maintenant, posons-nous les vraies questions. Si j'ai bien compris, à propos de la loi-cadre, pour le prochain cycle économique en matière de financement des services de santé, il devrait être déclaré une trêve entre les politiciens. Est-ce que, ce matin-là, on va aussi signer la trêve entre l'AHQ et l'ACAQ?

Des voix:...

M. Clair: Nos rapports avec l'AHQ, nous, on les considère excellents. On n'a pas l'occasion de travailler avec eux souvent parce qu'on est trop occupés à la maison, mais sinon... Écoutez, je pense que... Excusez.

M. Trudel: Plus sérieusement, M. le directeur général. D'abord, il y a une première remarque sur les dépenses de santé et les dépenses sociales. Je pense que, finalement... Je voudrais essayer qu'on s'entende là-dessus. Que ces dépenses soient de santé ou qu'elles soient dans le secteur social, est-ce qu'on ne s'entendrait pas pour dire qu'en 1991-1992 le budget de la santé et des services sociaux, le ministère au Québec, additionné à ce qu'on appelle le budget à Cantin, la RAMQ, ça ne fait pas 12 160 000 000 \$? On ne doit pas être loin. Vous devez avoir regardé ça. Là, maintenant, parlons des besoins. On part donc, en 1991-1992, de 12 160 000 000 \$, entendons-nous.

Deuxièmement, dites-moi si c'est juste. Est-ce que vous pensez - parce que la liste que vous nous avez faite au départ est assez effrayante, de besoins supplémentaires à combler - qu'avec l'indice des prix à la consommation, plus 3 % d'augmentation des dépenses au cours des cinq prochaines années, on arriverait, grosso modo, à répondre aux besoins auxquels nous sommes confrontés? Est-ce que vous pensez qu'on va y arriver?

M. Clair: Si on le veut, on pense que oui, on le peut. Ça va dépendre d'une série de décisions, cependant, qu'il y a à prendre en ce qui concerne... Par exemple, un sujet qu'on n'a pas abordé, c'est toute la question des clauses normatives dans les conventions collectives qui génèrent des coûts très importants. Alors, s'il y a une volonté gouvernementale d'essayer de convenir avec nos partenaires syndicaux des règles un peu plus souples qui permettraient d'économiser, si, sur le plan de la croissance des effectifs médicaux et des modes de rémunération et des styles de pratique médicale il y a une volonté, à notre avis, oui. Mais, s'il n'y en a pas de volonté, c'est bien sûr qu'il va manquer

d'argent.

C'est bien sûr qu'on peut projeter que l'IPC, plus 3,5 %, plus 3 %, ne permettra pas au gouvernement d'équilibrer ses budgets ni à celui-ci de rencontrer les priorités sociosanitaires qu'il va s'être données. Ça dépend beaucoup des moyens que vous allez choisir de vous donner pour atteindre les objectifs que vous allez vous fixer. Autrement dit, toute l'approche, pour nous, c'est de dire: Est-ce qu'on choisit vraiment de vivre selon nos moyens? Si on choisit de vivre selon nos moyens, bien, prenons les mesures qui vont nous faciliter de rentrer là-dedans.

M. Trudel: Alors, il y a moyen d'y arriver. Est-ce que vous souhaitez qu'à l'intérieur de la future loi qui serait adoptée pour le prochain cycle les dépenses de l'État en matière de santé provenant du fonds consolidé du Québec soient au niveau de l'indice des prix à la consommation plus 3 %? Est-ce que vous souhaitez ça?

M. Clair: Si ça pouvait être plus 4 %, on serait d'accord aussi, vous savez. Alors, dans ce sens-là...

M. Trudel: Non, mais vous êtes citoyen.

M. Clair: Je ne veux pas être ironique, mais c'est dans le sens de dire: Il y a un niveau de responsabilité, je vous dirais, qui est le vôtre, celui des élus. C'est de déterminer quel est le niveau de contribution à même les impôts, les taxes que vous êtes prêts à consacrer à la santé et aux services sociaux. Alors, à ce moment-là, c'est sûr que, quant à nous, si on a le choix entre plus d'argent et moins d'argent, on va demander plus d'argent. Ça me semble...

M. Trudel: Mais compte tenu des besoins que vous observez dans votre secteur, est-ce que vous pensez que la contribution du gouvernement du Québec par son fonds consolidé peut être moins que l'IPC plus 3 % au cours du prochain cycle budgétaire?

M. Clair: Difficilement par rapport à la dynamique actuelle, telle qu'on la connaît. Mais, encore là, c'est question de matière de choix. Je sais qu'il faut faire bien attention à toute comparaison, mais je vous rappelle que, par exemple, l'Ontario vient de décider - ce n'est pas encore traduit dans une loi - de se donner un cadre budgétaire qui serait de 1 % la première année, 2 % la deuxième, 2 % la troisième. Je vous dis qu'avec l'IPC plus 3 % il y a là un écart considérable entre les deux approches. Maintenant, c'est certain que si, globalement, l'IPC plus 3 % ou la croissance de la richesse collective qu'on estime à 3 % net, c'est ça le paramètre... Écoutez, on est conscients, nous, en tout cas, pour faire un virage du côté social, que 3 % de 8 000 000 000 \$, c'est 240 000 000 \$,

240 000 000 \$ qui seraient disponibles pour répondre à des priorités du côté du secteur social. Je vais vous dire, en tout cas, par rapport au réseau qu'on représente, on n'a pas besoin, cette année, d'aller chercher les 240 000 000 \$ en question pour faire un virage majeur, mais c'est là que la proposition ou l'idée qu'on met de l'avant tient compte de l'ensemble de la situation financière du gouvernement et des sommes qu'il est prêt à consacrer à ce secteur-là.

M. Trudel: Je vous comprends bien en disant que votre proposition principale, c'est de dire: Quand il va nous manquer sur cinq ans... Supposons que nos dépenses sont de l'IPC plus 3 %, que nos revenus sont de l'IPC plus 3 % en ce qui concerne le gouvernement du Québec, que les revenus autonomes, CSST, etc., il y a un petit manque à gagner de 1,5 %, que le fédéral se désengage pour 1 % et que, pour les autres contributions, ça se maintient, vous êtes bien conscients qu'il manque 2 870 000 000 \$. Ce que vous dites: C'est notre problème, nous allons le régler à l'interne. 2 870 000 000 \$, on va le régler à l'interne par des déplacements de budget. **Est-ce** que c'est ça que vous dites? Parce que vous dites: Écoutez, dans le secteur médico-hospitalier, il y en a peut-être un problème à examiner de répartition intra. Mais le total ou le manque à gagner sur le total, il ne change pas le diable.

(15 h 30)

M. Clair: Écoutez, il ne faudrait pas que vous pensiez... Je pense que l'interprétation que vous donnez va plus loin que notre pensée dans le sens qu'on pense que, oui, il y aurait une énorme contribution qui pourrait venir, comment je dirais, de cet effort-là de réduction de la croissance du budget dans l'ensemble médico-hospitalier, **mais** il ne faudrait pas renoncer comme ça non plus aux transferts fédéraux parce que ça, on n'est pas intervenus là-dedans. Mais, nous autres, on pense qu'il y a des choses qui sont quand même très choquantes.

En septembre dernier, le gouvernement fédéral a annoncé, par Santé et Bien-Être Canada, du côté des personnes handicapées, quoi? 158 000 000 \$ ou 150 000 000 \$. Il n'y a pas d'argent pour financer les services de base puis il y en a pour venir dédoubler des services qu'on offre. Je vais vous dire quelque chose. On a des indications, M. le ministre, avec le rapport du comité Bouchard, par exemple, pour en prendre un, à l'effet que le gouvernement fédéral s'apprêterait peut-être à venir annoncer encore des interventions dans le secteur de la jeunesse en difficulté d'adaptation.

Alors nous, on trouve que, de ce côté-là, le ministre fait des discours intéressants. On l'appuie **là-dessus**, on est d'accord avec ce qu'il y a dans le document, mais il nous semble que ça pourrait être l'occasion d'un grand mouvement de solidarité entre les formations politiques.

Pourquoi ne pas créer une coalition? Il y en a déjà eu une qui avait fait reculer le gouvernement fédéral, il y a quelques années. Je ne me souviens plus si c'était C-10, le projet de loi qui voulait limiter la participation de la Caisse de dépôt...

M. Trudel: C-30.

M. Clair: C-30 plutôt. **C-30**, effectivement. Alors nous, on n'est pas prêts à renoncer, pas du tout, à ça. On assure le ministre puis vous aussi que, s'il y avait une coalition qui était formée pour essayer de forcer le gouvernement du Canada à réviser sa position là-dessus, vous pourriez compter sur nous. Et loin de nous... Jamais on n'ira penser que ça serait aux hôpitaux de courte durée du Québec et aux médecins du Québec de payer la note du fédéral. Ce n'est pas du tout l'esprit de notre mémoire.

M. Trudel: Je perds mon latin. Non, là, franchement, je ne comprends plus.

M. Clair: Qu'est-ce que vous ne comprenez pas?

M. Trudel: Non, là, je ne comprends plus. On va se parler franchement. Prenez votre mémoire à la page 34. Vous dites: C'est trop important le désengagement fédéral. Je suis heureux que vous le disiez parce que, là, je comprends que ce n'est plus assimilable à du crédit social. Je trouve que les opinions ont comme changé. C'est bien beau de dire qu'on va aller dans le secteur médico-hospitalier, mais le problème est d'une ampleur beaucoup plus grande que cela.

La première chose que j'aimerais que vous nous expliquiez, parce que moi, je ne comprends pas, c'est quand vous me dites: On partage totalement le point de vue du ministère sur cette question. Voulez-vous me dire c'est quoi le point de vue du ministère? Parce que, moi, je ne le comprends pas, même à la suite du discours du ministre, ce matin, qui dit qu'il a de la misère à suivre le fédéral sur C-3. Moi, j'aimerais ça le savoir, si vous pouviez m'expliquer c'est quoi la position du ministère sur le fédéral et sur C-3, puis qu'est-ce que vous partagez. J'aurai d'autres questions à poser après cela si ce n'est pas trop parler de crédit social.

M. Clair: Écoutez, j'allais vous dire: Si la question s'adresse à l'interprétation que donne le ministre à sa propre position, je pense que la question devrait plus être adressée au ministre. Mais en ce qui nous concerne, ce qu'on a compris du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, c'est qu'il trouvait inacceptable le désengagement du gouvernement fédéral dans le financement des services de santé et des services sociaux compris dans ce qu'on appelle le

financement des programmes établis. Mais ce qu'on lui dit aussi, c'est qu'on lui dit: Une fois déclaré que, ça, c'est inacceptable, nous, ce qu'on peut constater du bout de la place ou du siège qu'on occupe, c'est qu'une fois qu'il a affirmé ça les moyens qu'il met en oeuvre pour faire reculer le gouvernement fédéral nous semblent limités.

Alors, il me semble qu'il n'y a pas de contradiction entre la position gouvernementale, celle que j'indique et celle que vous défendez. Ce sont des questions de niveaux et de moyens à prendre pour atteindre l'objectif recherché qui est celui d'amener le fédéral à financer le régime qu'il a mis au monde avec les provinces comme il avait prévu le faire.

M. Trudel: Mais vous nous dites, sérieusement... Écoutez, le ministre dit dans son document: *Beu! Beu! Beu!* Il fait peur au fédéral... *Beu! Beu! Beu!* J'ai besoin de mon 1 200 000 000 \$ Vous savez très bien.

Je vais vous lire quelque chose. Il y a quelqu'un qui, le 25 juillet 1960... Il s'appelait Jean Lesage. Ce n'était pas le dernier, on l'a tous admiré au Québec. En tout cas, c'est mon cas. C'était en 1962, là. Savez-vous ce qu'il fait? Il fait *beu! beu! beu!* au fédéral pour avoir notre argent et nos points d'impôt pour s'occuper de notre santé et de nos services sociaux. Je vais vous le lire intégralement: Le 25 juillet 1960 - ce n'est pas longtemps après l'élection de juin de la Révolution tranquille du départ - il y a donc 32 ans, il disait ceci: Cette compensation financière devrait prendre la forme de droits additionnels de taxation spécifiquement réservés aux gouvernements provinciaux. Du même souffle, parce qu'il était toujours fédéraliste - et il en avait le droit - il ajoutait le paragraphe suivant, la phrase suivante: Si, par ailleurs, le gouvernement fédéral n'est pas prêt présentement à accepter nos propositions, nous reposerons le problème à la prochaine conférence et nous insisterons pour y apporter une solution satisfaisante, ajoutait M. Lesage à l'époque, il y a 32 ans.

En 1992, dans un document du ministère dont il y a plusieurs des dimensions que je respecte, on dit: Savez-vous, il faudrait faire *beu! beu! beu!* au fédéral, puis ils en ont besoin parce qu'on va leur faire peur. Puis vous, vous nous dites, M. Clair: On va signer une pétition, on va faire une coalition tous les deux, puis on va faire peur au fédéral. Mais la coalition, M. Clair, ça s'appelle le constitutionnel, ça s'appelle un référendum. Oui, si vous voulez qu'on signe là-dessus une entente, on va en faire un référendum sur la souveraineté. Ça me surprend franchement qu'on puisse dire à l'intérieur du régime actuel: Il y a encore moyen de japer pendant 32 ans, puis je pense qu'on va réussir. Est-ce que c'est ça que vous voulez dire?

M. Clair: Alors, M. le député, nous, on est présents à la commission des affaires sociales aujourd'hui. Si on avait voulu être invités à la commission des affaires constitutionnelles qui, je pense, siège dans une autre pièce, on aurait pu aborder cette question-là sous l'angle des enjeux constitutionnels. Ce n'est pas le contexte dans lequel on a voulu se placer. Nous, on a voulu se placer dans le contexte où, actuellement, il y a effectivement des revendications historiques sur le plan du gouvernement du Québec en ce qui concerne le partage des compétences, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Maintenant, ce qu'on indique bien dans notre document, je cite à la page 34: «Nous ne pouvons oublier qu'une très large partie du problème de financement qui confronte notre réseau tire son origine de ce désengagement du gouvernement du Canada. Dans ce sens, il nous semble que le gouvernement du Québec pourrait faire preuve de plus d'audace à l'égard du gouvernement canadien, travailler à mobiliser l'opinion publique québécoise sur cette question et envisager, avec le support de l'opinion publique, d'occuper totalement le champ d'impôt correspondant.»

Sans embarquer dans le débat constitutionnel, nous, on considérerait que c'était pas mal le plus loin qu'on pouvait aller et on est loin de dire au ministre: On veut faire une petite coalition à deux, là. Ce n'est pas ça dont on parle. On dit simplement: Si le ministre et si l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux se mettaient à mobiliser l'opinion publique sur cette question-là, on dit simplement que peut-être ça *pourrait être* un moyen de faire reculer le gouvernement fédéral.

Maintenant, en ce qui concerne le débat constitutionnel, s'il se tenait une commission parlementaire sur cette question-là, soit personnellement, soit l'Association, et que nous étions invités à venir donner notre point de vue, ça nous ferait plaisir de le communiquer.

M. Trudel: M. le directeur général de l'ACAQ et messieurs, est-ce que C-3 du fédéral... Est-ce qu'on demande la modification de C-3 ou pas? Selon vous, est-ce que la barrure que constitue C-3 - je ne définis pas le sens de la barrure - est-ce que le verrou que constitue C-3, on fait sauter ça ou pas? Est-ce qu'on donne suite au paragraphe du 7 décembre 1990 de la politique de la réforme de la santé et des services sociaux du ministre Marc-Yvan Côté? Est-ce qu'on écrit au ministre Bouchard et on lui dit: Vous me faites sauter C-3? Je veux le comprendre. Je ne le comprends pas ici votre page 34.

M. Clair: Écoutez, le gouvernement du Québec est devenu le principal pourvoyeur de fonds, depuis un certain temps déjà, du finance-

ment de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. À ce titre-là, non pas pour indiquer quelque voie que ce soit en termes de moyens à choisir de dire: frais d'hôtellerie, pas frais d'hôtellerie, ticket modérateur ou pas, mais simplement sur le plan de la logique, il nous semble que, si le gouvernement fédéral met de moins en moins d'argent dans le financement, il est de moins en moins légitimé d'imposer des normes au gouvernement et à l'Assemblée nationale du Québec et, en ce sens-là, le mieux qu'il y aurait à faire avec C-3, ce serait effectivement de l'effacer complètement et que le Québec puisse occuper entièrement ses responsabilités, puisqu'il est le principal pourvoyeur de fonds.

Maintenant, quoi faire avec la marge de manoeuvre, entre guillemets, qui serait ainsi dégagée? Nous, comme association d'établissements, on peut simplement vous dire qu'on fait confiance aux élus québécois que vous êtes et que vous prendriez les décisions les plus appropriées.

M. Trudel: C'est un bon éclairage et vous avez raison. L'autre question, elle s'adresse au ministre. Je m'excuse de le prendre sur votre temps, messieurs. Est-ce que c'est encore le 7 décembre 1990 sur C-3? Parce que vous avez dit qu'on ferait une commission pour s'éclairer mutuellement, pour se poser les vraies questions, vous avez raison, vous les posez généralement et on se donne les vraies réponses. Est-ce que c'est encore... on veut faire sauter C-3?

M. Côté (Charlesbourg): C'est une interprétation, permettez-moi de vous le dire, très partisane et très biaisée, que vous émettez, je ne sais pas sous le coup de quel coup de vent. Une chose est certaine, c'est que nous avons toujours dit que, dans la mesure où le gouvernement fédéral n'avait pas les moyens de ses normes, nous souhaitons avoir le champ libre pour décider à l'Assemblée nationale, avec les mécanismes que nous avons, de certaines orientations et de choix gouvernementaux que nous devrions prendre.

Est-ce que ça veut dire pour autant qu'à partir de demain, si c'était le cas, on va galvauder à peu près n'importe quoi sur la place publique, qu'il n'y aura plus de normes? Mol, j'ai toujours dit, les normes canadiennes, oui, je suis prêt à ça. Mais, quand on prend le seul et l'unique exemple qu'on a pris aujourd'hui quant à l'hébergement des personnes âgées en centres d'accueil d'hébergement, qui est aussi financé par le fédéral, où on demande une contribution de ces individus-là, qu'on le dit dans la même loi et qu'on n'est pas capable de le faire dans le cas d'un centre hospitalier de courte durée, il y a quelque chose à quelque part qui ne marche pas.

Ce qu'on dit, à partir de ça, ce n'est pas l'objectif de faire sauter C-3 comme vous voulez

faire sauter le gouvernement fédéral ou le Canada. Ce n'est pas ça, là. Ce n'est pas ça, l'objectif. L'objectif, c'est de dire, à partir du moment où c'est nous autres qui payons, qu'on va au moins décider chez nous entre parlementaires, selon les mécanismes de démocratie qu'on a, de ce qu'on doit se donner comme base et comme paramètres, avec une politique de santé et bien-être qui va venir éventuellement. Dans ce sens-là, c'est ça la discussion. Et cela va nous permettre, effectivement, de faire un certain nombre de choses à ce niveau-là, sur le plan des manoeuvres, et les hommes politiques porteront le poids des décisions qu'ils prennent. À ce moment-là, chacun aura la liberté de.

Aux exemples donnés par Me Clair tantôt au niveau des personnes handicapées, j'ajouterais toxicomanie, j'ajouterais les femmes victimes de violence et possiblement l'enfance dans pas grand temps, alors qu'on nous coupe d'un côté... On dit: Parfait, on prend 150, 58, 125, 130, on fait un beau petit paquet avec ça et on dit au restant du Canada: Là, voici... On va pouvoir se promener un peu partout en disant: On fait notre travail comme Canadiens, toujours sous le couvert de cette loi.

Il y a des choses qui ne marchent pas, là. Ça, là-dessus, je pense qu'on s'entend. J'imagine que vous autres aussi. S'ils ont de l'argent, qu'ils nous le donnent pour qu'on règle nos problèmes. À ce moment-là, ce sera plus facile pour nous de dire: Oui, on respecte l'ensemble des normes. Essayons donc de regarder pour voir ce qui est encore médicalement requis aujourd'hui. Essayons de voir ça parce qu'on peut le faire, ce qui est socialement requis aussi. On essaie de dépoussiérer les choses. Il y a des exemples parce qu'on va en avoir en cours de route. On en a pour deux semaines, là. On va en mettre sur la table dans pas grand temps puis le corps médical va être là en particulier.

M. Trudel: Vous convenez, M. le ministre, que ça ajoute un petit peu d'éclairage. Oui, je vais revenir. Il manque de temps. Vous disiez, ce matin, dans votre intervention, là, quant à C-3 et au comportement du fédéral: J'ai bien de la misère à les suivre. C'est ça que vous disiez dans votre discours de ce matin.

M. Côté (Charlesbourg): Bien sûr.

M. Trudel: Je comprends que vous avez de la misère à les suivre. Je vous comprends facilement là-dessus. Vous comprendrez qu'on a un peu de misère à vous suivre aussi. À partir du 7 décembre 1990, vous indiquiez, mais un peu plus clairement: Je vais demander de modifier C-3. L'avez-vous demandé? Allez-vous le demander? Je comprends la modulation que vous venez de faire.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, il n'y a

pas de modulation. Ça toujours été le même principe. Ça toujours été, pour quelqu'un qui veut être honnête habituellement, sur la place publique, ça toujours été la même ligne. À moins que vous vouliez faire une interprétation partisane de cette situation-là.

M. Trudel: Avez-vous dit ça ou vous n'avez pas dit ça?

M. Côté (Charlesbourg): Ça toujours été clair dans tous les discours partout que les normes qui découlaient de C-3 étaient des normes, que dans la mesure où le gouvernement fédéral continuait de payer et de mettre les sous, c'est les normes que nous étions prêts à respecter. Mais, à partir du moment où il y a moins de sous, nous allions prendre nos responsabilités, et ça toujours été l'indication. Pas pour remettre en cause l'ensemble du système...

M. Trudel: Je n'ai pas parlé de ça.

M. Côté (Charlesbourg): Quand je vous vois citer M. Lesage, ça me rappelle des bonnes périodes parce que moi aussi, à l'époque, j'ai commencé à faire de la politique quand c'était M. Lesage, qui nous a très largement inspirés...

M. Trudel: Tout à fait.
(15 h 45)

M. Côté (Charlesbourg): ...et si on a des choses aujourd'hui, ce n'est pas rien que René Lévesque, c'est aussi Jean Lesage...

M. Trudel: Tout à fait. Je l'ai dit tantôt aussi.

M. Côté (Charlesbourg): ...qui nous a donné un certain nombre de ces choses-là, aujourd'hui, dont on est tous fiers. Il n'est pas question, aujourd'hui, de mettre ce système-là complètement de côté pour dire: On défait tout. On est dans une situation financière que vous avez vous-même décrite ce matin comme pas facile. Peu importe le gouvernement, que vous soyez là demain ou que ce soit un autre parti politique qui va se retrouver responsable des finances publiques du Québec, une chose est certaine, c'est que les chiffres ne changeront pas. Les chiffres vont être les mêmes, les situations de listes d'attente vont être les mêmes et les problématiques aussi. Il nous faut donc, en gens raisonnables, comme nous sommes capables de l'être, faire en sorte qu'on puisse tenter de dégager des pistes, et je pense qu'on peut le faire très honorablement.

M. Trudel: Merci. Là-dessus, j'y reviendrai. Une dernière question, messieurs de l'Association des centres d'accueil.

Le Président (M. Joly): Et une courte

réponse, s'il vous plaît, parce qu'on a de la misère avec la feuille de temps, là.

M. Trudel: Très, très, très concrète, cette question. À la page 65 du document du ministre, au chapitre du salaire et de la rémunération, le ministre suggère et dit que la position du gouvernement, c'est de limiter l'évolution du coût global de la rémunération des salariés à effectifs constants à un rythme maximum non supérieur à l'IPC, excluant le système salarial.

Alors, en clair, pour le vrai monde, on dit: La décision, pour le prochain cycle, c'est de geler les salaires des salariés à plus IPC. Qu'est-ce que vous pensez de ça par rapport à vos professionnels, les intervenants qui font ce travail partout à travers le Québec avec vous? Est-ce que c'est oui ou non à cette proposition du gouvernement ou à cette option qu'il a prise? Parce que c'est une option que le gouvernement a prise de geler les salaires.

M. Clair: Tel que libellé, on parle de limiter l'évolution du coût global de la rémunération des salariés à effectifs constants à un rythme maximum non supérieur à l'IPC. Il n'y a pas de période de déterminée. On ne sait pas si les gains d'efficacité qu'on pourrait obtenir en changeant des contenus normatifs... S'il se généralisait des économies, est-ce qu'on pourrait les convertir dans cette direction-là? Ce n'est pas suffisamment détaillé. Mais une chose est certaine, nous, on préfère que le gouvernement ait une approche de franchise à notre égard.

C'est dans cet esprit-là qu'on a avancé une proposition de dire: Donnez-nous un cadre financier. C'est quoi, vos moyens véritables? On va essayer de faire pour le mieux avec cet argent-là. Alors, ce qu'on vous dit à l'égard des employés de l'État, ce qu'on souhaite, c'est qu'on soit en mesure, comme association patronale, de concert avec les autres associations patronales aussi, d'avoir la même franchise à l'égard des employés de l'État. Ça ne donne rien de faire miroiter des choses si, en fait, on n'a pas la capacité de les rencontrer.

Donc, nous, on comprend qu'actuellement la politique de rémunération du gouvernement dans son ensemble fait sûrement l'objet d'études ou d'analyses auxquelles on n'est pas partie prenante, mais elle semble indiquer, en tout cas très nettement, qu'il y a une volonté de contrôler très proche de l'inflation l'évolution des salaires. Maintenant, nous, on ne peut pas être en désaccord avec une approche réaliste, à la condition, bien entendu, que les employés du réseau de la santé et des services sociaux ne soient pas traités d'une façon discriminatoire par rapport aux autres de l'ensemble des autres réseaux. Alors, c'est certainement une préoccupation qu'on a.

M. Hould (Jacques): D'ailleurs, beaucoup des

constatations qui sont marquées dans ce mémoire-là sont dans un contexte où la dimension économique au Québec n'est pas celle des années **soixante-dix**. Dans ce sens-là, la mesure d'**IPC** plus 1 %, plus 2 % ou plus 5 % essaie de tenir compte des marges identifiées par le gouvernement. Les autres commentaires touchant, comme nous, la rémunération globale, c'est dans un contexte où les gens autour de nous autres aussi n'ont pas nécessairement une sécurité de revenu: beaucoup de mises à pied, beaucoup de problèmes économiques. Et ça, je pense que c'est une réalité qui est perçue aussi de la part de nos partenaires syndiqués.

M. Trudel: Merci beaucoup de ces précisions. Merci de votre présentation.

Le Président (M. Joly): Merci. Je vais maintenant reconnaître M. le député de **Notre-Dame-de-Grâce**. Si je crois comprendre, vous avez deux questions, M. Atkinson.

M. Atkinson: Oui, c'est deux questions. C'est très bref, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Peut-être les faire toutes les deux en même temps, monsieur. Est-ce que vous les faites toutes les deux?

M. Atkinson: Oui, merci, M. le Président. Premièrement, j'appuie votre position, monsieur. En page 48, le deuxième paragraphe: «Le ministère de la Santé et des Services sociaux devra donc prendre les mesures adéquates pour contrôler la pression exercée par la profession médicale sur l'effort de services.» Pouvez-vous **m'expliquer** ce point? Quelles mesures pensez-vous que le ministre devrait adopter?

M. Clair: Alors, je me rends compte qu'il y a une erreur, hein? C'est sûrement sur l'offre de services et non pas sur l'effort de services. Alors, écoutez, ce sont des mesures... D'abord, c'est certain que sur le plan du mode de rémunération, sur le plan de l'admission en faculté de médecine, quand le nombre des effectifs médicaux croît à une vitesse trois fois plus rapide que celle de la population au Québec et qu'on sait qu'avec le mode de rémunération, le type de pratique, la façon dont notre réseau est organisé, le plus important, à la limite, ce n'est pas tant ce que coûte individuellement, sur le plan salarial, chacun des médecins... On sait très bien que c'est vrai. Je ne sais pas quel rang exactement ils occupent au Canada, mais, en rémunération individuelle, les médecins du Québec ne sont pas les mieux payés au Canada, loin de là. Mais on accroît l'effectif total des médecins en nombre beaucoup plus rapide que l'évolution de la population et le mode de rémunération dans lequel ils oeuvrent, cela fait en sorte que les coûts vont en augmen-

tant très rapidement. Bien, c'est évident que c'est un des éléments à **contrôler**, l'**admission** des nouveaux médecins et l'orientation de **ceux-ci** dans les spécialités où le Québec est en manque et non plus aller du côté de ceux où on est parfois en surplus.

M. Atkinson: C'est la deuxième question. Vous recommandez que la **main-d'oeuvre** infirmière soit augmentée. C'est le prochain paragraphe. Selon cette hypothèse, une telle catégorie, etc., vous mentionnez qu'on pourrait avoir une économie de 200 000 000 \$.

M. Clair: Alors, ce n'est pas une affirmation que nous faisons. En fait, c'est une citation d'une étude qui a été réalisée dont le contenu de ces déclarations-là provient, si je me souviens bien, d'une conférence qui a été prononcée le 23 mars 1990. Maintenant, c'est certain que, pour parler de façon très politique, je dirais **entre** guillemets, moi, j'ai été très surpris... Vous avez peut-être écouté l'émission «Enjeux» à laquelle participait le ministre la semaine dernière. Je trouvais que le débat, à certains égards, entre les infirmières et les représentants de la profession médicale ne tournait pas autour des bons enjeux. Ça ne donne rien d'accuser les médecins du Québec de gagner trop cher, entre guillemets, quand on sait que, sur le plan de la rémunération individuelle, ce n'est pas exact qu'ils sont mieux rémunérés que les autres.

Un enjeu beaucoup plus fondamental, c'est la répartition du champ de pratique entre les infirmières et les médecins et sans être des spécialistes, on va laisser ça à l'Association des hôpitaux du Québec qui connaît ça bien mieux que nous sur le plan de la gestion des hôpitaux de courte durée, où il y a un volume beaucoup plus grand, entre guillemets, et de médecins, et d'infirmières. Mais ce qu'on peut constater, nous, en tout cas, dans le réseau des centres d'accueil d'hébergement, notamment, c'est que, avec de plus grandes responsabilités du côté de la profession d'infirmière, on pourrait effectivement, à l'occasion, procéder à des économies qu'on n'a pas mesurées dans notre réseau, mais que cette étude-là qui est citée ici en annexe dans notre document a, elle, essayé de mesurer.

M. Atkinson: M. le Président, une petite question complémentaire.

Le Président (M. Joly): Très très petite.

M. Atkinson: Avec votre proposition, que seraient les tâches d'une infirmerie **clinicienne**?

M. Clair: Je vais vous dire bien humblement: Je n'ai pas la compétence technique pour répondre à votre question.

M. Atkinson: Merci.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Je ne retire strictement rien de ce que j'ai dit sur la qualité du mémoire qui a été présenté, même si, à l'occasion, il y a certains éléments qui ne font pas mon affaire. Ça fait partie de nos mécanismes de consultation et on aura très certainement à se revoir et à se parler pour les prochaines phases. Merci.

M. Clair: Alors, je vous remercie de nous avoir invités.

Le Président (M. Joly): Merci au nom des membres de la commission et, à mon tour, je vous remercie. J'appellerais maintenant la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec, s'il vous plaît, à bien vouloir s'avancer, prendre place.

S'il vous plaît! Ceux qui ont terminé, s'il vous plaît! Mme Picard, bonjour, bienvenue à cette commission. Premièrement, vous avez une vingtaine de minutes pour présenter votre mémoire et, par après, nous divisons la balance du temps, là, entre les parlementaires des deux formations. J'apprécierais, Mme Picard, si vous pouviez nous introduire les deux personnes qui vous accompagnent.

COPHAN

Mme Picard (France): Merci, M. le Président, et merci, M. le ministre, de nous avoir accueillis à cette consultation. Sont avec moi, à ma gauche, M. Michel Trottier, trésorier de la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec, et, à ma droite, M. Richard Geoffrion, directeur général de la Confédération.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. À vous. Vous avez la parole.

Mme Picard: Merci, M. le ministre, bien sûr que nous sommes très préoccupés par cet enjeu que vous mettez maintenant sur la place publique: le financement des services de santé et des services sociaux.

En guise d'introduction - et je pense que ce n'est probablement pas le cas de nous seulement - nous déplorons, en premier lieu, les délais qui ont été accordés pour présenter le mémoire. Nous avons un réseau où il y a beaucoup d'organismes et nous avons dû faire vraiment les choses à la hâte. Malgré tout, je crois que nous vous présentons les enjeux principaux sur lesquels, en tout cas, nous aimerions que vous apportiez une attention particulière. Comme nous avons eu peu de temps pour faire nos consultations, nous nous sommes donc appuyés sur des résolutions préalablement adoptées par

nos membres en assemblée générale et surtout sur les résultats de la commission consultative sur la situation des personnes handicapées, cette commission qui a fait le tour de la province au mois de juin dernier, qui a accueilli 110 mémoires, qui a écouté 90 groupes et qui déjà, même si le rapport n'est pas public, nous fait connaître certaines opinions des personnes handicapées vis-à-vis des problèmes ou des situations que vous posez dans votre document.

Quelques mots de présentation sur la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec, la COPHAN. Je vous rappelle que cet organisme a vu le jour en octobre 1985. La COPHAN est née de la volonté des associations provinciales de personnes handicapées de se regrouper dans une coalition afin de mieux représenter les intérêts des personnes handicapées. C'est un organisme qui regroupe des associations provinciales qui, elles-mêmes, ont des membres au niveau local et, bien sûr, nous rejoignons les personnes handicapées ayant des déficiences diverses, c'est-à-dire l'ensemble des déficiences qui peuvent être existantes sur le territoire québécois. Au Québec, entre 500 000 et 800 000 personnes sont atteintes d'une déficience soit physique, psychique, intellectuelle, organique ou sensorielle, et la COPHAN est le porte-parole officiel au Québec pour représenter les intérêts des personnes handicapées, également au niveau du Canada et même au niveau international dans le réseau de la francophonie. Notre mission principale est de sensibiliser les instances gouvernementales, les principaux agents socio-économiques ainsi que le public. Vous connaissez notre culture organisationnelle, M. le ministre. Nous sommes intervenus à maintes reprises auprès des décideurs gouvernementaux pour les convaincre de l'importance de l'intégration sociale des personnes handicapées.

(16 heures)

Mais, au fait, qui sont ces personnes handicapées? Le portrait de famille des personnes handicapées n'est pas des plus explicites au moment où on se parle. Les statistiques nous privent de beaucoup d'informations encore à ce jour. Cependant, selon une enquête canadienne postcensitaire sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), réalisée en 1986, 12 % de la population du Québec, 800 000 personnes, ont au moins une limitation d'activité. La difficulté d'établir des données précises sur le nombre de personnes handicapées s'explique notamment par l'absence au Québec de définitions et d'orientations cohérentes en ce domaine. La notion même de personne handicapée ou ayant une déficience ou une incapacité varie selon les organismes. Que l'on s'adresse à la CSST, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, que l'on s'adresse à la RAAQ ou à l'Office des personnes handicapées, nous faisons appel à des divergences

d'opinions. Il y a donc une nécessité d'établir une cohérence entre tous ces intervenants et leur mode d'intervention. C'est sur ce fait que nous insisterons plus loin dans notre rapport pour créer une équité entre les personnes handicapées elles-mêmes, bien sûr, une équité entre les personnes handicapées et la population en général.

Au niveau économique, souvent, nous disons que ce sont les plus pauvres des pauvres. Les personnes handicapées sont économiquement très pauvres. La direction de votre ministère, le MSSS, affirme que 68 % des adultes ayant des incapacités ont des revenus annuels de moins de 10 000 \$, ce qui n'est pas étonnant si on considère que la moitié des adultes sont inactifs sur le marché du travail, alors que, par comparaison avec la population en général, ce serait le quart. La CSN dit même que 75 % des personnes handicapées sont sans emploi au Québec.

Autre situation particulière des personnes handicapées, elles sont aussi sous-scolarisées. De nombreux problèmes d'intégration scolaire des enfants handicapés restent à résoudre. De nombreuses résistances sont dans le milieu et il faut y faire face. Encore une fois, les données du service d'évaluation du ministère tendent à démontrer que les personnes ayant des incapacités sont plutôt isolées et plus isolées que l'ensemble de la population.

Au Canada, 18,9 % des adultes ayant des incapacités vivent seuls, alors que cette proportion est de 10 % de la population en général. L'isolement, la sous-scolarisation, la pauvreté entraînent des malaises au niveau de la condition physique et sont souvent générateurs de déficiences ou de handicaps. Nous sommes dans une espèce de cercle vicieux. C'est pourquoi la COPHAN s'acharne vraiment à investir dans l'intégration sociale des personnes handicapées.

En ce qui concerne votre document, M. le ministre, disons d'abord que le système de santé et de services sociaux du Québec a contribué de façon significative au mouvement d'intégration des personnes handicapées du Québec depuis une vingtaine d'années. On sait, par exemple, tout l'apport de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et de l'Office des personnes handicapées au cours des 15 dernières années. Mais les organismes de personnes handicapées consultés à l'occasion de la commission consultative de juin dernier s'entendent pour déplorer l'absence de ressources en quantité et en qualité suffisantes pour répondre aux besoins de base des enfants et des adultes handicapés.

C'est pourquoi l'essentiel de nos réactions à vos propositions s'appuie sur deux axes: la primauté de garantir les principes d'équité, d'universalité et d'équité des services dispensés pour pallier les conséquences des maladies, traumatismes et déficiences; deuxièmement, l'importance de mettre l'accent sur la prévention

sur tous les fronts de la maladie, des traumatismes et des déficiences.

Au fond, ce que nous allons vous expliquer un peu tout au long de ce document apparaît dans notre mémoire, à la page 5, où on indique qu'avant de passer à la taxation, à d'autres formes de taxation, l'on doit se demander si tous les efforts de rationalisation des ressources déjà existantes, soit humaines, financières et matérielles, ont été faits. Est-ce que tous les partenaires socio-économiques ont fait un effort pour vraiment maximiser le rendement des ressources en place?

À ce titre, nous vous posons trois questions auxquelles nous réfléchissons ensemble, je l'espère. Les ressources physiques et humaines utilisées sont-elles toujours des plus efficaces relativement aux besoins? Y a-t-il surconsommation et abus du système? Si oui, qui en est responsable? Comment, collectivement, voulons-nous répartir et assumer les risques liés à la maladie et à ses conséquences? Voulons-nous les assumer de façon solidaire par mutualisation et paiement en fonction des revenus, ou les assumer individuellement en fonction de leur consommation?

Pour une orientation claire en matière de prévention. Les conclusions de nombreuses études de même que les commentaires des représentants d'organismes de personnes handicapées convergent de plus en plus dans le sens d'actions axées vers la prévention. Encore une fois, je me permettrai de citer le rapport de la commission consultative de la COPHAN disant: «Les associations de personnes handicapées ne tiennent nullement à faire du recrutement et veulent qu'on agisse à la base.» Il faut reconnaître que des efforts ont été consentis et que certains progrès se sont manifestés depuis 10 ans, notamment au chapitre des habitudes de vie, de prévention des accidents et des risques génétiques et de périnatalité. Mais il reste encore beaucoup d'efforts à faire en ce qui concerne la prévention des maladies professionnelles. Il faut chercher aussi à influencer les conditions socio-économiques précaires et à améliorer les situations des quartiers pauvres qui peuvent générer des personnes ayant des déficiences et des limitations.

En ce qui concerne les mesures portant sur la détermination des dépenses, les mesures proposées au chapitre de la détermination des dépenses nous paraissent généralement appréciables. En effet, l'éventuelle croissance des besoins en matière de services appelle un effort accru et nécessaire dans les contrôles de l'adéquation entre l'investissement de l'État et les services offerts et dispensés. Par contre, l'idée de réévaluer la gamme et l'étendue des services demeure pour nous inacceptable alors même que la gamme actuellement offerte présente plusieurs inéquités. Ainsi, on sait, par exemple, que des seringues sont distribuées gratuitement aux toxicomanes pour prévenir le sida. Nous n'avons

rien contre la protection de cette situation, mais pourquoi n'en est-il pas de même pour les diabétiques qui, eux, ont à payer plusieurs appareils et médicaments de soutien?

La révision de l'étendue des services de base doit se faire en fonction de l'utilité et de l'efficacité des services. L'accès à plusieurs prothèses, orthèses et services sociaux de toute première nécessité est assujéti à des critères d'âges et de revenus. Encore une fois, votre direction de l'évaluation estime que 10 % des personnes âgées du Québec ayant besoin d'une aide technique pour la mobilité ont des besoins insatisfaits. Les services de réadaptation en région se font toujours attendre, si bien que les personnes de l'Outaouais et de la Gaspésie doivent aller quérir des services dans les provinces voisines souvent.

Pour ce qui est de l'allocation et de l'utilisation des ressources pour les organismes membres de la COPHAN, la clé pour résoudre le problème lié à l'augmentation des dépenses se trouve d'abord dans la poursuite des efforts pour rationaliser l'allocation et l'utilisation des mesures. Vous en êtes conscient vous-même, M. le ministre, que dans notre domaine, puisque nous y sommes, au niveau des prothèses auditives, on a découvert que certaines prothèses étaient payées au double du prix par l'OPHQ, comparativement à ce que la Régie de l'assurance-maladie payait pour la même prothèse. Lorsque nous pensons à la rationalisation de l'utilisation des ressources, c'est à ce genre d'exemple que nous pensons. Est-ce qu'on a toujours les services au meilleur prix? Est-ce que la durée d'utilisation des prothèses est maximisée également? On sait que certaines prothèses sont mises au rancart après quatre ans alors qu'elles pourraient certainement être utilisées davantage. Ce sont tous ces efforts, M. le ministre, tous ces points qu'on veut que vous regardiez avant de passer à l'impôt, à la taxation, avant de taxer la maladie.

Évidemment, nous nous posons aussi beaucoup de questions au niveau de la professionnalisation à outrance et des pratiques professionnelles coûteuses. Comment s'assurer que la personne handicapée reçoit les services dont elle a besoin, toujours dans des cadres qui nous permettront d'étirer les budgets, de les utiliser pour un plus grand nombre de personnes?

Pour le maintien à domicile, nous parlons souvent de l'allocation directe. On sait que certaines personnes handicapées bénéficient maintenant d'une allocation directe leur permettant de gérer elles-mêmes leur maintien, les frais de maintien à domicile, par exemple, alors que, pour d'autres, ça se fait par l'intermédiaire du CLSC. Bien sûr que nous sommes pour l'autonomie des personnes handicapées, mais pas à n'importe quel prix. Est-ce que, dans les coûts auxquels les personnes handicapées doivent faire face, il y a une équité entre les tarifs dévolus aux CLSC et ceux qui doivent gérer eux-mêmes

leur maintien à domicile? Il faut, à tout moment, à notre avis, bien penser à cette équité entre les personnes handicapées qui doivent recevoir des services.

Les mesures portant sur le financement. Les mesures proposées pour modifier les modes de financement constituent, selon la COPHAN, l'un des plus grands dangers de cette réforme quant au maintien des principes d'équité, d'universalité et de gratuité mentionnés plus tôt. La fiscalisation demeure, selon nous, le moyen le plus approprié, le plus civilisé pour assurer le financement des services. Requérir la contribution des personnes malades et handicapées pour les services qu'elles reçoivent, c'est taxer la maladie et les traumatismes et leurs conséquences. C'est une mesure qui brise la solidarité et les équités sociales sur lesquelles reposent et doivent continuer de reposer notre système. L'impôt-services est injuste parce qu'un individu ayant des limitations, requérant des services, doit payer plus qu'un autre individu ayant un revenu équivalent, mais qui n'a pas de limitation fonctionnelle. L'exclusion des plus démunis des mesures de contribution proposées - dont les nombreux bénéficiaires de l'aide sociale - constituerait un désincitatif supplémentaire au travail et aurait pour effet de maintenir ces personnes en marge du marché du travail.

Quant à votre fonds général des services sociaux et de santé dont la comptabilité serait globale et intégrée dans la perspective du rétablissement des liens transparents entre les dépenses engendrées par la consommation et les besoins de leur financement, nous sommes d'accord. Plus encore, la COPHAN croit qu'il faut élargir l'ampleur d'un tel fonds, de façon à inclure la couverture de tous les coûts reliés aux déficiences, incapacités et handicaps. Pour nous, ça se relie beaucoup à l'idée du fonds de compensation que nous avons souvent mis sur la place publique. Je vous ai parlé d'une inéquité entre les personnes handicapées, c'est-à-dire que les personnes qui sont desservies par le système de la CSST ou de la RAAQ ou par l'OPHQ ne le sont pas de la même façon. Si vous devenez handicapé de la route, vous vous voyez protégé. De la même façon, si vous devenez handicapé par le travail. Mais, si vous êtes handicapé de naissance ou dans des situations en dehors du travail ou de la route, nous assistons à des inéquités qui sont inacceptables. Nous avons tous connu - nous avons tous manifesté à maintes reprises - les listes d'attente, par exemple à l'OPHQ. C'est de ce groupe-là que le fonds de compensation voudrait s'occuper, d'une certaine façon. C'est ce groupe qui est visé par le fonds de compensation afin que toutes les personnes ayant une déficience, que ce soit de naissance ou autrement, puissent bénéficier de services égaux en qualité et en quantité.

(16 h 15)

Le fonds de compensation, selon nous, est

une notion qui s'apparente au fonds général des services sociaux et de la santé. En tout cas, il faudrait voir les mécanismes d'intégration de l'un et de l'autre. Comme vous le savez, il y a trois études au Québec qui sont prévues sur le sujet, la troisième parlant entre autres de l'administration de ce fonds. Ces études seront terminées d'ici à quelques mois, mais il n'est pas étranger pour nous de penser qu'il y a un rapprochement entre les deux. Ce que nous visons, les principales caractéristiques du système du fonds de compensation, ce qu'il devrait couvrir, après évaluation de la personne, tous les coûts supplémentaires, indépendamment de la cause, du type de déficience, de l'âge et du revenu; compenser les coûts supplémentaires liés aux domaines suivants: services de soutien à domicile et aux activités dans le milieu; orthèses, prothèses, autres aides technologiques; adaptation de véhicules, adaptation de logements, médicaments et fournitures médicales nécessaires à long terme; adaptation des postes de travail ou d'étude; médicaments et fournitures médicales nécessaires à moyen terme; mesures de formation et de recyclage; subventions à un employeur pour productivité réduite; fournir des niveaux de couverture au moins équivalents à ceux de la CSST et de la SAAQ; fournir cette aide dans le cadre de plans de services individualisés, et assurer la gratuité des services dans le cadre de ce fonds de compensation universel.

Le Président (M. Joly): S'il vous plaît, en conclusion, Mme Picard.

Mme Picard: En conclusion, ce que nous demandons, M. le ministre, c'est que les personnes handicapées reçoivent les services dont ils ont tant besoin. On espère bien qu'ils ne feront pas les frais de la réforme étant donné qu'on vous a déjà dit qu'ils sont les plus démunis des démunis. Avant de regarder dans des taxations de la déficience, avant de taxer le handicap, nous espérons bien que les autres partenaires sauront faire la part des choses et que nous pourrions trouver, à même les ressources déjà existantes dans le réseau, peut-être pas toutes les réponses, mais de meilleures réponses que celles que nous avons actuellement. Merci.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Dans un premier temps, je voudrais remercier COPHAN d'avoir pris le temps - même si le temps souhaité n'y était pas nécessairement - de venir nous exprimer son point de vue sur un débat qui concerne tout le monde depuis déjà un certain temps, et qui fait l'objet de nos réflexions à travers la réforme, bien sûr, depuis un an et demi maintenant, et, de manière plus spécifique, sur le financement, depuis le dépôt de

notre position en décembre.

Une première chose qu'il m'apparaît très important, à ce moment-ci, de dire: lorsqu'il s'est agi d'implanter l'impôt-services, ça devait normalement couvrir un certain nombre de champs. À l'époque, j'avais décidé qu'au niveau des orthèses et prothèses qu'il soit clair qu'on les retire pour des convictions qui me sont personnelles, mais que j'ai fait partager à nouveau par les collègues...

M. Trudel: Dans un deuxième temps.

M. Côté (Charlesbourg): Oui oui. Ça a été fait et tout le monde a salué cette ouverture d'esprit à l'époque. Il n'est donc pas question, à ce moment-ci, de remettre en cause... C'était une préoccupation du document aussi, de protéger les démunis. Je pense qu'il faut bien admettre qu'on est dans une situation voulant protéger les démunis, que la grande majorité des personnes handicapées sont des personnes qui peuvent entrer dans cette catégorie de personnes plus démunies - sur le plan financier, il faut bien se comprendre. Il n'y a pas de changement de cap par rapport à ces orientations-là. Cependant, il ne faut quand même pas non plus faire abstraction de tout ce qui pourrait être un apport dans l'efficience et l'efficacité. Vous avez donné quelques exemples, au niveau des prothèses auditives, qui sont assez intéressants, et on a eu l'occasion d'échanger en cours de route.

Vous dites, dans le mémoire, que les services sont déficients sur le plan quantitatif et qualitatif, si j'ai bien saisi le message que vous avez voulu nous livrer, pas nécessairement partout, mais à certains endroits. Cependant, il y a quand même une capacité limitée de l'État d'intervenir, je pense. Bien sûr qu'il y a des priorités à faire, et ça doit se faire compte tenu de la capacité de l'État de payer. Il y a toute une série de programmes sur lesquels nous investissons des sommes considérables: prothèses, orthèses, adaptation de domiciles, adaptation de véhicules, en termes de programmes, et j'en passe dans toute la série que vous connaissez.

Est-ce que notre objectif, à ce moment-ci - compte tenu de nos capacités - ne pourrait pas être de faire en sorte qu'on protège davantage les démunis que les riches? Je sais que je vais heurter, par ma question, des principes que vous défendez depuis de nombreuses années, mais je vais pousser très loin, en ce sens que, si on continue d'avoir un discours qui est universel et qu'on n'a pas les moyens de se payer, on risque éventuellement d'atteindre des personnes démunies qu'on veut à tout prix protéger.

Prenons un exemple: une personne qui est en situation d'adaptation de domicile, qui a un revenu de 200 000 \$ à 250 000 \$ par année, et qui fait une demande d'adaptation de domicile. Sa demande est traitée parce qu'elle est la première sur la liste. Ce n'est pas parce qu'elle a les

moyens ou pas. Elle est traitée parce que c'est la première sur la liste, et que c'est la règle qui est établie. On épuise, pour les 10 premiers, les sommes d'argent qu'on a de disponibles, qu'on peut mettre dans un programme comme celui-là, alors qu'on se retrouve avec quelqu'un qui était quatorzième sur la liste d'attente et qui a son revenu d'aide sociale, point. Est-ce qu'on n'est pas dans une situation inéquitable vis-à-vis des personnes qui ont besoin de services? La question est dure, mais c'est une réalité aussi avec laquelle il faut vivre, compte tenu des moyens limités de l'État. Comment est-ce que vous vous sentez, au COPHAN? Ce sont des situations réelles, ça. Comment est-ce que vous vous situez face à des cas comme ceux-là?

Le Président (M. Joly): Mme Picard.

Mme Picard: M. le ministre, vous allez vraiment au cœur des choses. D'abord, j'aimerais vous rappeler la résolution du Conseil des ministres, en 1988, qui avait dit, en principe, qu'il y aurait compensation de la déficience. Vous allez me dire: Mme Picard, on est en 1992, on n'a plus d'argent. On ne peut plus assumer cette résolution du Conseil des ministres. Je vais vous dire, en tant que payeur de taxes, que je suis bien prête à regarder ça avec vous. Ce qui me surprend, M. le ministre, c'est que vous nous donnez l'exemple de la personne handicapée qui est riche. N'y a-t-il pas, dans la société, des gens très riches qui ne sont pas handicapés, en surplus, et qui reçoivent des services de santé et des services sociaux gratuitement? Je ne veux pas dire que les intérêts des autres personnes ne sont pas importants, qu'il n'y a que les intérêts des personnes handicapées, mais, en termes d'équité, ça me surprend, votre exemple, parce que je pense à toutes ces autres personnes qui sont également riches et qui reçoivent pourtant des services de santé et des services sociaux. Je n'ai pas tout à fait terminé.

M. Côté (Charlesbourg): Non, mais juste pour compléter la réponse, il le faut, là. Si on veut être honnêtes, tout le monde ensemble, les personnes handicapées reçoivent aussi des services médicaux, de la même manière que les autres personnes riches les reçoivent. Là, on est en services complémentaires mais nécessaires. On se comprend là-dessus.

Mme Picard: Oui oui, bon, toutes choses étant égales, mais mettons bien les morceaux du puzzle. N'oublions pas certains coins du casse-tête. Les personnes handicapées... Ce que la résolution du Conseil des ministres dit, c'est: Payons pour la compensation de la déficience. C'est évident que la personne qui gagne 50 000 \$ et qui n'est pas en fauteuil roulant, qui est capable de faire son parler, qui est capable d'arranger sa maison... La personne handicapée

qui gagne 50 000 \$ ne gagne plus 50 000 \$ parce qu'elle doit payer pour ces services-là... De par sa situation en tant que telle, déjà, son salaire est réduit. Donc, est-ce qu'on doit faire payer les personnes handicapées qui sont plus riches parce qu'il y en a qui sont très pauvres? Il y a aussi la «concrétitude» de votre question. La personne pauvre ne va pas vous demander d'adapter sa maison. Alors, on joue un peu jusqu'au bout du raisonnement. Elle ne peut même pas envisager l'achat d'une maison. Il faut d'abord envisager l'achat de la maison, mais ce n'est pas le fond de la question. Nous, du point de vue de la COPHAN, si vous pensez à ce que les gens qui sont plus riches devraient payer, je me sens mal à l'aise avec le fait que vous m'apportez déjà la situation des personnes handicapées en premier. Je sais que M. Trottier veut ajouter à ça.

M. Trottier (Michel): M. le ministre. Vous savez, c'est toujours... La question demeure toujours: Où doit-on tirer la ligne? Si on la tire à 250 000 \$, bien, j'en suis. Mais seulement, vous savez, à ce moment-là, il faudra la tirer aussi peut-être un peu plus bas ou un peu plus haut. C'est là qu'est mon problème et ce sera aussi votre problème. Ha, ha, ha. Ce sera aussi votre problème. Remarquez bien qu'il faut aussi regarder au niveau de l'équité. Est-ce qu'on doit aussi, dans un sens, punir et pénaliser les individus qui ont un certain montant d'argent et, jusqu'à un certain point, espérer que ceux qui n'en ont pas recevront gratuitement tout ce que les autres auront à payer? Ça m'apparaît un danger social sérieux d'inéquité, et je pense qu'il faudra être très prudent avant de s'embarquer là-dedans.

M. Côté (Charlesbourg): C'est-à-dire que vous êtes de bons politiciens.

M. Trottier: À peine, on ne va pas à votre cheville.

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

Mme Picard: ...très forte de pression.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, vous êtes après me donner un cours, là. Il est clair que les capacités de l'État, ce n'est pas illimité. On le voit là. Vous le dites, vous-même: On est dans des situations où il y a des régions où il n'y a pas de services. On est en attente d'implantation de services. Dans d'autres régions, le qualitatif peut être questionné. Au moment où on discute, à ce moment-ci, on dit: On a probablement atteint les capacités de l'État de ce qu'il peut mettre dans la boîte. Moi, je me dis: Il y a d'autres sortes de problèmes qui se posent, puis c'est exploratoire.

Je pense que, comme on vous a - il n'y a

pas beaucoup de personnes handicapées qui sont représentées autour de cette table - comme je vous ai sous la main, je ne peux pas hésiter à vous poser ces questions-là. Est-ce qu'on n'est pas, dans l'ordre de priorité de dispensation des services - parce qu'il y en a un - avec la date, sans tenir compte de l'état de l'individu, sur le plan financier, est-ce qu'on n'est pas injuste dans notre injustice? Est-ce qu'on ne serait pas un peu moins injuste si on desservait les plus démunis avant les plus riches? C'est uniquement ça, et je ne prévois pas demain matin qu'on puisse avoir des centaines et des centaines de millions. Si on règle le fonds de compensation, on va probablement régler une partie des problèmes... Vous êtes d'accord avec les études, vous en avez la responsabilité. Alors, on va voir ce que...

Mme Picard: Bien sûr, mais nous la partageons, M. le ministre. Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça, tandis que ce que je partage, moi, ce sont les finances dans l'étude...

Mme Picard: Déjà beaucoup!

M. Côté (Charlesbourg): ...et, à partir de ce moment-là, on verra ce que ça donne sur le plan des études. Mais, au moins, c'est en marche. La question se pose à ce niveau-là, puis je pense qu'il va falloir, un de ces bons jours, y répondre, puis tenter de donner des orientations quant à ça. Mais je comprends que ça vous place dans une mauvaise situation pour y répondre, je vais aller ailleurs. Bon pour une autre question.

M. Trottier: M. le ministre, peut-être, avant que vous alliez ailleurs, je pourrais vous dire que vous aurez quand même un problème administratif énorme. S'il faut attendre, si vous voulez, d'avoir un échantillonnage complet pour déterminer qui doit avoir le service, à partir du plus démuné jusqu'au moins démuné, bien, il va falloir peut-être attendre longtemps! Il y a toujours pire, et il y a toujours un peu pire, puis un peu pire.

M. Côté (Charlesbourg): Mais, ce que j'ai compris, c'est que la majorité est dans le pire.

M. Trottier: C'est vrai...

M. Côté (Charlesbourg): Oui. La très large majorité est dans le pire.

M. Trottier: ...et, à ce moment-là, justement... Je pense que dans un sens, les demandes que vous avez d'adaptation de maisons de ceux qui ont 250 000 \$ sont très rares.

M. Côté (Charlesbourg): J'ai pris cet exemple-là. Évidemment, on peut le charrier à

l'extrême d'un bord comme dans l'autre.

M. Trottier: Exactement.

M. Côté (Charlesbourg): On peut aussi bien...

M. Trottier: Mais, j'ai...

M. Côté (Charlesbourg): ...dire: Il n'y en a pas de personnes handicapées qui ont 250 000 \$ de revenus. De la même manière, on peut dire qu'il n'y a personne de handicapé qui n'a pas de maison non plus, tu sais... Ils n'ont pas de revenus pour une maison.

M. Trottier: D'accord.

M. Côté (Charlesbourg): On peut charrier dans les deux extrêmes, là.

M. Trottier: J'ai simplement voulu suivre votre exemple.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais, quand j'ai donné les 250 000 \$, c'était justement pour qu'on n'exclue pas, qu'on n'en arrive pas à parler des 50 000 \$ ou des 40 000 \$...

M. Trottier: D'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Il y a des évidences, là. Je vous interpelle parce que vous avez semblé raisonnable sur les prothèses auditives en disant: On ne devrait plus nécessairement avoir comme guide quatre ans. Après ça, il va y avoir des vendeurs de prothèses qui vont se promener, puis ils vont dire: Écoutez là... Ils vont frapper à la porte, ils vont dire: Madame, ça fait quatre ans que vous l'avez, en voulez-vous une neuve, vous avez droit à une neuve? et ce, sans nécessairement s'assurer qu'à ce niveau-là le travail d'évaluation a été fait. Finalement, il y a des audiologistes qui m'ont dit qu'ils en ont récupéré quatre, cinq de la même personne, qui étaient encore fonctionnelles, puis qui répondaient encore aux besoins. Est-ce qu'on n'est pas au-delà de tout cela? J'ai vu que vous étiez passablement raisonnable. L'important, c'est d'avoir une prothèse qui répond à votre déficience et qui comble votre déficience, peu importe le temps. Si elle dure six ans, elle durera six ans; si elle est de huit ans, ce sera huit ans, au lieu d'une période fixe pour le renouvellement, donc, la dépense obligatoire.
(16 h 30)

Dans ce même esprit, est-ce que vous faites une différence concernant la déficience permanente et la déficience temporaire? Je vais tout vous donner mon paquet en même temps parce que j'aurais l'air d'être un cachottier qui ne vous dirait pas ce qu'il veut exactement. On sait qu'il y a des prothèses temporaires qui sont payées actuellement par la Régie de l'assurance-

maladie du Québec, et je ne sais pas si on devrait les payer. Moi, quand quelqu'un arrive, qu'il va faire du ski et qu'il a une prothèse protectrice pour aller faire du ski qui est passée à travers le système, qui est payée par la RAMQ, je me questionne très sérieusement, merci. De ça, il y en a pour 6 600 000 \$ par année. Alors, déficience temporaire et activité sportive. Est-ce que, dans ces cas-là, on fait une distinction nette entre déficience permanente, qui est claire au niveau de nos lois et de nos règlements, par rapport à déficience temporaire?

Mme Picard: Vous avez des exemples très pointus. Déficience permanente ou temporaire? On ne sait jamais quand la déficience temporaire ne deviendra pas permanente. Vous entrez encore dans des secteurs où on devient malade, temporairement handicapé ou non, et c'est payé. On devient handicapé temporairement et, là, ça serait plus questionnable.

Moi, ce que je pense, c'est qu'actuellement le ministère de la Santé et des Services sociaux fournit un certain nombre de choses gratuitement pour permettre à la personne de rester fonctionnelle ou d'allonger son niveau fonctionnel. Que ce soit temporaire ou durable, nous touchons toujours à cet aspect de l'universalité et de l'équité. Il se peut fort bien qu'une personne qui a une incapacité temporaire soit très mal prise. Moi, je me sentirais très mal prise pour dire: celle-là n'y a pas droit parce que c'est temporaire. Je crois que c'est bien difficile de créer des priorités dans ce domaine-là.

J'avais l'habitude de dire, du temps où il y avait moins de transferts de programmes... Quand les personnes handicapées allaient à l'Office et faisaient une demande, il y a eu... Un jour, un ministre du Conseil du trésor nous a dit: Donnez-moi les priorités. Je lui ai répondu: Quand une personne handicapée se décide à faire une demande parce qu'il y a quelque chose qui ne marche plus chez elle, en principe, c'est parce que c'est sérieux. De toute façon, avec les longueurs de temps où il fallait attendre à l'Office, il fallait que ça soit très sérieux. On ne fait pas ce genre de demandes là, on ne va pas à l'hôpital nécessairement pour faire appel à des professionnels juste par caprice. Je crois que, là encore, durable ou temporaire, les personnes handicapées ont droit à des services. On sait qu'une personne qui a un handicap temporaire - prenons votre exemple jusqu'au bout - on ne l'aide pas. Elle perd son travail à court terme. Ce sont tous des payeurs de taxes à long terme, de toute façon. S'ils ne le sont pas maintenant, ils vont le devenir. Je crois que c'est un investissement à bien court terme de penser qu'on ne peut pas lui aider à ce moment-ci et de penser que, bon, elle avait bien juste à ne pas faire du ski ou ne pas rentrer dans un arbre. C'est un accident. Il y a bien d'autres accidents dans notre société. On prend soin des toxicomanes et

on prend soin des sidéens. Est-ce que ce sont toutes des choses qui nous arrivent par hasard? Ce n'est pas tous des gens qui ont frappé des arbres.

M. Côté (Charlesbourg): Vous me signifiez que j'ai fini, là.

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

M. Côté (Charlesbourg): Alors, j'ai fini, mais je ne suis quand même pas satisfait de ma réponse. Satisfait de ma question, mais pas satisfait de ma réponse. On échangera très certainement là-dessus parce que je ne suis pas convaincu que, à ce niveau-là, il n'y a pas un questionnement de la capacité de l'État à payer ce genre de situation là, en particulier sur le plan sportif. Pour le travail, je ne suis pas loin de faire le même bout, mais, quand il s'agit de sport, je m'interroge très sérieusement merci, surtout dans le cas temporaire.

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

M. Trudel: Pas le dos de Mario Lemieux, là!

M. Côté (Charlesbourg): Ha, ha, ha! La cheville de Sakic.

M. Trudel: Je vais en faire un petit bout là-dessus, si vous me permettez, en vous souhaitant la bienvenue. C'est une question intéressante. Si j'ai bien compris, on est ici pour se reposer des questions parce qu'il y a des problèmes, et on veut trouver des réponses ensemble. D'abord, je vais vous féliciter, votre association. Ce n'est pas facile, comme confédération d'organismes de personnes handicapées, de... Ça a été rapide, puis là, comme on dit dans le langage: «Quand je fais ça, là, je varlope pas le ministre, là.» Mais ça a été rapide, et c'est important que des gens comme vous autres viennent nous dire, pour cette catégorie de personnes... On est appelés, dans notre travail, quotidiennement, à avoir des contacts avec les associations qui sont membres de la COPHAN. Le moins qu'on puisse dire, c'est que ces associations et ces personnes sont déterminées, et heureusement! C'est plaisant de travailler avec vous parce que, justement, non seulement vous faites la défense, mais vous faites aussi la promotion des personnes handicapées. Ça, ça se reflète dans votre mémoire aussi aujourd'hui.

C'est assez concret votre affaire! Ça, quant à moi, j'apprécie, parce que, quand on va finir la commission, il va y avoir des décisions à prendre. Il y a du fric qui manque quelque part. Alors, il va falloir le leur donner. Sur ce mode... le temporaire et le permanent. On sait de quoi on parle. Vous dites, dans votre mémoire, à la

page 8, quant aux services de base en matière de santé et de services sociaux, des services assurés... Le langage des gens qui tournent autour de ça, ils disent: La révision du panier de services. On s'entend. C'est ça, le code maintenant, la révision du panier de services. Vous dites: Ça doit se faire en fonction de l'utilité et de l'efficacité. Je suis tenté de faire un parallèle en disant: C'est vrai que c'est très difficile entre le permanent, le temporaire, le professionnel du hockey et celui qui a besoin de l'orthèse-prothèse pour gagner sa vie, etc.

Est-ce que vous, comme membre d'une association et regroupement d'associations, vous pensez que sur le plan de trouver la division, de trouver la réponse... Est-ce que vous pensez que vous pourriez être autour de la table et que, sur le plan éthique, on puisse trouver une réponse à cela? Est-ce que c'est possible, ça, qu'on puisse dire: Des gens autour d'une table peuvent en arriver à déterminer, à partir de principes généraux, qui a le droit ou pas le droit? Je fais tout de suite un commentaire parce que c'est ce que vous soulignez, monsieur, en disant: Oui, mais le problème, c'est où est-ce qu'on met ta ligne? Le ministre entend au niveau financier selon la catégorisation Lessard. Vous avez vu ça dans **La Presse** hier? Tantôt, il jouait au Robin des bois. On vole aux riches puis on donne aux plus pauvres. Des fois, il est banquier et, des fois, il est Robin des bois. Le problème, c'est où on tire la ligne en ce qui concerne les services ou à quelle catégorie de personnes on donne ou on ne donne pas.

Est-ce que vous êtes prêts à vous asseoir à un comité décisionnel pour définir, à partir de principes généraux, ceux qui sont vraiment des permanents puis, dans les temporaires, ceux qui doivent être considérés pour des motifs... je vais dire x, y, z parce que si j'emploie un mot, tout de suite, je me fixe dans une définition. Est-ce que vous pensez que c'est possible, ça?

Mme Picard: Juste comme indication, et M. Trottier va compléter. Bien sûr que nous ne retirerons jamais notre sens des responsabilités vis-à-vis la capacité d'influencer des décisions en faveur de meilleurs services pour les personnes handicapées. En même temps que j'accepterais, peut-être, de m'asseoir à cette table, je demanderais probablement aux décideurs aussi de pouvoir poser la question autrement. Je me sens prise dans un piège avec cette question. M. le ministre m'a dit: Je ne suis pas content de la question et de la réponse. Au fond, est-ce que nous avons la bonne question? M. Trottier.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: C'est bon, ça!

M. Trudel: Ils font les questions puis les réponses. C'est bon!

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends, là, c'est que vous êtes arrangés comme nous: on veut avoir des questions, puis des réponses qui nous plaisent. Quand la réponse ne marche plus, vous allez devoir nous poser la question.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Un bon échange. C'est un bon échange.

Mme Picard: En tout cas, ça prend une interinfluence sur les questions et les réponses.

M. Trottier: Cela dit, M. le ministre, on change les questions quand on a les meilleures réponses. Ha, ha, ha! M. le député, c'est un problème de tirer la ligne, mais je pense que ce n'est pas tellement à partir d'une discussion éthique qu'on va réussir à régler notre problème. Ce serait beaucoup plus à partir d'une discussion terminologique ou une discussion, si vous voulez, de réalisme. Qu'est-ce que c'est qu'un handicapé? Une personne ayant des incapacités, ayant des déficiences, ça existe à la pochetée, partout à travers notre monde. J'en ai une qui consiste à avoir besoin de porter des lunettes. Ça, c'est une déficience, une incapacité et je dois la combler à partir de, justement, ce correctif, le port de verres. Donc, tant que j'ai cette déficience et que j'ai le correctif, je ne suis pas un handicapé. Aussitôt que je n'ai plus le correctif, je suis un handicapé. Alors, à ce moment-là, ça devient très important de bien définir, si vous voulez, ce que c'est qu'un handicapé. Des handicapés temporaires, il n'y en a pas tant que ça, à ce moment-là.

M. Trudel: M. Trottier, juste rapidement, c'est parce que je trouve que vous êtes en plein dans le mille quant au type de réponse, mais, vous voyez, le ministre - si je me trompe, il le dira - quand il pose sa question, lui, il dit: Regardez, selon les statistiques, j'en ai pour 6 000 000 \$ dans le temporaire. C'est que lui ou les gens qui lui ont donné les notes ont déjà posé un jugement. C'est évident que, quand il dit 6 000 000 \$, c'est que quelqu'un a tiré la ligne quelque part. Je ne m'obstine pas là-dessus. Mais vous, vous dites: C'est une question de terminologie, c'est correct, je m'entends sur le terme. Vous dites que peut-être on n'a pas posé la bonne question. Est-ce que vous pensez - c'est pour faire une image ce que je vais dire - qu'on serait prêts à s'asseoir avec **Cantin** de la Régie de l'assurance-maladie et dire: Ces catégories-là, ce que le ministre a appelé les «temporaires» tantôt, on pourrait les regarder? **Cantin** n'est pas mieux organisé que nous, actuellement, pour répondre. Ce qu'il a, c'est: Je paie tout le temps, toujours, suivant que tu rentres ou que tu n'entres pas dans la ligne. Il me semble que c'est un peu rigide comme

définition. Moi, ce que je vous dis, c'est: Est-ce que les personnes concernées, dans le cas des personnes handicapées... C'est pour ça que j'appelle ça une question d'éthique parce que où se fait la démarcation? Vous avez absolument raison, j'en ai des prothèses, qu'est-ce que vous voulez? J'ai passé 40 ans, je les mets mes prothèses, sauf que ça prend quelque'un quelque part... comme décision sociale. Est-ce que vous pensez qu'on peut réellement y parvenir sur le terrain du concret? On peut avoir, un samedi soir, M. Trottier, madame et monsieur, une très longue discussion là-dessus. Ça fait des dîners de salon épatants, sensationnels et on sort de là tous les deux plus riches. Mais, quand on est poigné avec un problème d'argent, est-ce que vous pensez que sur le terrain du concret on peut en arriver - elle est en dedans la décision - à trancher dans le débat? Est-ce que ça se peut, ça?

M. Trottier: Forcément, M. le député, il y aura un moment où il faudra tirer la ligne. Je sais très bien qu'en tirant une ligne on va pour ainsi dire en satisfaire quelques-uns et en insatisfaire quelques autres. Maintenant, nous vous disons essentiellement que le nombre de handicapés temporaires n'est pas si grand que ça. Dans un sens, nous doutons, si vous voulez; la définition qui nous laisse croire qu'on dépense 6 000 000 \$ par année pour des handicapés temporaires me surprend et m'effraie un peu. J'ai l'impression qu'on a rentré dans cette catégorie un paquet de monde qui n'y allait pas. Ça, c'est ma façon à moi de voir le problème. J'espère que j'ai raison dans un sens. Je ne peux pas répondre totalement à votre question parce qu'essentiellement, si vous voulez, il va falloir tirer une ligne quelque part, je le sais.

M. Trudel: Non, mais ce que vous dites, c'est: On serait prêts à s'asseoir pour être des dessinateurs en même temps que d'autres parce qu'on est des concernés.

M. Trottier: Oui, assurément.

M. Trudel: Le ministre a dit - encore une fois, selon certaines notes qu'il a... Vous venez de dire: Je suis très surpris des 6 500 000 \$. Ce n'est pas ça le montant important. C'est un exemple que le ministre donnait. Il aurait pu dire 4 000 000 \$, 3 000 000 \$, 2 000 000 \$ ou 1 000 000 \$. Quelque part, il y a une certaine catégorisation cependant. On a un problème de société pour définir cela. Probablement qu'on n'est pas tellement loin, tout le monde, en disant: la fracture du joueur professionnel de hockey, de basket-ball ou de balle, peut-être qu'il y a quelque chose, quelque part, qu'on pourrait... sauf que là il y a une question. C'est ça une question d'éthique. Dans ce sens là, vous dites que vous êtes prêt à vous asseoir.

On n'a pas beaucoup de temps, M. Trottier, Mme Picard et M. Geoffrion. Il y a une autre chose dans votre mémoire parmi les nombreuses et excellentes suggestions... Je passe par-dessus le fait, même si c'est très important, que vous dites: La caisse santé; excellent, allons-y. Bon, il faut noter ça.

On pose des questions sur ce qui est plus difficile. La fiscalisation, vous dites: Arrêtez-nous ça les impôts particuliers, la maladie et tout cela. Quant à vous, vous dites: On va poursuivre au Québec avec la décision de 1971 sur la solidarité sociale. Si vous payez un peu plus, si vous payez moins, si vous payez le fédéral... On va tout décider ça ensemble. C'est ça que vous appelez de la fiscalisation, et vous dites: On est d'accord avec ça.

Sur la rationalisation et l'efficience, il y a quelque chose quelque part qui m'a fait sursauter - à la page huit ou neuf - lorsque vous dites que pour les CLSC - c'est à la page neuf - en termes de maintien à domicile... Dieu sait que, chez vous, pour votre monde, nos partenaires, les personnes handicapées, c'est un élément important. Vous dites: «L'historique du développement des programmes de maintien à domicile fait en sorte qu'aujourd'hui certains CLSC doivent administrer en parallèle jusqu'à sept ou huit programmes.» Pouvez-vous nous parler de ça un petit peu? J'ai fait une illustration, ce matin, en disant: La piastre qui nous vient du fédéral, je ne suis pas sûr qu'il reste 5 cennes quand elle arrive à l'autre bout. Si, en plus, on est obligé d'administrer ça dans huit programmes différents. Tabarnouche! Je suis certain qu'on paie pour les dépenser, ces 5 cennes-là. Voulez-vous m'expliquer, s'il vous plaît, ce que ça veut dire? (16 h 45)

Mme Picard: M. Geoffrion.

Le Président (M. Joly): M. Geoffrion.

M. Geoffrion (Richard): C'est des choses qui sont possibles. On s'est rendu compte, dans l'opération de transfert des programmes, qu'il y avait des modes de gestion de programmes à l'OPHQ qui étaient des pratiques de gestion, et qui n'étaient pas normés de la même façon au ministère de la Santé et des Services sociaux. En voulant assumer de nouvelles responsabilités, le ministère de la Santé et des Services sociaux a voulu accueillir ces responsabilités-là et les budgets qui suivaient en voulant les normer selon ses modes de fonctionnement. Quelque part, ça a permis de faire le ménage et l'arrimage entre les politiques d'une institution, les pratiques d'une institution, l'OPHQ, et les pratiques du réseau qu'il y avait au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les clientèles étaient parfois les mêmes. Les objectifs de fond, généraux, se rejoignaient. Alors, nous, c'est ce qui fait qu'on est d'accord avec la poursuite de façon assidue et constante

du transfert des programmes, des responsabilités de l'OPHQ pour que les personnes handicapées soient servies dans les ministères qui s'occupent des citoyens et des citoyennes comme tout le monde. On s'est aussi rendu compte que les transferts qui ont été faits ont tous connu une amélioration au niveau qualitatif, au niveau quantitatif. Ça s'est produit en faisant l'arrimage parce que, quand ils recevaient le programme ou la responsabilité, l'institution receveuse s'occupait justement de faire en sorte qu'il n'y ait pas sept, huit programmes...

M. Trudel: C'est parce qu'on n'a pas beaucoup de temps, M. Geoffrion. Alors, quand vous dites sept ou huit programmes, vous voulez dire sept ou huit normes de programmes.

M. Geoffrion: Je pense, par exemple, au soutien aux rôles parentaux. Il y avait des programmes de répit-gardiennage, de rôles parentaux, des programmes qui s'adressent à des familles dans lesquelles il y a un enfant handicapé. Mais là, si c'était parce que vous étiez fatigué, c'était le répit-gardiennage. Si c'était parce que vous n'étiez pas fatigué, mais que vous aviez besoin de quelqu'un pour s'occuper de votre enfant, c'était le soutien aux rôles parentaux. Si c'était un enfant avec une déficience intellectuelle, c'était un autre; s'il avait plus de 18 ans, c'était un autre. Finalement, c'était la même personne qui allait chercher dans le même CLSC et là, j'imagine, l'administrateur essayait de la mettre dans la case où il restait des budgets quelque part. Finalement, en faisant le transfert, ça a permis de faire un peu de ménage là-dedans.

Nous, c'est ce qui fait qu'en ayant vécu et suivi, avec notre rôle de vigilance, tout le processus de transfert, on est convaincus qu'il y a des efforts à poursuivre et à continuer, à rationaliser les dépenses. Les orthèses, au niveau auditif, les prothèses auditives, c'est un exemple. Est-ce que c'est la pointe d'un gros iceberg? Je ne le sais pas. Nous, on n'a pas les chiffres pour ça, mais ce qu'on peut vous dire, c'est que le Centre québécois de la déficience auditive, ils sont branchés, eux autres, sur des dizaines et des dizaines d'associations de personnes où il y a des gens qui utilisent ces prothèses-là. Ces prothèses sont encore bonnes et il y a du monde qui viennent leur dire qu'elles ne sont pas bonnes. Les personnes sourdes sont un peu insécures, alors elles prennent ça pour du comptant, et il y a quelqu'un qui leur fournit une prothèse. Si la prothèse peut durer un peu plus longtemps, personne n'est contre ça. Si les gens de la RAMQ peuvent l'acheter, la même prothèse, pour moins cher que le service d'approvisionnement de l'OPHQ, bien vous allez pouvoir en acheter deux fois plus de prothèses avec le même budget. Faites-en et continuez comme ça.

Comme relation de citoyens à État, on vit dans un cycle où, tous les mois, il y a un palier de gouvernement qui nous attend avec une augmentation de taxes. Là, on est en train de se demander ce que ça va nous donner d'en payer plus. On a l'impression qu'on va en donner plus, mais on n'est pas sûr qu'on va en avoir plus. Alors, je pense qu'avant d'aller plus loin dans les concepts d'impôt et de taxation, etc., il y a un gros gros exercice à faire. Il faut mettre des efforts là-dessus. Peut-être que vous ne trouverez pas les 200 000 000 \$ dont vous avez besoin, mais si vous en trouvez 50 000 000 \$, bien, avec 50 000 000 \$, on peut faire quelque chose.

M. Trudel: C'est un message qui est apprécié. Je vous dirais, à la blague, pour passer le message... Est-ce que c'est terminé?

Le Président (M. Joly): Terminé.

M. Trudel: Il n'y a pas un mois qui passe sans qu'il y ait un gouvernement qui impose une nouvelle taxe. Pour régler ce problème-là à la base, il faut faire sauter un gouvernement, pour être sûr que les taxes ne viendront pas. Si on a tout ça... Je vous remercie de votre présentation, et j'aurais aimé...

M. Côté (Charlesbourg): Hé! Hé! Hé!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est le message que votre parti pouvait livrer en 1976.

M. Trudel: Arrêtez-moi ça, je n'ai pas terminé.

M. Côté (Charlesbourg): Mais en 1980... Jusqu'en 1985, on a vu ce que ça a donné aussi.

M. Trudel: Vous faites de l'interférence, ce n'est pas correct là. Je veux vous remercier de votre présentation et surtout - je pense qu'on peut dire ça - de l'attitude générale que vous avez aussi vis-à-vis de notre système. Je le dis parce que je l'ai remarqué personnellement. Au départ de votre mémoire, vous dites: La loi sur la santé et les services sociaux et la loi sur l'accès des personnes handicapées, ça a amélioré considérablement notre sort. On n'est pas toujours... Il y a des affaires qu'on fait bien au Québec. On a bien fait ça, ce bout-là aussi, et c'est bon. L'autre chose... J'aurais aimé vous interroger aussi sur la question de la tendance à la professionnalisation dans... J'aurais aimé ça qu'on discute de tout cela. Mais ce que vous nous dites comme message terminal, c'est: Continuez à gratter. Si vous en trouvez des bouts, nous on va être là pour vous accompagner. Alors, merci beaucoup. C'est un grand grand plaisir de vous voir.

Le Président (M. Joly): Alors...

Des voix: Merci.

Le Président (M. Joly): ...au nom des membres de la commission, je remercie aussi les gens de la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec. Je ne voudrais pas que vous partiez avec l'impression que certains parlementaires ont développé, ou des marottes ou des hantises. Alors, bon voyage de retour.

J'appellerais maintenant la Coalition des organismes familiaux du Québec à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Bonjour et bienvenue à cette commission. La ou le porte-parole... Madame, vous êtes la porte-parole du groupe?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Joly): S'il vous plaît, votre nom c'est?

Mme Rhéaume (Marie): Marie Rhéaume.

Le Président (M. Joly): Mme Rhéaume. Alors, Mme Rhéaume, j'apprécierais si vous pouviez identifier les gens qui vous accompagnent. La procédure - je pense que vous avez vu ça tantôt - c'est qu'on vous donne une vingtaine de minutes pour livrer votre mémoire. Par après, les parlementaires des deux partis vont échanger avec vous. Alors, s'il vous plaît, vous avez la parole, Mme Rhéaume.

Coalition québécoise des organismes familiaux

Mme Rhéaume: Je me présente. Moi, je suis membre de la Fédération des unions de familles. Je fais partie du conseil d'administration. Je dirige aussi un organisme dans mon travail régulier qui s'appelle la Ligue pour la protection de l'enfance, qui est située à Sherbrooke. Maintenant, je demanderais à mes voisins de se présenter.

Mme Gagnon (Lorraine): Lorraine Gagnon, de la Confédération des organismes familiaux du Québec, vice-présidente, et, mon organisme de base, Entraide-Parents.

Le Président (M. Joly): Madame, monsieur.

M. Perreault (Denis): Denis Perreault, secrétaire général de la Confédération des organismes familiaux du Québec.

Le Président (M. Joly): Merci, M. Perreault.

M. Sarrazin (Richard): Richard Sarrazin. Je suis secrétaire du conseil d'administration du

Regroupement interorganismes pour une politique familiale au Québec.

Le Président (M. Joly): Merci, Madame.

Mme Signori (Céline): Céline Signori, directrice générale de la Fédération des associations de familles monoparentales du Québec.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Rhéaume, vous avez la parole.

Mme Rhéaume: Nous désirons d'abord remercier la commission des affaires sociales d'avoir associé la Coalition québécoise des organismes familiaux à sa démarche. L'invitation, quoique fort tardive, aura quand même permis de présenter le point de vue des familles du Québec à cette réflexion sur le financement des services sociaux et de santé. Notre point porte sur les **enfants** et le financement des services de santé et des services sociaux.

Nous venons d'amorcer au Québec une réflexion sur le financement des services de santé et des services sociaux. C'est le ministre Côté qui nous a tous conviés à cette réflexion d'une importance capitale en rendant public, en décembre 1991, le document intitulé «Un financement équitable à la mesure de nos moyens». Dans son document, le ministère de la Santé et des Services sociaux fait état de l'évolution des dépenses de santé et des services sociaux au Québec. Il y présente aussi quelques hypothèses de solution pour combler l'écart qui se creuse d'année en année entre les ressources disponibles et les coûts des services.

Le document du ministère révèle notamment que la part de la richesse collective du Québec qui est affectée aux dépenses de santé et des services sociaux est déjà relativement élevée, et il apparaît difficile de l'accroître davantage. Sous la pression de plusieurs facteurs, notamment le vieillissement de la population, les dépenses de santé et de services sociaux sont appelées à augmenter à un rythme accéléré. Les sources de financement du système ne pourront pas soutenir le rythme d'accroissement des dépenses à cause, entre autres, du désengagement progressif du gouvernement fédéral. En conséquence, les citoyens du Québec devront choisir entre une augmentation de leur fardeau fiscal, une diminution de la qualité des services assurés et l'introduction d'une tarification de certains services.

Dans la présentation de son document de consultation, le ministre de la Santé et des Services sociaux insiste sur la **nécessité** de placer au coeur de nos délibérations actuelles les droits et les intérêts légitimes de nos enfants, les futurs payeurs de taxes; on devrait notamment faire en sorte de ne pas leur léguer une dette publique disproportionnée, tout en leur garantissant l'égalité des chances d'améliorer leurs conditions de santé et de bien-être.

Toute personne et tout groupe qui se préoccupent de l'intérêt des familles ne pourront qu'être d'accord avec ce point de vue. Il faut placer les enfants au centre de nos préoccupations. C'est donc dans cette perspective que nous voulons répondre à l'invitation lancée par le ministre Côté et participer au débat en soumettant la proposition suivante: dans l'hypothèse où il deviendrait nécessaire d'imposer des frais aux personnes qui ont recours aux services, aucuns frais ne devraient s'appliquer aux enfants; aucuns frais ne devraient s'appliquer non plus aux femmes pour les services reliés à la grossesse et à l'accouchement. Il faut que ces services soient gratuits dans l'intérêt même des enfants. Plusieurs raisons renforcent l'option de gratuité, particulièrement pour les enfants. Les principales nous semblent les suivantes.

En premier lieu, la santé des enfants est une responsabilité collective. Les enfants représentent la plus grande richesse de notre société et son principal actif. Ce sont eux qui demain assumeront la relève. On ne doit donc ménager aucun effort pour assurer que cette richesse se développe de façon optimale et atteigne son plein potentiel. Agir autrement serait faire preuve, collectivement, d'une grande négligence.

Affaire de prévoyance, la santé des enfants est aussi affaire de droit, comme le rappelle la Convention relative aux droits de l'enfant que l'Assemblée générale des Nations Unies a adoptée en 1989 - au Canada, on ne l'a d'ailleurs adoptée qu'en décembre dernier. L'article 24 de la Convention traite justement de la reconnaissance des États comme parties prenantes du droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.

La santé des enfants est une responsabilité collective. Il faut, comme l'affirme le président du Groupe de travail pour les jeunes, M. Camil Bouchard, faire appel à la solidarité de toutes les personnes, familles, entreprises et organisations de notre société pour «assurer à tous les enfants les conditions indispensables à leur épanouissement».

Deuxièmement, les enfants ne sont pas de gros consommateurs de soins. Les enfants de moins de 18 ans comptent pour environ le quart de la population du Québec. Cependant, selon les dernières statistiques disponibles sur les services facturés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et sur les soins hospitaliers de courte durée - ces deux programmes représentent près de 70 % du budget de la santé - les dépenses pour des services destinés aux enfants comptent pour beaucoup moins que le quart du total, comme l'indique le tableau I, en annexe.

Ainsi, en 1990, il y a moins de 15 % des services payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec qui ont été fournis à des enfants de moins de 18 ans. Quant aux jours d'hospitalisation en centres de courte durée, environ 12 % ont été utilisés par des enfants en

1988-1989. De plus, près de la moitié des jours d'hospitalisation des enfants sont situés dans la période immédiatement consécutive à l'accouchement. On peut également estimer à 250 000 000 \$ les autres dépenses reliées à la maternité en 1990 - ce qui comprend les accouchements, l'hospitalisation de la mère, les cours prénataux, etc. - ce qui est relativement peu par rapport à un budget total de plus de 11 000 000 000 \$.

Ensuite, en troisième lieu, le coût des services destinés aux enfants augmente modérément. Alors que les dépenses de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ont plus que doublé entre 1980 et 1990 - plus de 135 % - le coût des services fournis à des enfants de moins de 18 ans a augmenté à un rythme beaucoup plus modeste - 54 %. Le tableau 2 indique la part des enfants dans le coût des différents programmes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec en 1980 et en 1990. Il donne également la proportion des jours d'hospitalisation de courte durée dont des enfants ont été bénéficiaires en 1982-1983 et en 1988-1989. (17 heures)

Il en ressort clairement que les enfants ne sont pas responsables de l'augmentation rapide des coûts de la santé au Québec au cours des dernières années. La part des dépenses qui leur est attribuable a décliné plus rapidement que leur poids dans la population québécoise.

M. Sarrazin: Le point 4: Toute forme de contribution financière peut comporter des risques pour la santé des enfants. Quel que soit le mode de contribution envisagé - tarification du service, élimination de la couverture de certains services - et le mode de compensation pour les familles à faibles revenus, cette contribution risque d'avoir des effets sur la santé des enfants. Dans la majorité des cas, les enfants ne prennent pas eux-mêmes la décision d'aller consulter un médecin ou d'aller à l'hôpital. Cette décision est prise par une autre personne, le plus souvent les parents. On ne sait pas quel impact pourrait avoir sur la santé des enfants l'imposition de frais qu'une autre personne devrait acquitter. Il pourrait s'ensuivre que certains enfants n'auraient pas accès à des services essentiels à leur santé et à leur développement.

À notre avis, il faut éviter tout geste qui aurait comme conséquence que des mesures préventives nécessaires ne soient pas prises ou que des interventions curatives soient retardées. La santé des enfants, du moins d'un certain nombre d'enfants, en serait affectée à court terme, et les économies qu'on devrait anticiper à long terme, résultant de l'acquisition de meilleures habitudes de vie, en seraient réduites. Il n'est sans doute pas plus souhaitable de léguer aux générations futures des problèmes de santé que de leur transmettre le fardeau d'une dette publique trop lourde. Dans les deux cas on se

trouve à réduire la marge de manoeuvre qui leur permettrait de choisir les services dont ils veulent se doter.

Il faut aussi souligner que les enfants, contrairement à d'autres groupes, ne peuvent pas être tenus responsables, même **partiellement**, des problèmes de santé qu'ils connaissent. Ils vivent dans l'environnement qu'on leur a créé, et le moins qu'on puisse faire, c'est d'éviter de leur en faire payer le prix. Le développement de programmes de prévention s'adressant particulièrement aux jeunes et la nécessité d'acquiescer de bonnes habitudes de vie dès le plus jeune âge devraient plutôt faire partie des priorités à mettre de l'avant dans le secteur de la santé, comme l'a justement rappelé récemment le Groupe de travail pour les jeunes.

S'il est relativement facile d'apporter des correctifs pendant l'enfance, il en va autrement des **problèmes** qui persistent et s'enveniment à l'adolescence et à l'âge adulte. Une des problématiques les plus flagrantes à cet effet, c'est le décrochage scolaire. Si des efforts avaient été consentis auprès des jeunes enfants par le biais de la stimulation précoce il y a quinze ans, il est fort probable que la situation serait fort différente aujourd'hui. Les coûts sociaux qui en résultent aussi. Dans la même veine, les soins dentaires et visuels font partie des moyens préventifs essentiels au développement global de l'individu.

Cinquièmement, toute contribution aux services requis par les enfants augmente le coût d'avoir des enfants. Actuellement, les dépenses liées à la présence des enfants sont, à toutes fins pratiques, indépendantes de leur état de santé. Toute forme de tarification des services de santé ou d'élimination de l'assurance de certains services se répercute donc directement sur le coût des enfants, et cette nouvelle dépense aurait certainement un impact négatif sur la décision d'avoir des enfants ou d'avoir d'autres enfants.

Quel que soit, éventuellement, le coût moyen par enfant des services de santé, il existe aussi un élément de risque qui ajouterait un effet négatif sur la natalité. S'il est assez facile d'anticiper ce que coûteront les vêtements, les couches et toutes les commodités qu'exige le soin des enfants, il est par contre impossible de prévoir quels seront son état de santé et ses besoins en services de santé. On admettra facilement que la société québécoise, dans le contexte actuel, ne peut pas se permettre d'augmenter le coût des enfants pour les parents. L'ensemble de la société doit continuer d'assumer les soins médicaux et hospitaliers fournis aux enfants. Il nous semble qu'agir autrement constituerait une remise en cause importante des mesures prises ces dernières années, qui visaient à réduire les dépenses liées à la présence d'enfants. Une façon de réellement penser famille, c'est d'agir famille.

Sixièmement, les parents sont déjà lourdement taxés. La moyenne a vu diminuer considérablement son pouvoir d'achat depuis les 10 dernières années. Ce sont les familles des classes moyennes qui supportent une bonne partie du fardeau des taxes, cotisations et impôts de toutes sortes. Et ce sont aussi celles qui ont le plus d'enfants. Les parents paient d'ailleurs passablement de taxes en raison même de la présence de leurs enfants. La tarification des services de santé fournis aux enfants aurait pour effet d'accroître encore davantage leur fardeau. Leur charge augmenterait aussi plus fortement que celle des personnes seules et des couples sans enfants. À l'inverse, la gratuité du système de santé et de services sociaux, tout comme celle de l'éducation, est une mesure qui favorise une plus grande équité entre les personnes, les couples et les familles. Est-ce que les familles ne méritent pas au moins autant d'attention que M. Malenfant, les chevaux de Blue Bonnets et les Expos, même si j'en suis un des partisans?

Les arguments qui viennent d'être présentés s'appliquent tout autant dans le cas des services requis pour les femmes en raison de leur grossesse et de leur accouchement. Imposer des frais autour de ces moments de la vie reviendrait à pénaliser un des rares actes positifs au niveau de la santé et des services sociaux. Si c'est ainsi qu'on choisit de faire commencer la vie de nos nouveaux citoyens, comment ceux qui devront assumer cette tâche, une des plus longues qui soit désormais confiée à l'être humain, vont-ils se sentir soutenus et encouragés?

En résumé, l'imposition de frais sur les services requis par les enfants et par les femmes enceintes: marquerait un recul dans l'acceptation et l'exercice de notre responsabilité collective à l'égard des enfants; aurait des rendements financiers relativement peu importants étant donné les habitudes de consommation de soins de santé par les enfants; n'aurait pas d'impact sur les causes du déséquilibre actuel dans le secteur de la santé et des services sociaux; nuirait à l'objectif d'assurer aux citoyens de demain une égalité des chances d'améliorer leur condition de santé et de bien-être; aurait des effets secondaires négatifs sur la décision des jeunes couples d'avoir des enfants ou d'avoir plus d'enfants, surtout à un moment où le gouvernement déplore la baisse du taux de natalité; accroîtrait le fardeau fiscal des parents par rapport aux personnes qui n'ont pas charge d'enfants.

Il nous semble que la société québécoise, à l'heure actuelle, ne peut pas se permettre le luxe de reculer sur les services offerts à ses enfants. Elle n'en a pas non plus les moyens.

Le Président (M. Joly): Oui, madame?

Mme Gagnon: Notre proposition se lit comme suit:

Attendu que les enfants sont notre **richesse**.

collective;

Attendu que les enfants formeront les adultes de demain;

Nous recommandons de replacer les enfants au centre de notre vie collective. Nous devons réduire la pauvreté des jeunes familles et des familles monoparentales féminines si nous voulons rétrécir la marge de risques dans laquelle sont stationnés des milliers de nos enfants.

La Coalition québécoise des organismes familiaux recommande de conserver la gratuité des services sociaux et de santé et d'accentuer les mesures de prévention afin de *contrer les difficultés graves vécues par les enfants et les jeunes du Québec.*

Le Président (M. Joly): Pourriez-vous, s'il vous plaît, me rappeler votre nom, madame?

Mme Gagnon: Lorraine Gagnon.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme Gagnon. Mme Rhéaume, est-ce que vous avez autre chose à rajouter?

Mme Rhéaume: Non.

Le Président (M. Joly): Non. Parfait! Merci. M. le ministre?

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. En entendant la lecture du mémoire - parce que je n'avais pas eu l'opportunité d'en faire une lecture au préalable - c'est une défense, finalement, de la famille, de la mère qui est en situation d'accoucher et des enfants. Je pense que c'est un plaidoyer dont la trame de fond est très très claire. Ma première impression est que vous craignez qu'il y ait des services normalement dispensés, accessibles et gratuits, à la mère qui soient touchés par les mesures qui sont proposées dans le document. En tout cas, moi, je n'en ai pas vu. Il n'y a pas d'intention.

On va mettre les enfants de côté à cette heure et on y reviendra. Précisément, lorsque vous faites allusion à l'accouchement, qu'est-ce qui, dans le document, vous indique que ces choses-là pourraient être touchées par des mesures de compression, de taxation? Parce qu'il n'en est pas question. Mais qu'est-ce qui vous a inspiré, comme mesure précise, ce constat-là? Parce que moi, c'est ce que je retire, comme impression, de votre présentation. Je mets les enfants de côté parce que je sais que, sur le plan dentaire ou sur le plan de l'optométrie, c'est une autre situation, mais on y reviendra à part.

Donc, c'est une impression qui se dégage qu'au niveau des services de base on veut aller taxer ou faire en sorte d'imposer des services de base alors qu'il n'en est pas question autrement que par une révision du panier de services qui, lui, pourrait tomber dans le complémentaire et, à

ce moment-là, être interpellé. C'est pour ça que j'aimerais... Si vous avez quelques précisions à ce niveau-là, ça m'intéresserait.

M. Perreault: Bon. Ce qui est derrière l'argumentation du texte, c'est que dans la mesure où nous... Tout est négociable dans la mesure où c'est un document de réflexion. Ce qu'on voulait poser clairement aujourd'hui, c'est de dire que dans la mesure où la porte risque d'être ouverte il y a une chose sur laquelle il faudrait qu'on s'entende *et que ça soit très clair. C'est que tout ce qui touche les enfants - donc la mère par le biais de la grossesse ou des cours prénataux - on voudrait que ça soit très clair* que, de notre côté, nous, on serait prêts à se battre et à donner les argumentaires qui appuient ça. Donc, c'est pour éviter, dans la réflexion ou dans la poursuite de l'ouverture pour essayer de récupérer, par l'impôt-services ou bien par des coûts additionnels, dans cette négociation qui peut s'entamer, que les enfants et tout ce qui touche la périnatalité soient touchés. Et que ça soit très clair. C'est pour ça qu'il nous est apparu essentiel de venir le dire ici, pour qu'on reste là-dessus et qu'on s'entende.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends, c'est que vous êtes préventifs.

M. Perreault: Toujours, M. le ministre, si vous nous connaissez bien.

M. Côté (Charlesbourg): J'essayais de voir dans notre document ce qui aurait pu laisser croire à cette indication-là alors que, dans mon esprit à moi, je pense que c'est très clair. Il n'en est même pas question aujourd'hui. Et s'il n'en est pas question aujourd'hui il n'en sera pas question demain. Bon. Et Dieu sait qu'on a un problème d'enfants et de bébés au Québec, alors je pense qu'il faut être très très vigilants à ce niveau-là. Ce que je comprends, c'est que vous réitérez le message de prévention.

Prenons maintenant le deuxième volet, qui est celui des enfants, où on parle davantage de dentaire et d'optométrie. Là, à ce moment-là, c'est une mesure qui peut, bien sûr, toucher les enfants, mais isolons le dentaire. Toutes les études - qui ne sont contestées par personne; on verra d'ici la fin de la commission si les dentistes vont venir nous dire le contraire; ce n'est pas impossible, c'est une commission très active - nous font la démonstration que notre programme de soins dentaires, donc y compris la prévention, a été, au fil des années, davantage utilisé par les bien nantis ou les mieux nantis que par les pauvres, et qu'on est encore dans une situation où la qualité dentaire dans les quartiers défavorisés est très en deçà de ce que nous retrouvons ailleurs. En termes clairs, c'est ceux qui ont des sous qui ont profité du programme alors que ceux qui n'en ont pas n'ont

pas profité du programme. Pour toutes sortes de raisons. Ça peut être une question d'information, une question d'accessibilité, mais, ça, c'est un phénomène assez clair.

En même temps, on s'est retrouvé dans une situation où les CLSC - parce qu'ils n'ont pas fait juste des bons coups, les CLSC; je pense qu'il faut le dire aussi - se sont assez allègrement départis des hygiénistes dentaires. Et on a eu assez de plaintes; ils disparaissaient au fur et à mesure des choix que faisait le CLSC des besoins prioritaires à combler.

Ceci étant dit, c'est la situation telle quelle. Elle est claire, à moins que quelqu'un d'autre vienne nous faire la démonstration de tout ça. Vous avez cité le rapport Camil Bouchard qui, je pense, est un bon rapport, et qui a reçu un bon accueil un peu partout à travers le Québec. Mais Bouchard nous dit dans ses propositions: Il faut intervenir plus tôt; il faut, compte tenu de la rareté des ressources, "prioriser" nos interventions et le faire de manière sélective au besoin dans les quartiers défavorisés.

(17 h 15)

Est-ce que ce n'est pas une situation qui pourrait s'appliquer à ce moment-ci dans le dentaire, par rapport à la revendication qui est davantage votre trame de fond de mémoire, qui dit: c'est universel et puis ne touchez pas à l'universalité, surtout dans un cas précis qui est celui du dentaire?

Mme Signori: M. le ministre, dans ma tête à moi, les enfants du Québec, qu'ils soient enfants de riches ou de pauvres, doivent être sur un pied d'égalité. Où vous pouvez aller récupérer ces sommes, c'est du côté de la fiscalité des parents. Et, si on se donne un projet de société, si on dit qu'au Québec on n'a pas assez d'enfants, il serait grandement temps qu'on mette l'accent sur les enfants. Et moi, je ne vois pas de différence. Vous avez suffisamment d'actuaire et de spécialistes dans vos ministères, vous serez capables d'aller chercher les parents qui sont mieux nantis.

Et quand on parle de prévention... Je voudrais juste finir mon point parce que je n'ai pas souvent la parole. Quand je la prends, je la prends!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Signori: Quand on parle des soins de prévention au niveau dentaire et au niveau des yeux aussi, tous ces soins-là, ça devrait être compris. Je ne sais pas pourquoi vous faites la distinction quand vous parlez. Les soins dentaires, c'est comme entendu dans les milieux défavorisés, mais qu'est-ce que vous faites des soins, là, des examens de la vue? Ça aussi, c'est important. Est-ce que vous voudriez désassurer ces soins-là aussi?

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, mais écoutez, là. Je comprends que quand vous avez la parole vous pouvez passer vos messages, mais j'ai posé une question précise.

Mme Signori: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Puis je vais en avoir d'autres aussi. Je pense qu'il ne faut surtout pas se gêner pour passer nos messages, mais je voudrais y arriver un par un. Je suis dans le dentaire, donc je vais rester dans le dentaire.

On a beau me dire à moi, ici, que les enfants de riches comme les enfants de pauvres doivent avoir accès, la démonstration est faite, là. Il faut s'ouvrir les yeux aussi, de temps en temps. La démonstration est faite que, même quand c'est universel, gratuit et accessible, c'est les riches qui y vont puis les pauvres n'y vont pas. Il y a un problème dans la solution, là, au niveau dentaire. Il y a un problème dans la solution. C'est ça, la question, et puis qui est troublante de manière fondamentale.

Alors, ce n'est pas une question de faire une discrimination entre les riches et les pauvres. On dit: le programme a été davantage accessible à ceux qui sont riches. O.K.? C'est eux autres qui s'en sont servi alors que les pauvres ne s'en sont pas servi. Ce qu'on dit: c'est quoi la problématique, là? Et même, Bouchard est cité par vous autres dans votre mémoire. Je ne l'ai pas inventé, il est cité, là, Bouchard. Alors, s'il est si bon que ça, il est bon aussi pour la proposition sur le plan dentaire, en disant qu'il faut intervenir, même de manière spécifique dans des quartiers, pour tenter de régler ces problèmes-là. Donc, c'est les mêmes enfants, là. O.K.? Donc, ça, c'est le dentaire. L'optométrie, on y reviendra tout de suite après.

M. Perreault: M. le ministre, dans ce sens-là, ce qu'on aimerait faire passer comme message, c'est que, quand vous parlez de riches et de pauvres, il faudrait s'entendre où on trace la ligne. C'est toujours le même problème, bon, et il y a la question de la méthode. Mais il est important de retenir une chose, c'est que les enfants, ça doit être une responsabilité sociale. Et, un deuxième élément, c'est qu'on ne veut pas faire intervenir... Parce que vous savez, au niveau des enfants, ce n'est pas la même chose qu'au niveau d'un citoyen ou d'un individu. C'est toujours un tiers qui prend la décision pour lui. Et peu importe le palier sur lequel vous jouez, si vous commencez à facturer ou à donner des coûts à des services, vous donnez donc la chance à un tiers, qui peut être les parents mais aussi quelqu'un d'autre que les parents, de prendre une décision pour un service qui est un besoin pour un enfant. C'est ça qui est important.

C'est-à-dire que dans ces cas-là - et c'est

ce que Mme Signori voulait dire - il y a peut-être moyen d'aller rechercher après, soit par des éléments fiscaux ou autres, au niveau des crédits, mais que les services restent gratuits pour ne pas que ça pèse, jamais. Parce que, vous savez, quand vous parlez de riches mais de riches inférieurs, quelquefois, il est peut-être plus intéressant de continuer à avoir le chalet et le ski plutôt que de s'occuper adéquatement des soins dentaires des enfants. On ne veut pas que ce genre de marchandage là joue dans une décision.

Il faut donc que les services, et peu importe le palier, soient les mêmes pour tous les enfants parce que c'est un bien collectif, une richesse collective. Il faut donc les mettre tous sur le même niveau. Et s'il y a moyen, après, par d'autres programmes ou d'autres méthodes, d'aller chercher les sous dans les poches de ceux qui en ont, ça, nous en sommes. Mais ce qui est important, c'est que la décision, dans ce cas-là - et nous l'avons clairement dit - appartient à un tiers pour les enfants. Et ça, on ne veut pas ce genre de marchandage là.

M. Côté (Charlesbourg): Je l'ai relevé dans le mémoire, puis je pense que c'est un point qui est important: de bien rappeler que la victime d'une décision d'un tiers, ça peut être l'enfant. Je pense que le point est assez intéressant.

Mais puisque vous défendez... Puis je pense que c'est bien fait et vous devez le faire; et ça doit être notre préoccupation aussi. Les enfants, c'est une richesse, vous le dites, qui est collective. Ceux d'aujourd'hui et ceux de demain. Si on ne change strictement rien dans le système actuel, on est pris avec un déficit très important sur le plan des finances publiques. Étant pris avec ce déficit on va donc, par conséquent, le régler par le déficit du Québec. Et lui, on va le faire payer par les générations futures. On va donc se retrouver dans une situation où nous allons, nous, consommer des services que, collectivement, on n'a pas les moyens de se payer et on va pelleter en avant en disant aux générations futures: Vous allez, vous, en plus de payer ce dont vous avez besoin comme services, payer la consommation des services de ceux qui, dans le passé, ont consommé. Il y a aussi une question d'iniquité vis-à-vis ces jeunes qui seront là demain. C'est un petit peu tout ça qu'on essaie de regarder et de dire: C'est quoi la meilleure solution dans notre système?

Ce que je comprends, un des éléments de réponse, c'est que, par le biais de la fiscalité, plus général, il y a peut-être là des possibilités d'aller chercher un certain nombre de sous. On sait autrement que, dans votre mémoire, vous dites que les classes moyennes commencent à en avoir plein leur sac de payer impôt à gauche, impôt à droite, à peu près à tous les paliers de gouvernement, puis leur capacité de payer a atteint le maximum. Là, on vient de monter la

barrière pas mal haut et Dieu sait qu'aujourd'hui la classe moyenne... Ceux qui gagnent 50 000 \$ se mettent dans la classe moyenne, et je pense de plus en plus que ceux qui sont dans la classe moyenne n'ont plus bien le moyen de faire face aux défis d'aujourd'hui. Donc, c'est un problème majeur, l'idée est majeure.

M. Perreault: Et on le donne. On donne une augmentation de réponse dans le mémoire lorsqu'on dit que les coûts destinés aux enfants sont très modérés par rapport aux coûts d'ensemble; ce ne sont donc pas les plus gros consommateurs. Donc, à ce niveau-là, on peut peut-être faire cet effort collectif puisque nous sommes dans une société qui est en manque d'enfants. Et c'est pour ça qu'on vous dit qu'il est important que les parents n'assument pas seuls et n'assument pas l'entière responsabilité, parce que ça joue au niveau des décisions. Ça, c'est un élément important.

M. Côté (Charlesbourg): Juste une petite question parce qu'on me signifie que j'ai fini et que le temps est trop court. Juste sur le plan dentaire, pour pousser parce que ça pourrait valoir pour d'autres domaines aussi. Juste sur le plan dentaire, à partir du moment où l'État assume la responsabilité de la prévention, est-ce que c'est à lui d'assumer les problèmes reliés au curatif par la suite?

Mme Rhéaume: Vous vous demandez si c'est nécessaire. Peut-être que, si la prévention est bien faite, le curatif va être moins lourd à porter.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça. Oui.

Mme Rhéaume: Justement. Je pense que ce n'est peut-être pas les bons intervenants qui sont chargés de la prévention. Des dentistes, ça coûte plus cher que des hygiénistes dentaires. Justement, vous avez souligné tantôt qu'on a retiré les hygiénistes dentaires des écoles. C'est peut-être l'endroit où ils peuvent être les plus efficaces; je ne sais pas quel est le pourcentage des enfants qui vont chez le dentiste, mais il doit bien y avoir près de 100 % des enfants qui vont à l'école. Donc, à ce moment-là, ce serait peut-être de concentrer les efforts à ce niveau-là. Mais je pense que d'éliminer complètement les services dentaires en disant que c'est la charge des parents, en tout cas... Moi, je peux prendre notre exemple. J'ai une famille; on a 60 000 \$ de revenus avec trois enfants, et je vous dis que peut-être que le dentaire, ce n'est pas ce qui passe en premier quand tu as des enfants à élever et qu'ils sont rendus au niveau collégial. C'est assez lourd à porter. Avec ça, c'est l'âge auquel on commence à travailler parce qu'on sait la précarité de la situation des jeunes au niveau de l'emploi. Quand on met tout ça bout à bout,

avant d'arriver à la classe moyenne, je pense que, dans nos cas, on va être rendus à près de 55, 60 ans. Il y a ces aspects-là qu'il faut considérer aussi.

M. Perreault: Il y a peut-être un dernier élément, lorsque vous avez parlé tantôt d'aller chercher l'argent. Dans les éléments du document de réflexion, en résumé, il est clairement indiqué que l'un des graves problèmes, c'est dans l'offre des services. Et vous dites souvent, à plusieurs reprises, que la masse salariale au niveau des professionnels médicaux et surtout au niveau des médecins est très élevée et grimpe très rapidement. On pourrait peut-être commencer à réfléchir de ce côté-là aussi, parce que ce n'est pas les plus bas salariés de notre société. On peut peut-être commencer aussi à leur demander de faire un effort collectif. Et, dans ce sens-là, je pense qu'il est peut-être important d'arrêter de demander toujours à la petite classe moyenne et moyenne inférieure, et surtout aux familles qui s'appauvrissent à une vitesse assez importante. Il faut peut-être retourner la balle dans le camp de ceux qui sont, **semble-t-il**, assez bien rémunérés, merci. On pourrait donner des exemples et les étirer comme vous voulez. J'arrive du Sud et, avant de partir, il a fallu que j'aile trois fois chez le même médecin parce que, la **première** fois, il me vaccinait; la deuxième fois, il a dit: Vous reviendrez pour le certificat; et la dernière fois, il avait oublié de me donner le dernier certificat. Les trois fois, j'ai donné ma carte d'assurance-maladie. Alors, il faudrait peut-être réfléchir à tout ça aussi avant de redire...

M. Côté (Charlesbourg): Je suis convaincu que vos propos ont été bien entendus par Augustin qui est juste derrière vous.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Merci.

Une voix:...

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue et porte-parole en matière...

M. Trudel: Le ministre l'a remarqué depuis ce matin en arrière de vous.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): J'attendais pour le passer.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: C'est le diable en personne. Il faut revenir, en vous remerciant de nous faire

cette présentation. C'est la plaidoirie des enfants. C'est extraordinaire! De la famille et des enfants. C'est toujours difficile. C'est extraordinaire!

M. Côté (Charlesbourg): Tu n'as pas d'enfant, hein? Dieu sait qu'on n'en a pas beaucoup pour les défendre en commission.

M. Trudel: Et Dieu sait qu'on n'en a pas beaucoup pour les défendre en commission, effectivement. Je pense que vous avez bien compris, dans l'excellente réflexion que vous nous présentez, qu'on est pris avec un problème. Et vous, vous dites, au départ: Les enfants ne doivent pas «faire les frais de» parce que c'est trop important et il faut en faire une question sociale. Le ministre dit: Que je sache, dans mon projet de réflexion du 18 décembre, je ne touche pas aux familles et aux enfants. C'est ce qu'il vous disait il y a quelques secondes.

Et là j'ai de la misère un peu. J'ai de la misère un peu parce que les dents, en bas de 16 ans, et les yeux, en bas de 16 ans, ça, c'est bien directement que ça touche les enfants. Le ministre dit, dans la réflexion - c'est là-dessus que je veux vous engager: On a des statistiques assez claires que les utilisateurs au niveau des dentistes, c'est les classes les plus aisées, c'est les gens les plus à l'aise qui les utilisent et, à l'inverse, bien sûr, les gens qui sont plus en difficulté, qui sont plus pauvres, n'utilisent pas le programme ou utilisent moins le programme. Alors, à ce compte-là, pourquoi n'épargnerions-nous pas nos sous juste pour les gens qui seraient de classe plus défavorisée? Vous, vous répondez, Mme Signori: Si vous voulez faire en sorte de ne pas toucher aux enfants, par exemple pour le programme des dents, allez donc chercher ça par la fiscalité. N'est-ce pas, c'est ce que vous dites?

Mais je pense que le document qui nous est présenté, je l'ai dit ce matin, sa table des matières abat 10 mythes au Québec. Ça rétablit, au sens positif, 10 grandes vérités, les 10 premières sections du chapitre. Et là il faut détruire un autre mythe maintenant, aujourd'hui. On dit: C'est les plus aisés ou c'est les plus riches - c'est la théorie Robin des Bois - qui utilisent les services des dentistes. Mais ils paient plus aussi. Mais ils paient plus, parce que l'impôt... Vous, vous dites la fiscalisation. Mais ils paient plus aussi, ces gens-là, parce que la fiscalisation est progressive au Québec. Ce n'est pas la même «bracket» d'impôt. On s'en sert plus et on paie plus. Le problème, quant à moi, il est ce que vous avez diagnostiqué: au niveau de l'information pour les gens dans des conditions plus difficiles et qui se serviraient moins du programme. Il faut faire davantage de prévention.

Ma question est la suivante, maintenant: On a comme un gros problème. Écoutez, moi, je l'ai diagnostiqué. Il n'y a personne qui a défait mes

chiffres encore. Les 5 prochaines années, si on veut maintenir l'essence de votre résolution pour les enfants - mais c'est pour tout le monde - il va nous manquer 2 600 000 000 \$. Si le gouvernement applique à la santé le paramètre de «combien, lui, va mettre dans la caisse», s'il met seulement IPC plus 1 %, imaginez! il va manquer 5 500 000 000 \$ sur 5 ans.

(17 h 30)

Mme Signori: 5 500 000 000 \$ou...

M. Trudel: 5 500 000 000 \$ si le gouvernement ne mettait, pour les 5 prochaines années, quant à sa contribution, que ce qu'on appelle l'indice des prix à la consommation plus 1 %. On a le droit de se faire une réflexion puis, moi, je ne vous demande pas d'agir en spécialistes. Comment pensez-vous qu'on va s'en sortir sur le plan de la solidarité, sur le plan de la fiscalité? Est-ce que vous pensez que nous pouvons, au Québec, ajouter 5 500 000 000 \$ d'impôt ou de taxes de toutes sortes au cours des 5 prochaines années pour en arriver à maintenir notre régime comme il est aujourd'hui, et en particulier protéger, je dirais, le segment extraordinaire que vous défendez aujourd'hui, qui s'appelle la famille et l'enfant? Est-ce que vous pensez qu'on peut y arriver, à ça?

Mme Signori: Bon! Moi, je ne suis pas spécialiste de toutes ces questions de gros sous parce que je n'ai jamais eu de gros sous, sauf qu'il me semble qu'à chaque fois que le gouvernement a eu besoin de gros sous il a su où aller chercher des gros sous. Et j'ai de la misère à comprendre, dans ma petite tête, pourquoi, à chaque fois, on va toucher les familles. Quand on a voulu couper du côté du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, c'est encore du côté des familles qu'on est allé couper. Et là on veut couper au niveau des services de santé et des services sociaux. Il me semble qu'il y a d'autres endroits, les abris fiscaux, les entreprises, où ils ont des plus gros sous que nous pour aller chercher ça.

C'est parce que je ne trouve pas que le discours gouvernemental est «congruent». En tout cas, il y a un discours qui dit: On veut des enfants. Oui. Faites-en des enfants. Mais ça a l'air de dire: Après ça, débrouillez-vous avec. Je comprends qu'on est dans un contexte économique pas très très encourageant, mais il me semble qu'il devrait y avoir une façon. Il y a sûrement des fonctionnaires ici qui sont capables d'aller chercher des moyens autres que ceux auxquels on pense. Parce que, quand on parle de sécurité du revenu puis de santé et services sociaux, c'est là qu'on veut couper le plus, d'après moi. On a parlé beaucoup de prévention mais, malgré tout ça, le budget de la prévention du ministère de la Santé et des Services sociaux est, dans le moment, de 5,2 %. Ce n'est pas énorme.

Alors, quelque part, il y a quelque chose qui ne marche pas. Expliquez-le moi. Peut-être que, si vous me l'expliquez comme il faut, je vais le comprendre. On parle de prévention. C'est encore dans le discours; on parle de famille, c'est encore dans le discours; on parle d'enfants, c'est encore dans le discours. Dans le concret, je n'ai pas vu ça beaucoup. Puis nos groupes, les membres de nos groupes, ils ne l'ont pas vu beaucoup. Chez nous, c'est surtout les familles monoparentales, notre clientèle, et je vous assure qu'on ne voit pas ça beaucoup non plus, le discours familial du gouvernement. C'est là que je m'interroge.

M. Trudel: J'aimerais ça toucher d'autres aspects, moi, qui ne sont pas dans votre mémoire et discuter, je dirais, de citoyen à citoyen, de vos impressions générales. Pas besoin d'avoir de réponses de spécialistes là-dessus. On n'est pas très avancé dans le débat, là, et ça va certainement revenir. Il y a aussi une autre idée qui est dans l'air, qui n'est pas abandonnée, qui est dans le document, c'est un ticket modérateur. Qu'est-ce que vous pensez de ça, vous autres, un ticket modérateur? Parce que, bon, on ne vous en a pas parié encore ce matin; sauf erreur, il n'en a pas été question dans le discours du ministre. Je comprends, avec les arguments que lui-même a livrés dans son propre document, qu'il doit être pas mal moins tenté là-dessus. J'aimerais ça vous entendre, une courte réflexion sur l'apparition d'un ticket modérateur au Québec. Il faut que j'arrête là, oui.

M. Perreault: En ce qui a trait à la clientèle enfant, puisqu'il en est question ici, c'est l'argument qu'on va vous servir qu'on a servi dans les points du mémoire. C'est-à-dire que dans la mesure où c'est un tiers qui prend la décision... Vous savez, vous avez une famille qui gagne, quoi, un revenu familial de 30 000 \$, qui a 3 ou 4 enfants. Un enfant a une bonne migraine et se plaint à la mère qui a le choix entre payer un ticket modérateur pour aller à l'hôpital ou acheter du lait, d'une façon plus adéquate. Donc, cette personne-là, qui est la mère, avec toutes sortes de bonnes raisons va décider qu'il est effectivement peut-être plus rentable pour l'ensemble de la famille de ne pas adhérer au service qui aura un ticket modérateur. Vous savez que 3 \$, 4 \$, 5 \$, 10 \$, 15 \$, ça peut être énorme pour une famille qui n'a pas un revenu adéquat.

La décision prise par un tiers nous apparaît très grave dans le cas d'enfants parce que, effectivement, quand tu es une personne adulte et que tu as suffisamment mal à la tête pour te cogner la tête sur les murs, tu dis: Ça coûtera 10 \$ mais je vais y aller, à l'hôpital. Mais, dans le cas d'un parent, il a à «dealer» avec une souffrance qu'il ne supporte pas. Et, très souvent, on sera peut-être tenté de faire comme ma

mère le faisait si bien quand j'étais jeune - nous étions 12 enfants - elle disait: Ti-gars, ça va passer. Bon! Ça passait des fois, puis des fois ça a mal passé, parce que le plus vieux est mort. C'est dans ce sens-là, je pense, qu'il est important de ramener ça sur le tapis et de dire qu'en ce qui a trait à la clientèle enfant, d'autant plus que la décision relève d'un tiers, il est peut-être important d'oublier tous les frais de services, que ce soit par le biais d'un ticket, etc., et de prendre d'autres moyens.

Et je vous l'ai dit tantôt, il y a des indications à l'heure actuelle dans la société et on devrait peut être commencer à poser les vraies questions. O.K.? Peut-être faire payer les vrais impôts à des gens qui, pendant des années, ont regardé le Québec par-dessus nos épaules et nous disaient: On achète des hôtels un peu partout et on ne paie pas nos impôts; et, pendant un certain nombre d'années, on ne le fait pas. Peut-être que ce serait important d'aller récupérer les impôts non payés des entreprises puisque - je n'ai pas de chiffres pour le Québec, mais pour le Canada - le Vérificateur général du Canada a dit qu'il y avait des milliards qui traînaient comme ça au Canada. Alors, peut-être qu'il faudrait commencer à regarder aussi à ce niveau-là.

M. Trudel: Je ne veux pas discuter du cas de Malenfant mais, d'évidence, il ne vous a pas passé dans la gorge, celui-là.

M. Perreault: Je ne l'ai pas nommé. On ne l'a pas avalé.

M. Trudel: Ce n'est pas le lieu, je pense, pour discuter de ça ici, mais je prends note de votre intervention. Alors, ce que vous dites, finalement, au niveau des enfants en particulier, mais aussi des familles, le message est très clair; les yeux, les dents, les tickets, tout ce qui «risque de», ne touchez pas à ça. Et sur le plan des revenus, si vous êtes obligés de passer par la fiscalité, il faudrait d'abord aller chercher là où est l'argent. Est-ce que c'est ça, votre message de fond qu'il faut recevoir?

M. Sarrazin: M. Trudel, pour une bonne part, oui, ce que vous avez apporté. On voudrait que le gouvernement soit cohérent, dans le fond. Depuis 10 ans on a commencé à établir une politique de la famille. C'est loin encore d'être complet, mais il y a eu des efforts réels. Ça, on le retient; il y a eu une structure très bien organisée au Québec avec un Secrétariat à la famille, un Conseil de la famille, des mesures qui aident la famille, un premier plan d'action où plusieurs ministères ont collaboré, un deuxième plan d'action qui est à la veille de sortir, où on pense, encore une fois, que les familles vont en bénéficier. Alors pourquoi, à un moment donné, on va enlever, on va arrêter, comme le dit

notre mémoire, de progresser dans ce sens-là puis là on va commencer à prendre la famille de côté? Non pas la prendre directement mais la prendre de côté. Alors, c'est la raison pour laquelle nous croyons en la prévention d'abord et nous croyons que, si les enfants sont bien protégés, il se pourrait que des coûts, tout de même astronomiques, soient évités. C'est dans ce sens-là que nous présentons ce mémoire aujourd'hui, dans le sens de la continuité.

M. Trudel: La plus grande frustration qu'on a souvent en commission parlementaire, c'est le manque de temps. Moi, j'aurais aimé, mais on n'a pas le temps, j'aurais aimé ça vous parler d'un autre membre de la famille, à l'autre bout complètement: la personne âgée. Elle aussi est membre d'une famille; elle aussi a des besoins qui sont extrêmement grands. On va y revenir, cependant, et, comme il restait un petit peu de temps, il y a ma collègue de Marie-Victorin qui aurait une question. Merci.

Le Président (M. Joly): Mme la députée de Marie-Victorin. Je vous reconnais, madame.

Mme Vermette: Oui, en fait, c'est parce que vous parlez famille et c'est un aspect que vous n'avez pas soulevé et qui me préoccupe, ce qui concerne l'adoption. Les familles adoptent des enfants et doivent défrayer, à grands frais, le coût d'une telle pratique pour vraiment arriver à former une famille. Est-ce que vous envisagerez ou est-ce que vous envisagez la possibilité que ça aussi soit partie intégrante d'une politique familiale et, comme n'importe quelle grossesse, soit considéré comme étant sous la responsabilité du service de santé pour qu'on puisse défrayer ce coût, une adoption?

Mme Signori: Un enfant de famille d'adoptant et un enfant de famille biologique, pour nous, c'est pareil. Dans notre esprit, un enfant avec un parent, c'est une famille, qu'il soit enfant de parent adoptant ou non. Et, moi, je serais d'accord en partie avec ça, parce que si on n'a pas d'enfants à adopter au Québec, effectivement, l'adoption internationale coûte très cher. Je pense que, quelque part, il y aurait peut-être une forme de collaboration qui pourrait être faite aussi par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Quand on parlait tout à l'heure des services de santé et services sociaux, j'avais peur, M. Trudel, que vous pensiez qu'on ne veut que les soins dentaires ou les soins d'optométrie. On les inclut dans ça. On veut tous les soins dentaires et tous les soins de santé et services sociaux. Ça a été mentionné à plusieurs reprises qu'on n'a pas beaucoup de temps. Moi, j'exprime, je pense, un vœu de mes collègues, ici. On a insisté pour être entendus en commission parlementaire, et je dois vous dire qu'on a trouvé ça très dur de

n'avoir qu'une semaine pour préparer notre mémoire qu'on a présenté là. Et on regrette beaucoup que les organismes qui représentent les familles au Québec n'aient pas été initialement invités par le ministre à participer à la commission parlementaire. Et là aussi on s'est trouvés très attristés de voir que la famille, encore une fois, avait été oubliée dans le processus. Les autres qui vont venir en commission parlementaire cette semaine ont été tout de suite sur les listes, mais les groupes familiaux n'étaient pas présents.

Le Président (M. Joly): M. le ministre?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Bien, il y a un certain nombre de choses que je peux quand même prendre et il y a un certain nombre d'autres choses que je ne peux pas prendre et que je ne prendrai pas non plus, avec tout le respect que je peux avoir pour ceux qui représentent les familles. D'abord, pour votre information, la liste fait l'objet d'un dépôt à l'Assemblée nationale et d'un accord de l'Opposition et du gouvernement. Donc...

M. Trudel: Vous allez tout dire, là.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Je vais tout dire. Je n'ai pas l'habitude de ne pas dire ce que j'ai à dire, et de tout dire. Et ça a fait l'objet d'une entente. On s'est rendu compte en cours de route qu'il en manquait. Il y a eu des interventions de la part du député de l'Opposition pour dire: On a eu des oublis. On a même oublié les départements de santé communautaire dans la liste. Pas de mauvaise foi; ça a été un oubli qu'on partage. Point. Ce n'est pas un oubli uniquement du ministre. On va aller jusqu'au bout, là. Et ça, c'est assez clair. Et, évidemment, on est dans une situation où, avant vous, des représentants des personnes handicapées venaient de nous dire: Ne touchez à rien de nous autres. Maintenez les services universels. Vous nous dites la même chose. Probablement qu'il va en passer d'autres qui vont venir dire exactement la même chose au bout de la ligne. Puis, ce qui va arriver, ils vont dire: Bon, vous autres, les politiciens, vous êtes rien que bons pour taxer et vous en mettez pas mal plus sur le dos de tout le monde.

Mais il faut aussi être capable de gérer. Pour moi, c'est important de protéger ceux qui sont au monde aujourd'hui et ceux qui vont venir demain aussi. On n'a pas le droit, comme société, d'hypothéquer des générations futures au-delà de ce qu'on l'a fait au cours des dernières années, et ça nous interpelle comme gestionnaires. Et on n'a pas le choix de répondre à ça aussi parce que ça me paraît extrêmement important.

Et, lorsqu'on dit qu'il ne s'est rien fait au Québec sur le plan de la politique familiale, je

m'excuse! Les tables d'impôt parlent d'elles-mêmes sur le plan des personnes qui ont été protégées. Et je me suis réveillé lorsque monsieur, tantôt, a pris l'exemple des 30 000 \$, en me disant qu'à 26 000 \$ et moins, avec 2 enfants, on ne paie pas d'impôt et qu'il n'y a pas si longtemps, c'était pas mal en bas de ça qu'on commençait à payer de l'impôt. C'était pour favoriser la famille. Et, dans ce sens-là, il y a un certain nombre de gestes qui ont été posés. Il faut, à tout le moins, ceux-là au moins, les reconnaître, même si ce n'est pas parfait et qu'il reste beaucoup de place à de l'amélioration. Ça, j'en conviens très nettement.

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

M. Trudel: Merci de votre présentation. Merci, encore une fois, d'être venus défendre la famille et les enfants. Oui, vous avez fait des représentations. J'ai fait des représentations auprès du ministère et vous avez donc été invités. Je pense que tout le monde a un peu déploré - on jugera ça ailleurs - le manque de temps qu'on a eu pour se préparer, dit-on, dans bien des milieux, compte tenu des instruments qui sont disponibles. Ce qui est clair, c'est que vous nous avez transmis, vous nous avez confirmé très clairement le message aujourd'hui que la classe moyenne, que les familles, elles, en ont assez, comme payeurs au Québec, et qu'il va falloir, sur le plan de la gestion, sur le plan politique, qu'on trouve la dernière des ressources que nous aurions pour corriger la situation de façon équitable. Et ajouter, au niveau de la taxation, au niveau des revenus, que les familles ne sont tout simplement plus capables! Merci de votre présentation.

(17 h 45)

Le Président (M. Joly): Alors, au nom des membres de la commission, je vous remercie et j'appelle maintenant la Fédération des femmes du Québec, s'il vous plaît. Bonjour, Madame. Mme Vaillancourt, je présume, et Mme Bonenfant, c'est bien ça?

Mme Vaillancourt (Germaine): Non. C'est Mme Suzanne Messier, qui est membre du Conseil régional de Québec de la Fédération des femmes du Québec.

Le Président (M. Joly): Alors, bienvenue, madame.

Mme Vaillancourt: Et je suis Germaine Vaillancourt, la présidente de la Fédération des femmes du Québec.

Le Président (M. Joly): Parfait, madame. Alors, vous connaissez un peu la procédure. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous livrer votre mémoire. Après, les parlementaires échan-

geront avec vous. À vous la parole, Mme Vaillancourt.

Fédération des femmes du Québec

Mme Vaillancourt: Mesdames, messieurs de la commission des affaires sociales, il nous fait plaisir de participer à la consultation sur le document intitulé: «Un financement équitable à la mesure de nos moyens». Après étude du document, en raison des courts délais qui nous étaient impartis, nous venons aujourd'hui présenter quelques brefs commentaires et recommandations.

Avant de commencer, permettez-nous de vous présenter la Fédération des femmes du Québec. La Fédération des femmes du Québec a été fondée en 1966. Depuis plus de 26 ans elle défend et fait la promotion des droits des femmes, dont leur droit à la santé. La Fédération des femmes du Québec regroupe 115 associations membres et quelques centaines de membres individuels appartenant à quatre conseils régionaux. Elle représente environ 100 000 femmes et, à travers ses membres, touche tous les champs d'intérêt en matière de condition féminine.

Plusieurs associations de la FFQ sont très près de la problématique de la santé: le Comité de la condition féminine de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Association des sages-femmes du Québec, l'Alliance professionnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires, le Regroupement des Centres de santé des femmes, la Fédération des familles monoparentales, Naissance-Renaissance; le YWCA reçoit une clientèle de mères adolescentes, de femmes âgées démunies et de femmes en détresse pour toutes sortes de raisons; les Centres de femmes, représentés entre autres par leur regroupement provincial l'IR des Centres de femmes, rejoignent des femmes qui sont aux prises avec des problèmes de santé, autant physique que mentale. Tous ces organismes savent très bien comment les services de santé sont nécessaires au moment où les services tendent de plus en plus à diminuer, ce qui augmente le taux de pauvreté et de maladie. La Fédération des femmes du Québec se sent donc, à juste titre, concernée au plus haut point par l'orientation que prend le gouvernement du Québec dans son projet de réforme sur la santé et les services sociaux.

«Un financement équitable à la mesure de nos moyens». Le titre de ce document résume bien toute la situation du Québec face aux coûts de la santé: Qui va payer? Payer quoi? Payer combien? Ces questions sont d'autant plus cruciales que le milieu de la santé semble s'entendre sur une éventuelle augmentation des coûts. Plusieurs décisions sont déjà prises et d'autres amorcées. Le gouvernement demande notre avis entre telle solution ou telle autre, plus précisément entre surtaxer de telle façon ou

de telle autre. S'il y avait place pour des solutions autres que l'augmentation des coûts et l'augmentation des taxes, le gouvernement serait-il prêt à les considérer? Nous présumons de sa bonne volonté et lui faisons part de nos suggestions. Les voici.

Tout d'abord, réfléchissons à la présente situation. Qu'est-ce qui coûte cher? Ce qui coûte cher, c'est le genre de médecine que nous pratiquons; c'est une médecine de consommation qui maintient le patient irresponsable et dépendant. La surconsommation de médicaments inutiles, par exemple, est la cause d'au moins 20 % des hospitalisations des personnes âgées - et ça, c'est un chiffre très conservateur - ça, ça coûte cher. Et, comme les femmes ont une espérance de vie beaucoup plus élevée que celle des hommes, elles sont, de par ce fait, beaucoup plus touchées.

Que dire des innombrables tests diagnostiques de routine, des tests de contrôle et de suivi qui remplacent l'examen clinique pour lequel on paie déjà? Ça, ça coûte cher. Que dire des dossiers que l'on traite sous prétexte de risques de poursuites, d'études cliniques, de recherches à des fins statistiques ou tout simplement pour avoir de beaux dossiers? Ça, ça coûte cher. Que dire aussi de la surmédicalisation de la périnatalité? Ça, ça coûte très cher. Que dire des innombrables hospitalisations, interventions et traitements coûteux qui sont pratiqués à défaut d'avoir envisagé des alternatives simples et de bon sens? Ça, ça coûte cher. Il est là, le véritable problème des coûts élevés. C'est donc là qu'il faut couper les dépenses, encourager la réduction des tests diagnostiques, encourager la réduction de la consommation de médicaments, encourager la réduction des hospitalisations et traitements.

Ce qui nous étonne dans le document, c'est qu'il n'est jamais question de réduire les dépenses déjà existantes. Les recommandations vont vers une meilleure gestion administrative mais n'abordent jamais la vraie dépense: la consommation érigée en système que prône la médecine occidentale. De plus, ce document mentionne que nous sommes comparables aux autres pays occidentaux. Oui, c'est vrai. Ils souffrent du même mal que le Québec et se plaignent tous de n'avoir plus les moyens de financer leur médecine occidentale. De plus, ceux qui dépendent le plus sont ceux qui sont en moins bonne santé - les États-Unis - parce que c'est là que les services sociaux sont les moindres et où la pauvreté est très grande. En effet, la plus grande maladie, c'est la pauvreté. Savez-vous combien coûte à la société le bébé né d'une mère *sous-alimentée*? Ce n'est pas en désappropriant les femmes par le biais de millions donnés pour nourrir les enfants dans les écoles qu'elles apprendront à mieux se nourrir et à nourrir leurs enfants. Une concertation avec d'autres ministères, pour ne nommer entre autres que celui de l'Éducation, serait souhaitable.

Nous avons donc la réponse au second volet: Où investir? Dans la santé. La bonne santé, c'est l'équilibre entre le corps, l'âme et l'esprit. Dans le document, le gouvernement souligne combien les conditions socio-économiques sont importantes et combien elles se sont détériorées au Québec. Nous nous enfonçons toujours dans le cercle vicieux infernal du système actuel: augmentation de la pauvreté, augmentation de la consommation curative, augmentation des dépenses gouvernementales, réduction des services sociaux et, en bout de ligne, augmentation de la pauvreté. Malheureusement, les sommes d'argent sont attribuées massivement à la maladie et peu à la santé, au corps et peu à l'âme et à l'esprit. Ce qui nous étonne, c'est que vous n'ayez pas de politique de priorité établie pour pallier ce déséquilibre. Nous croyons que, pour le moment, c'est dans cette seule direction de santé socio-économique que doivent être faits les efforts et que doivent être réorientés les effectifs humains et financiers du système.

Passons maintenant au troisième volet de la question: Qu'avons-nous les moyens de payer? Étant donné la dette énorme qu'il nous incombe de rembourser, l'importance des dépenses - 40 % - de santé dans le budget de la province, la présente situation économique désastreuse, la pauvreté des citoyennes, des citoyens et des entreprises, il est évident que nous n'avons pas les moyens de dépenser 12 000 000 000 \$ par an pour les soins de santé. Nous avons encore moins les moyens d'en dépenser davantage. Nous ne pouvons nous permettre de surtaxer qui que ce soit. Nous devons faire des profits sur le budget actuel pour rembourser la dette. Bref, nous n'avons pas les moyens d'être malades, nous n'avons que les moyens d'être en bonne santé.

En pratique, cela se traduit par une diminution substantielle de la consommation du système de maladie, pouvant facilement atteindre 50 %, moins 6 000 000 000 \$. Une réorientation des fonds et l'utilisation de tous les effectifs humains vers la santé, c'est-à-dire injecter 2 000 000 000 \$ plutôt dans les services sociaux pour aider ceux qui en ont besoin - peut-être qu'on sera moins malade, à ce **moment-là** - d'où une économie de 4 000 000 000 \$. Il est évident que ce but ne peut être imposé. Il ne peut être atteint qu'avec la complicité des consommateurs et des consommatrices.

Quelle consommatrice, quel consommateur? Une consommation avertie et responsable. Pour parvenir à une consommation **avertie** et responsable des soins de santé, il faut informer le public, lui apprendre ce qu'est la santé en général et comment se maintenir en santé. Il faut aider le public à trouver les alternatives à la consommation des soins de santé. Il faut aussi que les consommatrices et consommateurs aient accès à l'information sur les coûts des soins. Sur ce point il y a une grande lacune à

comblée: celle de la transparence qui a été soulevée à maintes reprises. Nous estimons que les consommatrices et les consommateurs devraient être informés du coût de chaque test, de chaque médicament, de chaque traitement, de même que du coût des frais annexes et du coût des complications possibles avant de prendre quelque décision que ce soit. Ils pourraient se faire aider de «conseillers de santé», tel que recommandé par Serge Mongeau dans son livre «Pour une nouvelle médecine».

Pour que le public devienne responsable à l'égard des coûts relatifs à la santé, il faut qu'il en ait les outils nécessaires et puisse bénéficier des résultats. Les outils font défaut. Tout l'argent est mis sur la consommation médicale. Aucune médecine alternative n'est remboursée. De plus, comme le médecin est payé à l'acte et non au temps passé avec sa patiente ou son patient, il est incité à faire de l'aiguillage vers la consommation des tests, médicaments, traitements. Dans le système actuel, l'**orientation** prise par le gouvernement est à l'effet de punir. La patiente ou le patient n'a aucune motivation à économiser.

C'est par le biais de l'éducation que l'on éliminera le plus les consultations mal fondées. Au bâton, nous préférons la carotte, c'est-à-dire un partage des profits. Par exemple, si les dépenses de telle région descendaient de 10 %, les habitants pourraient bénéficier d'une remise de 5 %. Ça, ça développe l'intérêt et la complicité. Vous allez voir combien vite la consommatrice ou le consommateur vont trouver les solutions créatives adéquates et efficaces pour être en santé, faites-leur confiance.

Nous sommes à une époque où les principes de gestion changent et s'orientent vers une participation active de la base. Pourquoi ne pas l'appliquer à la gestion de la santé? Nous recommandons de procéder en deux étapes: formuler le but à atteindre et établir un budget idéal de 1000 \$ par individu, soit environ 6 000 000 000 \$, ce qui représente une économie de 6 000 000 000 \$ par année. Cet objectif peut être atteint sur une période de cinq ans. Les premiers 2 000 000 000 \$ économisés seraient réaffectés à la correction des problèmes socio-économiques à la source, causes de la maladie. Ensuite, chaque dollar supplémentaire économisé serait réparti également entre la région qui l'a économisé et le gouvernement, pour rembourser la dette. L'évolution serait enregistrée sur deux thermomètres que la population pourrait suivre. D'ailleurs, vous savez qu'au Japon on dépense 1200 \$ par personne et non pas 2000 \$ par personne.

Définir les moyens pour y arriver. On ne peut faire de changements sans la complicité de la population. Elle seule peut décider de stopper sa consommation. Seul un mode de gestion participative avec transparence complète des sommes d'argent et partage des profits motivera

la population à collaborer. La récompense vaut beaucoup mieux que la punition et la carotte beaucoup mieux que le bâton.

Mettre sur pied une grande campagne d'éducation pour expliquer la situation et le but visé, puis laisser ensuite l'initiative locale décider de la façon de la réaliser. S'abstenir de toute nouvelle taxe, **surchage**, cotisation, ticket, etc. Ce serait une grave erreur qui aggraverait la colère des gens et leur désintéressement de la chose publique. S'abstenir également d'une confrontation avec le fédéral, qui ne demanderait pas mieux que ce prétexte pour couper les subsides. Ce qu'il fera, éventuellement, de toute façon, mais ne le précipitons pas; mettons plutôt nos énergies à nous y préparer.

Cette façon de procéder aura les effets suivants: réduire les dépenses du curatif sans s'aliéner le fédéral; les médecins vont évoluer avec les demandes de la population; la réduction de la demande technologique favorisera la pratique en région éloignée. Si on était plus près des patients on aurait moins besoin de technologie. Ainsi, faire des économies qui permettront de corriger la cause première de la maladie, la pauvreté et les conditions sociales catastrophiques qu'elle engendre; rembourser la dette de la province; développer un sentiment d'appartenance, de fierté et de réussite dans la population; favoriser l'économie locale avec les surplus récupérés.

En conclusion, tout problème a une solution. Celui des **coûts** de la santé n'est pas différent. La solution doit viser une santé idéale à des coûts abordables. Pour suivre les discussions déjà amorcées dans ce mémoire, la FFG serait prête à discuter éventuellement avec votre **ministère** et à poursuivre dans ce dossier. Il n'en tient qu'à nous de le faire. Combinons volonté politique et complicité populaire et nous serons riches et en bonne santé. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. M. le ministre.
(18 heures)

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je dois vous avouer que, lorsque j'ai pris connaissance du mémoire et que j'ai vu les chiffres, je suis un peu tombé en bas de ma chaise. J'ai dit: Qui est cette gang-là, qui vient nous dire: Demain matin, la solution miracle, tu passes de 12 000 000 000 \$ à 6 000 000 000 \$? Et c'est ce qui m'a frappé. Mais en vous entendant le présenter... Ça ne serait pas rendre justice que de tenter de traduire votre mémoire par le fait de passer de 12 000 000 000 \$ à 6 000 000 000 \$. Oublions les chiffres. Vous êtes la première, ou le premier groupe à venir nous dire qu'il y a quelque chose à faire, qu'il faut le faire, puis qu'il faut agir sur les déterminants d'abord et il y aura des résultats au bout de la ligne. Peu importe si c'est des économies de 100 000 000 \$, de 500 000 000 \$,

de 1 000 000 000 \$ - mettons-en là - il faut avoir une information très ouverte, très transparente pour informer le public sur les coûts de consommation.

Je veux, là-dessus, vous féliciter et puis dire que vous avez été invités en même temps que d'autres groupes, là, et puis je trouve que vous avez pas mal travaillé pour nous présenter un document qui a son mérite. Il a ses lacunes, mais il a ses mérites aussi, et je pense qu'il faut le dire dès ce moment-ci. Et je veux vous remercier de cela, c'est un effort, et c'est le premier groupe qui ne vient pas nous dire qu'il faut en mettre plus. Il faut tout conserver, mais il y a possibilité de faire des choses. Je pense que comme message, à ce moment-ci, c'est à tout le moins rafraîchissant à entendre.

L'enquête Santé Québec nous dit que les femmes seraient en moins bonne santé que les hommes, du moins si on se fie à une analyse globale de la santé. Que parmi... Comment?

Une voix: J'ai dit: Il vaut mieux mourir plus jeune...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui, mais ce n'est pas tout d'avoir des années, d'ajouter des années. On a toujours dit qu'il fallait ajouter de la qualité aux années.

Parmi les 10 principaux problèmes de santé relevés par l'enquête Santé Québec, 9 touchent davantage les femmes. C'est quand même très très important, là. Et c'est clair que les hommes meurent plus tôt, plus jeunes, et, dans ce sens-là, on est peut-être, au bout de la ligne, bien heureux de mourir plus jeunes avec beaucoup moins de problèmes.

Quand vous faites une proposition commé celle que vous faites, on dit là: Bon parfait, partons du principe que le budget, c'est 1000 \$ par personne, c'est 6 000 000 000 \$; ça fait 6 000 000 000 \$ d'économie, rajoutons 2 000 000 000 \$ pour jouer sur les déterminants et sur la prévention. Est-ce que les victimes d'une démarche aussi importante que celle-là ne risquent pas justement d'être des femmes? Ça ne vous fait pas peur un peu?

Mme Vaillancourt: Bien, moi, je pense qu'on ne peut pas couper les choses demain matin, mais je pense qu'on doit travailler sur la prévention. Oui, les femmes vivent plus vieilles que les hommes - vous venez de me le dire - mais elles sont beaucoup plus surmédicalisées que les hommes aussi. Quand une personne âgée, par exemple, qui s'ennuie chez elle, qui vit de la solitude, qui va voir un médecin parce qu'il n'y a personne pour venir s'asseoir avec elle l'après-midi pour jaser, et que le même médecin lui donne un médicament, et que ce médicament lui donne des incontinences, on donne un autre document pour pallier ces incontinences et ainsi de suite, jusqu'à temps qu'elle en ait 15 devant

elle et qu'elle se retrouve à l'hôpital avec des problèmes de surmédicalisation. Et c'est le système de santé qui va payer pour arriver à soigner cette personne. Quelque part, je pense que les femmes... Si on part de la base et qu'on aide la personne au départ, si on développe le côté social pour aider ces personnes qui sont seules, et qui souvent vont voir les médecins, et que les médecins sont responsables au sens où ils donnent des médicaments... On n'a pas le temps d'écouter la personne qui se présente devant nous. On lui donne un médicament, on lui demande de passer des examens, on l'a dirigé vers la technologie.

Ce n'est pas étonnant qu'il n'y ait pas de médecins dans les régions et puis qu'ils disent «on n'a pas la technologie qu'on a dans les villes» et puis qu'ils ne veulent pas y aller. Bien, si les médecins avaient du temps, et tant que nous aurons une médecine à la carte... C'est toujours la question de la médecine à la carte qui fait en sorte qu'on passe de plus en plus de clients le plus vite possible. Moi, je peux vous dire que j'aimerais ça savoir combien je coûte quand je vais chez le médecin. Je ne le sais pas. Je passe un examen et puis je ne le sais pas combien je coûte et je ne sais pas ce qui est écrit non plus.

Alors, je pense qu'il est temps qu'il y ait de la transparence. Ça devrait être affiché dans les bureaux de médecins combien coûtent telle et telle affaire. Je pense que les gens ont le droit de savoir combien ça coûte un service de santé. Tout le monde dit «la gratuité»; ce n'est pas vrai. La gratuité ça n'existe pas. Nous payons tous pour ce système-là, ce n'est pas dans les airs.

M. Côté (Charlesbourg): C'est transparent dans votre mémoire, vous interpellez assez durement le corps médical et vous dites même que la médecine pratiquée au Québec n'est...

Mme Vaillancourt: C'est une médecine curative et non pas préventive, qui ne va pas à la cause, mais qui va... Si j'arrive dans un bureau, moi, et que j'ai une maladie quelconque, une grippe ou quoi, on va me donner des pilules, on va m'envoyer passer des radiographies pour les poumons, mais, par exemple, je peux avoir perdu mon emploi, je peux avoir perdu ma maison en même temps et je peux avoir un enfant qui est malade, et c'est peut-être pour ça que j'ai la grippe, parce que je suis tellement fatiguée. Tous les gens sont perméables lorsqu'ils vivent du stress, sont fatigués et c'est actuellement ce qu'on vit. Moi, je pense que c'est là que, nous, on met l'accent, sur la prévention.

M. Côté (Charlesbourg): J'allais poser la question, puisque vous vous interpellez de manière aussi sévère la pratique médicale au Québec, est-ce que vous croyez aux médecines

alternatives? Parce qu'il est bien dit, dans votre document, «médecine occidentale»; c'est peut-être par rapport à «médecine orientale, médecine alternative».

Mme Vaillancourt: C'est-à-dire que ce que nous...

M. Côté (Charlesbourg): Médecine alternative, est-ce que vous y croyez? Et si vous y croyez, d'après vous, quelle serait l'identification des médecines alternatives qui pourraient nous aider? Parce que, parmi la liste de 117, il y en a un certain nombre qui ne sont pas piquées des vers.

Mme Vaillancourt: Oui, c'est vrai. Je pense qu'il doit y avoir aussi dans les médecines douces, qu'on appelle, il devrait y avoir... On a un Office de protection du consommateur et je pense que, concernant cela aussi, on doit être protégés. Il y a de bonnes médecines alternatives, comme il y en a de moins bonnes. Je ne pense pas qu'on doive financer la médecine alternative comme telle, comme on finance la médecine actuelle. Mais si on avait un système de bons... Mettez 1000 \$, mettez 1200 \$ par année, si vous voulez, et que les gens aient le choix de se faire soigner par qui ils veulent. Est-ce qu'on a le choix, au Québec, de se faire accoucher par une sage-femme présentement?

M. Côté (Charlesbourg): Pas encore.

Mme Vaillancourt: Pas encore.

M. Côté (Charlesbourg): ...mais il n'est pas encore dans la pratique.

Mme Vaillancourt: Une sage-femme, il faut la payer et on n'a pas encore le choix. Il y a des médecins qui perdent des bébés à la naissance et on n'en parle pas; mais, quand une sage-femme en perd un, ça fait le tour de la province.

M. Côté (Charlesbourg): Vous insistez donc beaucoup, au-delà de ce qu'on vient de discuter, sur des mesures qui vont dans la prévention: information et prévention.

Mme Vaillancourt: À long terme, ça diminue les coûts.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. J'allais vous demander dans un premier temps, à partir du moment où vous auriez des économies, dans quelles mesures particulières ces économies pourraient être orientées sur le plan de la prévention, dans votre esprit à vous. À votre connaissance, quelle est la première mesure qu'il faudrait mettre en place si on vise la prévention?

Mme Vaillancourt: Si vous visez la prévention, il est sûr qu'il faut faire des transferts vers les services sociaux. Moi, je pense qu'il faut absolument travailler sur la pauvreté parce que, à mon avis, la pauvreté est un agent qui rend les gens malades. On a un système de maladie, non pas un système axé sur la santé, et c'est un cercle vicieux. Dans les services sociaux, on coupe; les gens sont plus pauvres; on a des problèmes d'alimentation; on a des bébés qui viennent au monde en bas du poids normal; ces bébés-là vont devoir utiliser les services de santé. Donc, à mon avis, dans les premiers temps, il est sûr qu'il y a de l'argent qui doit être réorienté vers des mesures socio-économiques qui vont favoriser la santé des individus et, par la suite, les gens vont moins utiliser le système de santé au niveau curatif.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends après ça que vous débordiez des cadres des responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux pour aborder le problème plus général et plus gouvernemental de la pauvreté.

Mme Vaillancourt: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que, tantôt, je vous ai entendu parler du ministère de l'Éducation et, à ce que vous disiez, il aurait peut-être été préférable d'investir des sommes dans la prévention que dans la correction des problèmes au niveau de l'éducation. C'est ça?

Mme Vaillancourt: C'est que, d'un côté, les services sociaux coupent et, de l'autre côté, le ministère de l'Éducation vient donner 10 000 000 \$ aux enfants dans les écoles pour qu'ils mangent parce qu'on dit qu'au Québec il y a 40 % actuellement... il y a des enfants qui ne mangent pas dans les écoles. Bon. Une chose.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais précisez-moi ça. Donnez-moi des choses précises. Quand vous me dites: Le ministère de la Santé et des Services sociaux coupe, vous devez avoir des exemples à l'esprit?

Mme Vaillancourt: Bien, c'est-à-dire, le service social, vous savez qu'il y a eu toutes sortes de mesures qui ont été faites. La loi 37, vous connaissez la loi 37.

M. Côté (Charlesbourg): Ah! O.K. Correct. Je comprends, là, dans le cas de l'éducation. C'est la responsabilité de l'Éducation, je pensais que c'était chez nous.

Mme Vaillancourt: Bon. C'est ça. Et, d'un autre côté, on vient donner 10 000 000 \$ pour *nourrir* les enfants dans les écoles. Est-ce que vous pensez que les enfants mangent du lundi au vendredi, le midi, et que le samedi et le diman-

che ils ne mangent pas, que durant les vacances de Pâques, d'été et des fêtes ils ne mangent pas non plus? Et les mères, chez elles, est-ce qu'elles ont besoin de manger? Je pense qu'on aurait mieux fait d'investir dans l'éducation au niveau des mères, au niveau de l'alimentation. Parce que, là, on désapproprie les femmes de leurs responsabilités pour donner cette responsabilité-là à l'école. Et la responsabilité de nourrir les enfants appartient aux parents et elle appartient à la mère. Donc, si on ne travaille pas ce côté-là, on ne fait que poser un «plaster» quelque part. Il n'y aura pas moins d'enfants pauvres l'année prochaine et il n'y en aura pas plus qui vont être en meilleurs moyens, parce qu'on ne va pas à la source. On donne à manger dans les écoles, et c'est tout. Moi, je pense que c'est à la base qu'il faut travailler.

M. Côté (Charlesbourg): Il me dit qu'il me reste deux minutes. Si vous étiez à la place du ministre demain matin, c'est quoi la première mesure que vous prendriez, là, devant une situation financière qui est difficile, devant des services qui sont en demande partout? C'est quoi la première mesure que vous pourriez appliquer pour tenter de redresser la situation et de ne pas hypothéquer les générations futures?

Mme Vaillancourt: Je ne suis pas vous.

M. Côté (Charlesbourg): Mais, rêvez, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Rêvez. Quand vous êtes dans le poste, là, c'est le cauchemar!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Vaillancourt: Mais on a le droit de rêver, vous savez, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Bien sûr. Bien oui.

Mme Vaillancourt: Je pense que...

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'était pas un reproche, là, parce que j'ai dit que c'était un rêve et je l'ai carressé pendant longtemps, moi aussi. Je peux dire que, plus souvent qu'autrement, on se retrouve dans le cauchemar quand on est dans le poste. C'est rien que ça, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Vaillancourt: La première mesure à faire demain matin... C'est clair qu'on ne dit pas: Demain matin, vous ne donnez plus de soins aux gens. On ne peut pas faire ça. Je pense qu'à l'heure actuelle on est pris dans un engrenage où, dans les premiers temps, immédiatement, **demain matin**, on ne peut pas refuser les choses.

Sauf qu'il faut penser autre chose. Il faut mettre en place des mécanismes qui vont faire en sorte qu'on va axer davantage sur la prévention. Moi, je pense qu'on a de très beaux CLSC au Québec. Il va falloir leur donner davantage, à mon avis, de place, où on va soigner les individus, non plus seulement des corps, mais qu'on va aussi penser à tout ce que les gens vivent, si vous voulez.

M. Côté (Charlesbourg): Vous parlez des CLSC, mais est-ce que vous auriez un jugement aussi sévère pour les cabinets privés? Parce que les cabinets privés sont aussi capables de faire ce travail-là.

Mme Vaillancourt: Mais ils coûtent beaucoup plus cher.

M. Côté (Charlesbourg): Vous vous basez sur quoi pour dire ça?

Mme Vaillancourt: Bien, d'abord, dans les cabinets privés, c'est de la médecine à l'acte, alors que dans les CLSC c'est de la médecine salariée. Donc, à mon avis, c'est différent. Moi, je pense que, si on avait une médecine salariée, elle coûterait beaucoup moins cher.

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'était pourtant pas le cas lorsque ça a été implanté ailleurs. Par exemple, en Suède, il y a eu le salariat et ça n'a pas nécessairement amélioré un certain nombre de choses à ce niveau-là. Donc, je pense que c'est des modèles partagés qu'il faut, davantage qu'un modèle unique, pour s'adapter à chacune des circonstances.

Mme Vaillancourt: Je pense que rien ne s'améliore si on n'y met pas du sien en même temps. Je pense que ce n'est pas juste couper des choses ou faire des choses qui va faire que ça va aller mieux. Je pense qu'il faut se pencher sérieusement sur...

M. Côté (Charlesbourg): Mais je tire comme conclusion que votre proposition c'est que, si on a des sous à ajouter dans la prévention, il faut d'abord qu'on passe par les CLSC, parce que c'est là que la prévention pourrait se faire d'abord.

Mme Vaillancourt: Davantage, parce qu'ils ont des services sociaux en même temps.

Le Président (M. Joly): Merci madame. Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, s'il vous plaît.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Merci, mesdames, de cette présentation. Bienvenue aussi, de la part de l'Opposition, à cette commission. C'est un langage coloré, c'est une approche

décidément déterminée que vous nous présentez. Aussi, quand j'ai lu votre mémoire, j'ai dit: Ça y va aux toasts! J'ai compris par après qu'il y avait comme là-dedans une caricature, en quelque sorte, à quelque part, pour faire ressortir les éléments dominants.

(18 h 15)

C'est intéressant de vous entendre là-dessus et, moi, j'aimerais bien avoir un certain nombre d'éléments supplémentaires d'information. Alors, à la base, vous dites, si j'ai bien compris «si ça nous coûte tellement cher, nous, notre perception, c'est qu'on est obligés d'y aller beaucoup trop lourdement sur le curatif». Et là tout le monde passe un petit peu au bâton, là: les médecins, puis... parce qu'on fait trop de curatif. Bon! Et vous dites: La grande cause de tout cela, c'est la pauvreté. Et ça, c'est éminemment démontré maintenant, la relation entre état de santé et pauvreté. Je sais bien que c'est une grande question mais, quant à moi, oui, c'est le fondement de toute politique de santé et de bien-être. Quel devrait être le premier élément d'une politique de lutte à la pauvreté? Comme c'est un des grands déterminants, selon vous, ce serait quoi, le premier élément qu'il faudrait inscrire en toute priorité sociale au Québec en matière de lutte à la pauvreté?

Mme Vaillancourt: Je pense: le plein emploi. Des mesures plus appropriées. Les gens n'ont plus d'emploi. Et non seulement le plein emploi, mais aussi des emplois qui soient rémunérés pour faire en sorte que les gens puissent avoir une vie convenable et être en santé. Parce qu'une des grandes facettes de la pauvreté actuelle, évidemment, c'est que de moins en moins de gens travaillent. On écoutait dernièrement que la nouvelle politique d'assurance-chômage fait en sorte que les gens se retrouvent beaucoup plus vite sur l'aide sociale et que ça contribue davantage à la pauvreté. Alors, il faut travailler, à mon avis, dans cette dimension-là.

M. Trudel: Comprenez-vous ça, vous, mesdames, que nous soyons à nous interroger sur «le drame» des finances des services de santé et des services sociaux au Québec et que nous n'ayons pas encore de politique de la santé et du bien-être au Québec? Est-ce que vous comprenez ça, qu'on puisse aujourd'hui dire: Il y a un problème de financement apparent, réel et, par ailleurs, on n'est pas encore décidé socialement où vont être les priorités? Ça s'appelle une politique de santé et de bien-être. Est-ce que vous concevez qu'on puisse faire ce travail d'examiner les problèmes du financement du système sans avoir une politique de santé et de bien-être?

Mme Vaillancourt: Non, on ne peut pas. On la propose d'une certaine façon dans nos politiques de bien-être.

M. Trudel: Et c'est dans ce sens-là, je pense, avec ce que vous me répondez, que le **premier** élément d'une politique de santé et de bien-être au Québec, ce sera la lutte à la pauvreté; et le premier élément de la lutte à la pauvreté, évidemment, c'est le plein emploi; et le plein emploi, ça a comme effet aussi, comme par hasard, quant aux problèmes dont on discute aujourd'hui, d'augmenter les entrées fiscales. Alors, ce n'est pas tout de discuter du problème à la fin du processus; il faut voir en amont aussi. Et on n'a peut-être pas tout réglé ces éléments-là. Moi, je le déplore personnellement, je le déplore profondément. On est engagés à l'envers dans ce processus: On se pose des questions sur les difficultés terminales dans le système. Et, surtout, on ne propose rien, avant, qui s'appellerait une politique de santé et de bien-être, une lutte à la pauvreté et le plein emploi. On le sait, qu'on pourrait régler et qu'on pourrait réduire la pression sur notre système.

De façon très particulière, vous avez aussi un chapitre sur ce qu'on appelle communément les actes défensifs, les actes médicaux défensifs. Vous dites: L'ensemble des tests diagnostics qui sont faits par la profession médicale, ça, il faut réduire ça absolument. Il y a un certain nombre de spécialistes qui nous disent que ces actes défensifs, les médecins les réalisent, les font parce que la profession ou les professionnels ont bien peur - c'est un phénomène nord-américain, ça - des poursuites judiciaires: Tu n'as pas pris toutes les dispositions en vue d'en arriver à un bon diagnostic, je te flanque une poursuite, parce qu'il y a la responsabilité professionnelle.

Est-ce que vous, vous avez déjà pensé au système, au correctif usuellement employé dans des sociétés, qui s'appelle le «no-fault», c'est-à-dire, comme dans le cas, pour en faire l'illustration, là, de l'assurance-automobile? Est-ce que vous avez pensé à ce régime pour faire en sorte que les médecins n'aient plus à poser, entre autres choses, ces actes défensifs? Et, deuxièmement, si tel était le cas, est-ce que ça vous fait peur, vous autres, un régime dans lequel nos professionnels de la santé, les médecins, pratiqueraient leur art sans égard à la faute? Il n'y aurait pas de responsabilité professionnelle de la part de l'individu.

Mme Vaillancourt: Je ne crois pas qu'on dise que le médecin n'a pas de responsabilité professionnelle dans ça; je ne pense pas que ce soit l'objet de ce qu'on avance, pas du tout. Mais il y a une chose qu'on réalise, par exemple, c'est que, concernant le développement de la technologie, 10 % de la population utilise 70 % de la technologie. Alors, ça coûte très cher pour 10 %. Moi, à mon avis, ce qu'on fait, c'est une réflexion là-dessus.

M. Trudel: Je n'inférais pas que vous disiez dans votre mémoire que vous préconisiez le «no-

fault» ou l'absence de responsabilité professionnelle à l'intérieur d'un régime. Mais je dis: Quand on veut réduire, généralement, cet aspect, il y a une approche qui est utilisée dans le monde, par exemple, en Suède, où on dit: Bon! bien, c'est un régime sans égard à la faute. Ce qui fait que les médecins font moins d'actes défensifs, ceux que vous décrivez, là, pour en arriver à baisser les coûts du système. Quittons ce chapitre aussi.

Mme Vaillancourt: Mais j'aimerais, si vous permettez...

Le Président (M. Joly): Mme Messier, oui.

Mme Messier (Suzanne): J'aimerais préciser, dans le cas du «no-fault», que notre expertise en matière d'abus des recours aux actes défensifs s'appuie particulièrement sur tout ce qui a trait à l'accouchement et à la grossesse. On constate que les médecins abusent largement des tests diagnostics, mais je ne pense pas que, dans ces cas-là, ce soit pour se protéger contre d'éventuelles poursuites. Je pense que c'est tout simplement une pratique, chez les médecins, de avoir recours facilement et gratuitement à tous ces tests. Et lorsque les femmes contestent l'abus, le recours abusif à ces méthodes-là, c'est rare que les médecins vont leur dire: «C'est parce que je veux me protéger contre d'éventuelles poursuites».

Les femmes souhaitent avoir recours aux sages-femmes parce qu'elles ont confiance que les sages-femmes répondent mieux à leurs besoins affectifs et médicaux. C'est un peu ce qu'on déplore dans notre mémoire, c'est que les médecins, aujourd'hui, pour la plupart, ne pratiquent pas une médecine à l'écoute des gens, une médecine humaine, humanisante, ils pratiquent une médecine technologique. C'est en ce sens-là que nous déplorons le fait qu'ils abusent des actes défensifs. Mais c'est la première fois que j'entends dire que les médecins pourraient avoir recours à ces tests-là pour des raisons de protection de leur pratique, et je n'y crois pas.

M. Trudel: Il y en a beaucoup de cette catégorie d'actes, mais il y a aussi ce que vous décrivez, qui s'additionne au phénomène, selon la perception qu'ont les personnes. Il nous reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Joly): Il vous reste trois minutes et demie.

M. Trudel: Oh! Alors, je vais passer la parole à ma collègue de Marie-Victorin.

Mme Vermette: Merci. Alors, ça me fait plaisir. Moi aussi, quand j'ai lu votre mémoire, en fait, je me disais que vous avez dit les choses avec beaucoup de simplicité et beaucoup de

clarté. Beaucoup de gens pensent comme vous, mais n'osent pas l'exprimer, de toute façon. Ce que je trouve encore plus intéressant, c'est que le président de la Fédération des médecins, il est ici présent... Ça, je trouve ça très intéressant, en fait, parce que... La Corporation, excusez, la Corporation des médecins. Je trouve ça très intéressant...

M. Côté (Charlesbourg): À ne pas mélanger.

Mme Vermette: ...parce que ça va probablement favoriser, en tout cas, du moins, une prise de conscience sur des changements profonds qui se passent dans nos sociétés en ce qui concerne les soins de santé. Ça, je pense que c'est important.

L'autre élément que je trouve assez intéressant aussi, c'est que ce sont des femmes qui prennent toujours ce droit de parole et ce sont les femmes qui sont toujours précurseurs de grands changements. Ce que vous apportez, en fait, le ministre lui-même l'a dit tantôt, c'est nouveau, c'est rafraîchissant, votre mémoire, parce que vous avez le courage de dire des choses et aussi d'apporter des solutions en disant qu'on fait peut-être tous fausse route actuellement, quand on reprend ce débat-là, et peut-être qu'il faudrait regarder ça avec des yeux neufs et d'une façon différente, en mettant davantage l'accent sur la santé plutôt que sur la maladie. Je pense que c'est tout à fait important.

En fait, mon collègue d'Abitibi, et porte-parole du dossier, soulevait tantôt qu'il n'y avait pas de politique à l'heure actuelle. On parle de financement, mais on n'a pas clairement établi une politique. Est-ce que vous pensez qu'à l'heure actuelle la population, compte tenu du débat que nous sommes en train de faire, serait capable de suivre votre discours et que vous seriez capables, en tant que femmes, d'assumer le leadership afin d'établir cette complicité que vous recherchez avec la population?

Le Président (M. Joly): Mme Messier.

Mme Messier: Je pense que - la présidente l'a dit tantôt - les orientations que nous proposons doivent être vues à long terme. Mais je pense que lorsqu'on établit une politique, qu'elle soit de financement ou qu'elle rejoigne une politique plus globale d'orientation, elle se doit de viser des objectifs à long terme. Mais il m'apparaît que la prévention est un principe de base qui doit être mis de l'avant. On véhicule ce principe en éducation par rapport au marché du travail. On dit à nos jeunes: Formez-vous bien, poursuivez vos études, parce que, tantôt, sur le marché du travail, vous allez devoir être compétents pour obtenir des bons emplois. Je pense que c'est la règle du bon sens que la population comprenne qu'en matière de santé, si elle veut demeurer en santé le plus longtemps possible...

Parce que, effectivement, l'espérance de vie s'allonge, mais ça ne veut pas dire que les dernières années de vie soient des années en santé. Je pense que tous les gens sont capables de comprendre, de bien recevoir une information à l'effet de se maintenir en santé pendant de plus longues années. En ce sens-là, je pense que oui.

Les femmes, nous sommes celles qui donnons la vie. Nous sommes celles aussi qui avons plus le réflexe de la protéger cette vie-là. En ce sens-là, je pense que nous sommes toutes et chacune capables de véhiculer ce message. Ce ne serait pas nouveau parce que c'est ce que nous faisons depuis que le monde existe.

Mme Vaillancourt: J'aimerais ajouter, pour la fin, que cette année, les 29, 30 et 31 mai, le Forum national des femmes est axé vers un projet féministe de société. Ça s'appelle: Un Québec au féminin pluriel, et il y sera sûrement question de santé et de prévention.

Le Président (M. Joly): Merci, mesdames. Je vais maintenant reconnaître M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. S'il vous plaît, une courte question et une courte réponse.

M. Atkinson: Merci, M. le Président. Deux petites questions, mesdames. Je suis parfaitement en accord avec ce que vous dites à la page 1V. Nous ne pouvons faire une réforme du **système** de la santé sans la participation du **public**. Ma question est la suivante: Comment pouvons-nous augmenter ou améliorer cette participation?

Mme Vaillancourt: En informant. Moi, je pense que c'est par l'éducation et l'information qu'on favorisera la participation du public. Et c'est aussi, comme on le dit, en les récompensant d'une certaine manière et non pas en les punissant. Moi, je pense que le ticket modérateur, les taxes nouvelles et l'**impôt-services** sont des punitions qu'on ne doit pas donner. Les gens sont surtaxés, ils n'en peuvent plus de payer. Moi, je pense qu'on doit mettre sur table le système, on doit leur dire ce qui en est. Quand on parle de participation active, on doit inviter les gens à nous apporter des solutions. Je pense qu'il y a beaucoup de monde qui pense comme nous autres et qui ne l'a pas encore dit.

M. Atkinson: Madame, je suis intrigué par votre remarque: «...partage des profits motivera la population à collaborer». Pourriez-vous élaborer sur cette phrase en bref, s'il vous plaît, madame?

Mme Vaillancourt: Excusez-moi, je n'ai pas compris.

M. Atkinson: Le partage des profits. C'est à la même page, page 11.

Mme Vaillancourt: Oui. Dans les régions, par exemple. :

M. Atkinson: C'est au paragraphe a «...partage des profits motivera la population à collaborer».

Mme Vaillancourt: Oui. On vous le dit: Il faut mettre sur pied une grande campagne d'éducation, mais il faut laisser aussi l'initiative locale décider de la façon de la réaliser. Quand on parle d'initiative locale, on parle de décentralisation. Il n'y a pas de véritable décentralisation au Québec. Je pense que les régions pourraient décider. On pourrait donner de l'argent, on pourrait donner des millions, par exemple, donner 10 000 000 \$, je ne sais pas, à une région, au Saguenay, et dire: Comment le voyez-vous, votre système de santé? Comment êtes-vous capables de vous autodéterminer? Apportez-nous de solutions. Ne vous inquiétez pas, les gens sont très créateurs et seront capables d'en trouver des moyens d'être plus en santé et moins malades.

Le Président (M. Joly): Merci, madame.

M. Atkinson: Merci, M. le Président.

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

M. Côté (Charlesbourg): Tout en vous remerçant, je vais peut-être en profiter pour glisser un petit mot sur la politique de santé et bien-être.

M. Trudel: Oh! Pour quand? Pas déjà! Non, non, non!

Le Président (M. Joly): Est-ce que j'ai le consentement pour qu'on déborde de...

M. Trudel: Trois quarts d'heure, une heure, si vous le voulez. On coupe le lunch, on fait tout!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): J'ai toujours dit, et c'est ce que je continue de penser: dans une situation idéale, si on avait été capables de produire une politique de santé et bien-être bien avant... On a quand même un guide, qui a été celui déposé par Mme Thérèse Lavoie-Roux. Ce document est à l'avant-garde de tout ce qui s'est fait partout à travers le Canada, y compris au gouvernement fédéral. Il n'y a pas une province, ni le gouvernement fédéral, qui avait l'ombre de ce qui a été déposé.

Depuis ce temps là, il y a eu quoi? Il y a eu le rapport Bouchard, le rapport Pelletier. Il y a eu ou il va y avoir dans pas grand temps une politique préhospitalière. Ce sont des éléments

majeurs dans une politique de santé et bien-être. On a donc fait quoi? Les formes. On discute du financement et très très prochainement - je touche du bois - on va pouvoir discuter aussi de politique de santé et bien-être. Ce qui fait que l'objectif que nous avons - parce qu'on ne pouvait pas tout faire en même temps - était de s'assurer qu'à partir du moment où on met en branle tout le processus on ait l'ensemble de ces éléments-là, y compris la politique de santé et bien-être. Et c'est ce que nous aurons, M. le Président, très très prochainement, de telle sorte qu'on puisse cheminer. Et qu'on les ait en même temps, c'est ça qui est important, bien articulés. On va réussir et c'est presque un tour de force de la part des technocrates du ministère, parce que, bien souvent, on en parle du travail qui a été fait.

Dans une situation idéale, je l'admets volontiers, mais on était dans un processus qui était enclenché et que je ne pouvais pas changer. Mais on aura la politique de santé et bien-être qui va agir sur un certain nombre de déterminants. Ça va être très intéressant, M. le Président, et très bientôt. Très très bientôt.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. M. le député, très brièvement...

M. Trudel: Parce que moi, les «très, très bientôt»...

Le Président (M. Joly): ...parce que je vous rappelle et rappelle aux membres de cette commission qu'on a une séance de travail dans quelques minutes. S'il vous plaît.

M. Trudel: Oui, oui, deux petites minutes. On a le temps de s'en parler. Parce que, là, on a le morceau Bouchard, le morceau Pelletier, le morceau Fréchette qui s'en vient, le morceau Lavoie-Roux, mais on n'avait pas, dans ces quatre morceaux, comme élément numéro un, la lutte à la pauvreté et le plein emploi. Et on verra si c'est réalisé.

Mme Vaillancourt, mesdames, merci beaucoup. Quant aux premiers 10 000 000 \$ que vous enverriez en région, est-ce que ça pourrait être en Abitibi-Témiscamingue? Merci.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Comme vous voyez, même les membres de la commission sont captivés par leur intérêt personnel.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Joly): Merci, mesdames.

Nous suspendons nos travaux jusqu'à 20 heures, dans cette même salle. Merci.

(Suspension de la séance à 18 h 35)

(Reprise à 20 h 16)

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Le Président (M. Joly): La commission reprend ses travaux. J'appellerais la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, s'il vous plaît. Bonsoir, mesdames. Bienvenue à cette commission. J'apprécierais si la personne responsable pouvait s'identifier, et aussi identifier les personnes qui l'accompagnent, s'il vous plaît.

Mme Roy (Michèle): Bonjour, mon nom est Michèle Roy.

Le Président (M. Joly): Oui, madame.

Mme Roy: O.K. Je vous présente aussi Françoise David et Lorraine Guay.

Le Président (M. Joly): Il y avait une quatrième personne qui ne s'est pas présentée, Mme Williams.

Mme Roy: Oui, c'est ça.

Le Président (M. Joly): C'est bien ça. Je vous explique un peu la procédure: vous avez une vingtaine de minutes pour nous livrer votre mémoire et, par après, les parlementaires, eh! bien, auront le privilège de s'entretenir avec vous. Alors, à vous, madame.

Mme Roy: Nous sommes ici pour représenter la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles. Cette Table regroupe 18 organismes provinciaux représentant différents secteurs d'activité dans le milieu communautaire et bénévole. Je vais d'abord commencer par vous les présenter un peu, dire qui on représente, quelles personnes sont membres de nos groupes. Après, on va vous placer devant notre choix politique à nous, par rapport à votre question de base «qu'est-ce qu'on fait avec les coûts des services de santé?», et expliquer dans quelle perspective on regarde maintenant, nous, le nouveau réalignement qu'on souhaite.

Donc, les regroupements provinciaux qui sont membres de la table de concertation sont des regroupements qui touchent quatre ou cinq secteurs principaux, je dirais: les jeunes, les personnes âgées, les femmes, les groupements familiaux et les groupes de bénévoles. Les membres de nos groupes, les personnes qui utilisent nos services, qui participent à nos activités, qui initient et soutiennent nos actions, sont impliqués dans nos mécanismes de gestion démocratique. Ce sont des milliers d'hommes et de femmes de tout le Québec, de toutes les régions du Québec, des hommes et des femmes de

tous les âges, des jeunes impliqués dans des ressources-jeunesse (maisons d'hébergement, centres de jeunes), des hommes et des femmes aux prises avec le sida, des personnes âgées qui luttent pour améliorer leurs conditions de vie, des personnes impliquées ou usagères de groupements bénévoles, des milliers de femmes en démarche d'autonomie et d'affirmation pour mettre fin à des situations de violence, de pauvreté, d'isolement, pour mieux vivre leur grossesse, des hommes et des femmes qui vivent des problèmes de santé mentale, des gens qui viennent de différentes communautés culturelles, qui, souvent, sont des personnes qu'on a marginalisées, qui sont démunies, pauvres, appauvries, atteintes dans leur corps, dans leur cœur, mais aussi des personnes qui luttent pour changer leurs conditions de vie, qui sont impliquées, qui sont organisées. Le milieu communautaire représente toutes ces fractions de la population. Vous avez la liste, à la fin de notre mémoire, de l'ensemble des groupements membres. Juste vous en faire la nomenclature pourrait déjà épuiser pas mal de notre temps.

On tient d'abord à réaffirmer que, pour nous, un principe de départ qui est très important, c'est notre attachement aux valeurs fondamentales que sont la solidarité sociale et l'universalité des services. C'est des notions qui ne sont pas contestables ou qu'on ne souhaite pas, nous, voir modifier. Si on tentait de répondre à votre question qui est: Où est-ce qu'il faut maintenant mettre l'argent, ou comment le rentabiliser?, je pense que la façon qu'on aurait, nous, de l'envisager, c'est plutôt de poser la question: Où est-ce qu'on va mettre les sommes d'argent et les énergies, le temps de travail actuellement disponible pour améliorer de façon significative l'état de santé de la population? Qu'est-ce qui est le plus susceptible d'apporter des changements majeurs dans l'état de santé? On vit dans un pays qui s'est doté d'un système de santé et de services sociaux effectivement coûteux, dont on questionne la rentabilité actuellement, mais qui ne semble pas forcément offrir à l'ensemble de la population une qualité de santé intéressante. On a parfois des chiffres très poignants dans ce sens-là, où notre rendement n'est pas vraiment très satisfaisant.

De multiples études, et même vous-même, M. Côté, en arrivez à dire que les conditions socio-économiques ont une influence prépondérante sur l'état de santé des gens. C'est donc dans ce sens-là qu'on se dit: Peut-être qu'investir - pas peut-être, sûrement selon nous - dans l'amélioration des conditions socio-économiques des gens pourrait avoir un effet très important. Investir dans des démarches de prévention, ce qu'on appelle, nous, s'orienter vers un virage social important.

Mme David (Françoise): Donc, la proposition que, nous, on a à vous faire, c'est vraiment de

dire: Plutôt que d'aller chercher des solutions à court terme et qui nous semblent même être des solutions à courte vue pour trouver de nouvelles sommes d'argent chez les contribuables, il nous semble que la première opération à faire, et à faire maintenant et tout de suite, c'est ce virage social dont le livre blanc parlait un peu, dont le document sur le financement parle aussi un peu, et qui, on l'imagine, sera présent dans la politique de santé et bien-être.

De façon un peu plus concrète, on dit qu'on doit absolument faire des remises en question et ce, dès aujourd'hui. La première, c'est qu'il faut absolument, au plan des budgets, augmenter la part du social. Bon, tout le monde sait que la part qui va à la prévention - et ça, ça implique autant les CLSC que les organismes communautaires - c'est à peu près 5 % du budget total du ministère. On a l'impression qu'il faudrait augmenter de beaucoup ces sommes-là pour la simple raison que beaucoup de problèmes qui aboutissent en symptômes de problèmes de santé ou de problèmes de santé mentale, finalement, trouvent leur origine dans des problématiques qui sont plutôt d'ordre social, si on pense aux conflits conjugaux, familiaux, à la violence, au stress, etc.

Donc, ce qu'on propose, c'est de doubler immédiatement le financement des organismes communautaires et bénévoles, ce qui, à notre avis, leur permettrait de jouer davantage un rôle primordial en matière sociale, en matière de prévention et aussi pour trouver davantage de solutions collectives aux problèmes de santé des gens.

On pense aussi... Et, là-dessus, on appuie le mémoire de la Fédération des CLSC qui dit qu'il faut absolument augmenter le budget des CLSC, renforcer les services de première ligne et, en particulier, renforcer les services sociaux dans les CLSC. Ensuite, et en même temps, on tente de vous expliquer ce que, à notre avis, d'ailleurs, vous avez déjà compris, c'est que la prévention a bien meilleur goût. Mais si c'est vrai, à ce moment-là, il faut le faire. Et ce qu'on dit, c'est que dans les organismes communautaires, en particulier, les organismes communautaires et bénévoles, mais aussi dans le réseau, particulièrement peut-être dans les CLSC, on tente de faire de la prévention et on a l'impression, depuis bien des années qu'on en fait, qu'on n'a plus vraiment à faire la preuve de l'efficacité de ce travail-là. Qu'on pense, par exemple, à toutes les femmes qui, plutôt que de magasiner les médecins, vont dans des centres de femmes et font face à leur problème d'isolement, de dépression ou de violence. On a l'impression que, d'un point de vue humain, c'est plus intéressant, et la démarche d'autonomie va être plus profitable à long terme, et on a l'impression aussi que, sur le plan économique, ça peut plutôt faire l'affaire du ministère et ce, même s'il doublait les subventions aux organismes communautaires.

Donc, la prévention ne devrait plus être seulement un discours et un discours pour dans 10 ans, ça devrait être quelque chose qui se fait maintenant. Ça aiderait des personnes à résoudre des problèmes, mais ça permettrait aussi à des communautés de se prendre en charge, ce qui, à long terme, est la meilleure garantie d'un meilleur état de santé et de bien-être pour la population. Et on est absolument convaincu que ça ne coûterait pas plus cher.

La troisième proposition ou, enfin, hypothèse qu'on pose, c'est d'aller davantage vers une médecine sociale. Évidemment, nous, on n'est pas de ceux et de celles qui ont applaudi à la fronde des médecins, le printemps dernier. Pas du tout! Nous, on a l'impression, au contraire, que ces personnes-là constituent actuellement au Québec une espèce de caste d'intouchables à laquelle il va **pourant** falloir toucher, ne serait-ce que parce qu'ils nous coûtent 2 000 000 000 \$ par année et qu'à ce prix-là on a le droit de poser quelques questions. Ce ne sont pas les seules questions et on ne veut pas faire de ces questions-là le centre de notre discours de ce soir, mais il nous semble quand même qu'il y a des choses qui sont à changer en termes de nombre de médecins, d'endroits où ils pratiquent, de modes de rémunération, mais peut-être surtout de pratiques médicales qui, comme on le sait, sont coûteuses. Et ça, il y a des études pour le démontrer. Les traitements médicaux sont de plus en plus coûteux. Est-ce que c'est normal?

Quand on parle entre autres de surconsommation de médicaments, on a l'impression qu'avant de blâmer les contribuables, les usagers qui effectivement consomment des médicaments - on pense en particulier aux personnes âgées - il faudrait peut-être se demander comment il se fait que les personnes qui ont le pouvoir de prescrire des médicaments en prescrivent tant. Il faudrait peut-être proposer d'autres façons de venir en aide, entre autres, aux personnes âgées. Donc, dans le fond, ce qu'on dit, c'est qu'il y aurait certainement des économies à faire là aussi mais il y aurait surtout des changements d'attitude à proposer. Il serait fort intéressant que les médecins, de plus en plus, se considèrent des acteurs du système de santé parmi d'autres, avec d'autres, en collaboration avec d'autres.

Et, finalement, dans les remises en question qu'on croit devoir opérer, il y a toutes les questions relatives aux technologies médicales, en particulier, et aux problèmes d'éthique qui entourent ces questions de technologie. Là-dessus aussi, je crois qu'il commence à y avoir des questions posées par beaucoup de monde - pas seulement par nous - sur l'utilisation de technologies extrêmement coûteuses qui, souvent, sont profitables à un **petit** nombre de personnes ou de technologies, si on pense particulièrement à ce qui concerne la procréation, dont on peut questionner l'efficacité et aussi autour desquelles il y a des choix moraux à faire. On se dit que

là-dessus, avant d'aller plus loin dans ce domaine-là, il faudrait peut-être regarder très sérieusement toute la notion de choix et d'achat de technologie médicale et se demander s'il n'y a pas de l'argent là qui serait plus utile en matière de prévention ou en matière de services sociaux.

Finalement, ce qu'on dit dans notre chapitre où on parle d'un virage social, le chapitre de notre mémoire, c'est qu'on est d'accord avec un certain nombre d'analyses et de constats qui sont posés par le ministère. Ce qu'on ne comprend pas, c'est pourquoi, après avoir dit et écrit tout cela, on en arrive malgré tout à des solutions qui sont très partielles, très parcellaires, très à court terme, qui ne garantissent pas à long terme un meilleur état de santé et de bien-être pour la population et qui ne garantissent même pas, dans le fond, une meilleure qualité des services de santé et des services sociaux.

Le Président (M. Joly): Mme Guay.

Mme Guay (Lorraine): Peut-être pour illustrer en partie ce qu'on avance, parce qu'on n'est peut-être pas des économistes, mais je pense qu'il y a un certain sens des chiffres toutefois, quand Françoise dit que le virage social peut être payant aussi pour la communauté, je voudrais juste vous apporter quelques petits exemples en santé mentale, en particulier. On pourrait en avoir dans tous les secteurs. Je ne sais pas si vous savez ce que ça coûte, un lit à l'Entre-Deux, qui est une ressource d'hébergement transition pour femmes qui ont des problèmes de santé mentale importants. Ça coûte 55 \$ par jour, ça veut dire quatre fois moins que ce que ça coûte à l'hôpital. On compare des pommes avec des pommes. Savez-vous ce que ça coûte pour traiter la psychose dans la communauté? Pas uniquement l'entraide, mais intervenir en temps de crise, etc. Ça coûte 38 \$ par jour, par patient, alors que ça coûte 164 \$ à **Robert-Giffard**. Savez-vous, en plus de ça, avec une diminution ou une cessation... Vous riez, mais c'est vrai...

M. Côté (Charlesbourg): Non, c'est parce que je sais que c'est fortement inspiré par le terrain.
(20 h 30)

Mme Guay: Oui, c'est ça. En plus, avec une cessation ou une diminution de neuroleptiques importante, ce qui a des coûts associés de façon importante. Ce que ça coûte, par exemple, une campagne de sensibilisation comme «La tournée du grand monde», ça coûte moins de 1 \$ la minute pour faire parler une série de personnes, etc., si on compare ça à ce que ça coûte la minute à la télévision pour faire des messages un peu stéréotypés, etc. Tout ça pour dire que le virage social, effectivement, peut avoir des incidences financières qui ne sont pas utopiques, «flûées» ou comme on voudra, mais qui se

chiffrent aussi de façon très précise. Je pense que le mémoire de la Fédération des CLSC est assez éloquent à ce niveau-là.

Au niveau de la partie qui regarde le financement des services sociaux, je pense qu'on ne vous apprendra rien de nouveau, on est parmi tant d'autres qui réclamons des solutions à la fois précises et à la fois globales aussi. La première, au niveau du maintien, évidemment, de la fiscalité comme source première de financement de notre système de santé et de services sociaux. Pour nous, il y a un aspect important qui doit être considéré, c'est la réforme de la fiscalité. Encore une fois, on est plusieurs à dire ça, on ajoute juste notre grain de sel à ce niveau-là. C'est évident que si, comme on a vu à l'émission «Tout le monde est malheureux», dimanche passé, c'est 70 % ou 75 % de la population qui supportent 93 %, 95 % du fardeau fiscal, c'est sûr qu'on a l'impression d'être pris à la gorge. Alors, une réforme de la fiscalité où tout le monde paierait sa juste part, proportionnellement à ses revenus, nous apparaît quelque chose de très important et qui ne doit pas être remis aux calendes grecques, qui pourrait commencer à se faire immédiatement. Si, entre autres, l'idée de l'impôt-santé fait son chemin, on pourrait le rendre progressif immédiatement. Entre autres, parce que, tant que les mieux nantis, dans notre société, ne seront pas concernés par le fardeau fiscal du système de santé, c'est sûr que ça crée une classe de gens qui font des pressions sur le système pour payer eux autres mêmes leurs services. Forcément, parce qu'ils ont les moyens de le faire et ils ne paient pas à deux endroits. Alors, ça, ça nous apparaît quelque chose qui est très important.

Le deuxième aspect, bien, là, on va être avec vous là-dessus, on va vous appuyer très fortement face à Ottawa qui veut réduire ses transferts du financement des programmes établis. À ce niveau-là, vous pouvez compter sur l'ensemble du communautaire pour mener la bataille à Ottawa. Ce serait assez particulier, mais ça pourrait se faire, n'est-ce pas?

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Guay: L'envers de la médaille, évidemment, c'est que, si on commence à léser de ce côté-là, on s'embarque dans des voies: la tarification, les tickets modérateurs, etc. S'il y a un aspect sur lequel on veut susciter votre attention, c'est le fait que, même si, dans votre mémoire, dans votre document, vous dites avec beaucoup de précision, tout le temps, que vous ne voulez pas que les plus démunis de la société soient frappés, victimes de ces mesures-là, nous, on dit: il ne faut pas que les plus démunis soient ciblés, non plus, soient stigmatisés, soient identifiés. S'il faut faire la preuve de sa pauvreté pour avoir accès à des services de santé et à des services sociaux, il y a là quelque chose

de stigmatisant, sur lequel on pourra revenir tout à l'heure. Je pense que le rapport Bouchard, aussi, là-dessus, est assez explicite. Quand on offre des services, on les offre à toute la population sans discrimination.

Finalement, nous sommes aussi pour l'ensemble des mesures qui visent la transparence, mais en particulier la transparence... Non... Ça va?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui.

Mme Guay: Qui visent en particulier la transparence des producteurs de services. Vous me trouvez drôle? Non?

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Je suis habitué, on est habitué de se voir, puis je sais que... Je connais votre franchise habituelle et votre sens du terrain aussi. Ça fait que...

Mme Guay: D'accord. Alors, la transparence des producteurs, parce que la transparence au niveau des consommateurs, je pense qu'après en avoir beaucoup discuté avec les gens avec qui on travaille c'est sûr qu'un consommateur de services n'a pratiquement aucun pouvoir sur le service qu'il consomme, à part celui de ne pas aller consulter. Une fois que la démarche est faite, c'est le médecin qui est là ou c'est le travailleur social ou c'est un autre professionnel qui détermine, à toutes fins pratiques, l'ensemble des opérations; alors, de savoir... à la personne citoyen prise toute seule dans son coin qui a coûté tant, elle, à la société, pour nous, c'est une approche plus culpabilisante qu'autre chose, culpabilisante, mais sans pouvoir réel de la personne, alors que la transparence au niveau des producteurs de services, qu'on sache comme citoyen ce que ça coûte collectivement, où sont mis les investissements, qui en bénéficie, etc., quel impact ça a sur la santé et le bien-être, ça, c'est plus intéressant, à ce niveau-là. Donc, toutes les mesures dans ce sens-là nous seraient bienvenues et pour nous aussi, l'idée, éventuellement, d'un impôt-services, d'impôt-santé - d'impôt-services, on est tout à fait contre, c'est un lapsus affreux - on serait ouvert à cette perspective-là dans la mesure où, évidemment, il y a «bougeage» à l'intérieur du système, où il y a un déplacement. Mais ce qu'on dit, c'est que... À l'émission de Scully, l'autre fois, vous avez posé cette question-là: Qu'est-ce qu'on lègue aux générations futures? Je pense que ce qu'on peut léguer à nos enfants, c'est un système de santé différent de celui qu'on a à l'heure actuelle. Je pense que les générations qui sont là, à l'heure actuelle, ont pu tenir le phare un bout de temps, assumer les coûts à ce niveau-là, mais en même temps qu'on réforme la fiscalité puis en même temps qu'on fait ce virage important là... Je pense que si, il y a 20 ans, on avait investi davantage dans la première ligne que sont les

CLSC, si, il y a 20 ans, on avait fait ce choix-là, parce que les CLSC, finalement, les médecins les ont boycottés, ça a été réduit à la part rachitique, peut-être qu'on ferait, après 20 ans, un constat différent à ce niveau-là. Je termine en... Ça fait 20 minutes? D'accord. Alors, c'est dans cette direction-là qu'on voudrait que le financement se fasse. Finalement, on déplore un peu que le... pas un peu, beaucoup, que la commission parlementaire soit réduite, qu'elle ait été vite faite. On trouve que, pour un sujet aussi capital que ça, il y a, entre autres, un certain nombre de... Il y a beaucoup de groupes de citoyens organisés qui n'ont pas pu avoir accès, même se préparer pour participer à une commission comme celle-là. Entre autres, on déplore, en particulier, que les communautés culturelles ne soient pas ici. On trouve ça déplorable. Notre choix, à ce moment-là, c'est que cette commission-ci soit plutôt le point de départ d'un débat plus corsé sur notre système de santé.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je trouve ça rafraîchissant d'entendre ce genre de présentation à l'occasion par rapport à des gens qui sont un peu plus attachés à leur quotidien, à leur job, à leur catégorie d'établissements, à leur clientèle et ainsi de suite. Quand j'entends ça, je me sens bien à l'aise non pas avec tout, mais une très large majorité du discours sur le plan du virage social. Vous avez dit: Il y a 20 ans, il est arrivé des choses. On aurait dû faire le virage social depuis au moins 20 ans. Aujourd'hui, on récolterait ce qu'on a semé. C'est clair que les résultats ne peuvent pas arriver demain matin. Ça prend du temps. Mais ce choix-là a été fait, il y a 20 ans justement, par l'implantation des CLSC qui se sont développés. On s'est interrogé en cours de route, à savoir si ça devait continuer d'exister ou disparaître et ainsi de suite. C'est probablement là que des erreurs se sont faites pour être capable de lui faire prendre sa progression pendant que notre système de santé à côté progressait d'une manière fulgurante sur le plan des finances publiques.

Les CLSC, première ligne, je pense que vous êtes des gens qui êtes près du terrain. Je l'ai dit tantôt. Je ne l'ai pas dit par flatterie parce que ce n'est pas la première fois qu'on se rencontre et qu'il y a des expériences qui sont données sur les économies qu'on peut faire à avoir de l'alternatif à l'institutionnel plus lourd. Vous avez donné quelques exemples tantôt. C'est pour ça que je riais. Je savais que ce serait inspiré par du terrain comme ça. Je ne riais pas de ce que vous alliez dire parce que...

Une voix: J'espère que...

M. Côté (Charlesbourg): ...je vous voyais venir. Je savais que ce serait très bon.

Dans votre mémoire, vous évoquez et vous évaluez... Je voudrais commencer par ça parce que, pour moi, ça me paraît gros. Vous évaluez à peu près à 604 000 000 \$ globalement le bénévolat qui est fait à travers le Québec par tes organismes communautaires. Je ne veux pas perdre un temps indéterminé là-dessus, mais les chiffres qu'on a toujours eus au ministère, c'était plutôt plus ou moins 150 000 000 \$. Il y a donc un écart assez appréciable entre... Je voudrais peut-être juste avoir quelques petites indications sur la base parce qu'il y a quand même un écart assez appréciable avec ce que le ministère croit en réalité. Et c'est clair... Je ne veux pas... Ce n'est pas une bataille de chiffres là. Je veux juste tenter de voir. Vous vous basez sur quoi, parce que c'est majeur comme écart?

Mme Guay: On a pris ça dans le document du Conseil des affaires sociales.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. O.K. Je vais prendre la...

Mme Guay: On l'a ici. On peut vérifier.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Je vais le trouver, mais ça... En tout cas, j'ai l'impression...

Mme Guay: Vous en doutez?

M. Côté (Charlesbourg): Ils ne se sont pas parlé trop trop avec le ministère. Oui, par rapport aux chiffres du ministère. Moi, ce que le ministère me donne ici, c'est... Nous ont apporté une aide financière... il compte 178 000 bénévoles qui offrent 13 582 000 heures de bénévolat en 1990. Quand il le calcule à 10 \$ l'heure, grosso modo, ça fait plus ou moins 150 000 000 \$. C'est pour ça que, quand on voit 600 000 000 \$, il y a un écart quand même considérable.

Une voix: Non, c'est beau.

M. Côté (Charlesbourg): Mais on ne perdra pas de temps là-dessus.

Mme Guay: L'idée générale, c'est qu'effectivement il y a un investissement massif de temps par les citoyens et les citoyennes.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Donc, on se parle... Vous dites: On ne dit pas non à l'impôt-santé, parce qu'il est plus collectif.

Mme Guay: Bien, ce qu'on en a compris, parce que, encore une fois, non, mais impôt...

M. Côté (Charlesbourg): Avec les réserves qui s'imposent.

Mme Guay: Avec les deux réserves importantes: réforme de la fiscalité et...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, je vais y revenir tantôt. Quand vous dites ça, d'autre part, vous dites aussi: Nous rejetons presque systématiquement la position du ministère qui viserait à revoir le panier de services, ce qui est médicalement non requis. Je vous donne des exemples: l'hôtellerie, les repas et des actes posés qui sont médicalement non requis. Vous dites: Nous, on est contre ça, ne touchez pas à ça. Ça me paraît aller un petit peu à rencontre de ce que vous nous dites, parce qu'on est dans une situation de dispensation de services médicaux assez importants. Lorsque Mme David disait tantôt: Les médecins coûtent 2 000 000 000 \$ par année, ce n'est pas ça que ça coûte en salaires. Ça produit aussi et ça a des conséquences directes. En règle générale, c'est deux fois ce qu'ils ont comme salaire ou à peu près. Ça, ça veut dire qu'on est à 6 000 000 000 \$. Juste pour augmenter le problème, lui donner de l'ampleur, donc, on est dans une situation où il y a, par conséquent, du médicalement non requis qui est donné, qui est dispensé. Est-ce qu'il n'y a pas là un peu de travail à faire sur le plan de la révision du panier de services?

Mme Guay: Pour nous, non, c'est-à-dire non pas de cette façon-là, en tout cas; via la fiscalité, oui, mais pas de cette façon-là. C'est une forme de tarification, finalement. On ferait payer aux individus ce genre de services là. Alors, pour nous, peut-être parce qu'on travaille aussi dans des milieux où les gens sont jusque-là...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais si c'est...

Mme Guay: ...finalement, c'est une forme de discrimination au niveau des gens, ça va les appauvrir à ce niveau-là, etc.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends la logique d'une tarification, vous dites non, surtout si les gens ont des difficultés sur le plan financier. Mais, là, on est dans une situation de médicalement non requis.

Mme Guay: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas du médicalement requis, dans du médicalement non requis. Est-ce que...

Mme Guay: Oui, sauf que la personne qui est hospitalisée, elle n'a pas tellement le choix de ce geste-là.

M. Côté (Charlesbourg): Distinguons les choses parce que, évidemment, je peux peut-être vous induire en erreur par les exemples que je prends. Ce que je comprends de votre réaction,

c'est que, hôtellerie et repas, vous nous dites: Ne touchez pas à ça. Par contre, si on dissocie, par la suite, ce qui est médicalement requis par rapport à ce qui est médicalement non requis, il me semble que notre responsabilité collective, c'est du médicalement requis, oui, c'est notre responsabilité, mais, le médicalement non requis, il me semble bien que ce n'est pas la responsabilité collective.

Mme David: J'essaie de voir de quoi exactement vous voulez parler.
(20 h 45)

M. Côté (Charlesbourg): Oui, je vais vous en donner un exemple.

Mme David: Oui, allez-y.

M. Côté (Charlesbourg): Une clinique d'obésité. O.K.? Dans une clinique d'obésité, on est dans des situations où, effectivement, il y a du médicalement requis. Mais on est dans des situations aussi où il y a du médicalement non requis et Dieu sait qu'il y a quelques cliniques à Montréal qui le font, avec toutes les conséquences sur le plan budgétaire!

Mme David: C'est un bon exemple et je me sens bien à l'aise d'en parler parce que les centres de femmes ont une certaine expertise dans cette question-là.

M. Côté (Charlesbourg): Oui!

Mme David: Ça touche particulièrement les femmes. «Parler pour parler» là, c'était très bon, vendredi soir dernier. Les femmes se font convaincre depuis fort longtemps que la minceur est un objectif incontournable à atteindre pour toutes sortes de raisons, mais surtout pour vous plaire, messieurs.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme David: Paraît-il! Alors, beaucoup de femmes qui, effectivement, en fait, n'ont pas de véritables problèmes au plan médical... Il y en a qui ont des problèmes, comme vous dites. Il y a comme un moment où l'obésité devient un problème de santé tout comme d'autres problèmes de santé. Mais on sait maintenant qu'à peu près 75 % à 80 % des femmes qui suivent des régimes n'en ont absolument pas besoin. Si elles vont dans ce genre de clinique se faire effectivement traiter par des médecins, en fait, tout ce que ça va faire, une fois de plus - en tout cas, au moins cette fois-là - c'est que les médecins vont pouvoir faire «chlique chlaque» et la personne n'aura probablement rien réglé au niveau de sa santé et au niveau, je dirais surtout, de son estime d'elle-même et de son autonomie. Moi, je ne pense pas que la solution, ce soit une solution que je trouve un peu punitive. Punitivité non

pas envers le médecin qui a créé des attentes, mais punitivité envers ces femmes-là qui vont dans ces cliniques-là. On leur dit: A partir de maintenant, si vous voulez y aller, vous allez payer. Je ne trouve pas que c'est une solution parce que, tant que les femmes vont être convaincues que c'est essentiel d'y aller, elles vont probablement y aller au risque de perdre bien de l'argent pour rien. Tout comme il faut remarquer d'ailleurs - et là je ne veux pas comparer le bien-fondé de la chose - que beaucoup de gens vont vers des médecines alternatives et paient. Dans beaucoup de cas, ils font plutôt bien d'y aller, mais il y a là-dedans toute une critique au système de santé tel qu'il existe. Moi, je pense que l'attitude qui serait, à mon avis, beaucoup plus éducative et intéressante à long terme, ce serait d'avoir une éducation - alors, on revient toujours à la prévention - qui ferait que, socialement, vous n'auriez plus de femmes qui iraient dans des cliniques d'obésité, elles n'en auraient plus besoin. C'est pour ça que - au risque de peut-être laisser quelques personnes - on en revient toujours au même discours. Les solutions que vous apportez où vous dites: Il y a des choses qui sont médicalement non requises, il faut y voir, on est tout à fait d'accord! Comment? Non pas en taxant l'individu, mais en agissant sur ce qui fait que ce qui est inacceptable devient acceptable pour l'individu. Moi, c'est par là que j'irais.

Le Président (M. Joly): Mme Guay.

Mme Guay: Oui. Ce que je voulais dire là-dessus, moi, c'est pourquoi c'est si facile que ça que des médecins partent des cliniques d'obésité, par exemple?

M. Côté (Charlesbourg): Parce qu'il y a trop de médecins sur le même territoire.

Mme Guay: Oui, c'est ça. Ce sont des producteurs qui produisent ce type de besoin. Il y a des CLSC, il y a des groupes communautaires qui travaillent sur ces questions-là de façon très différente. Qu'est-ce que peut faire un médecin tout seul sur la question de l'obésité? Strictement rien. Alors, pourquoi on permet que ce type de clinique se fasse, sur laquelle on n'a absolument aucun contrôle, de toute façon, sur son impact en plus de ça, et que, dans les CLSC, on ne puisse pas développer plutôt les services préventifs, comme dit Française, mais, cette fois-là, dans un contexte où l'obésité n'est pas prise juste comme une maladie, mais comme problème social et traitée comme tel?

M. Côté (Charlesbourg): Peut-être que madame voudrait ajouter quelque chose?

Mme Roy: Ce que je voulais dire, c'est que c'est bien sûr qu'à travers tous les groupes qui

sont à la table il y a des groupes qui ont un point de vue critique par rapport à l'ensemble des services de santé actuels. On ne dit pas que tout ce qui est là est intouchable et parfait et qu'on doit le maintenir, ce qu'on vous dit, c'est que la perspective par laquelle on doit le regarder est différente effectivement. Mais, oui, on critique les pratiques actuelles en santé, la surconsommation, la surprescription, des services qui ne sont absolument pas nécessaires et tout. Là-dessus, on vous appuie dans une espèce de questionnement sur les pratiques actuelles, mais ce qu'on dit, c'est qu'il faut les regarder à travers ce qui est pertinent non pas en termes de culpabilisation des usagers ou de responsabilisation individuelle uniquement, mais plus comme d'où vient ce type de création artificielle, le questionnement sur toutes les nouvelles pratiques de technologie de reproduction. Il y a des questionnements à avoir là-dedans effectivement, et il y a des techniques, il y a des sommes investies actuellement qui sont très questionnables et on le fait.

Mme Guay: Un autre exemple sur, entre autres, les CLSC. On veut qu'ils s'impliquent en santé mentale. Or, tout d'un coup, les hôpitaux psychiatriques se sont mis à parler de cliniques externes spécialisées en psychiatrie. Entre vous et nous, une clinique spécialisée du traitement de la schizophrénie, qu'est-ce que... Ça a quoi de très spécialisé? Alors, ce qu'on est en train de faire, c'est de contourner, de dédoubler effectivement le type de problèmes pour que l'hôpital psychiatrique se garde un contrôle là-dessus. Alors ça, c'est touchable, il faut bouger à l'intérieur de ça et il y a des alternatives à ça.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis très heureux parce qu'il y a quand même une distinction résultant de l'approche qui est intéressante sur ce que vous évoquez. C'est la manière de le faire. Les objectifs qu'on poursuit, évidemment, je comprends un peu mieux maintenant, il n'y a pas d'objection de fond, mais c'est la manière de le faire. Il y a différentes manières de le faire, à ce que je comprends. C'est un exemple...

Mme David: Il y a une objection de fond à taxer ou à imposer des tarifs aux individus.

M. Côté (Charlesbourg): J'y arrive, oui. J'arrive à celle-là.

Mme David: O.K.

M. Côté (Charlesbourg): Je me disais que médicalement requis, médicalement non requis, si on dit qu'on est trop médicalisé et que c'est médicalement non requis, il me semble bien qu'il y a quelque chose à faire à ce niveau-là. J'arrive à deux éléments, je vais essayer de regrouper ça pour donner la chance à...

Le Président (M. Joly): S'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Vous dites qu'il ne faut pas se servir du prétexte d'une situation budgétaire difficile qui, à votre point de vue, est conjoncturelle pour remettre en question un certain nombre d'acquis très importants d'universalité et ainsi de suite. On va tenter de faire la démonstration que ce n'est pas conjoncturel, que c'est structurel. Évidemment, c'est toute une bataille et ce n'est pas facile, mais ce n'est pas vrai que c'est uniquement conjoncturel, les problèmes financiers du gouvernement du Québec dans lesquels nous sommes, santé et services sociaux, et quand même des partenaires aussi. Ça, je tenais à le dire à ce moment-ci, on va y revenir au cours de la commission, mais ce n'est pas conjoncturel, on a aussi un problème structurel. Donc, ce n'est pas un prétexte, c'est une réalité. C'est pour ça qu'on a mis les chiffres sur la table très clairs et jamais, je pense, qu'un document a été aussi loin qu'on va sur le plan de ces chiffres-là, livre ouvert. Et la commission est intéressante à ce niveau-là.

Je vais vous poser une question parce que, depuis le matin, j'ai l'impression qu'il y a peut-être une mauvaise compréhension de la proposition qui est à l'étude et qui est à multiples volets ou options. Je comprends un petit peu mieux que tantôt parce que vous avez parlé de ne pas faire des démunis une catégorie de gens qui sont bénéficiaires de services par rapport à d'autres qui ne le sont pas, mais je vais quand même y aller avec ma distinction. Dans toutes les mesures qui sont à l'intérieur du document, les démunis, et ça inclut les personnes âgées qui sont à faible revenu parce qu'il y en a un certain nombre aussi, sont protégés au complet, de telle sorte qu'on n'exigera jamais d'eux autres une contribution, c'est clair. Je veux le redire parce que ça m'apparaît, dans nos documents, assez clair, mais la compréhension n'est peut-être pas toujours la même.

Au-delà de cela, ce qu'on dit, dans la mesure où on irait avec ces mesures-là, donc la classe moyenne, on en parle de plus en plus et elle est effectivement assez taxée, sa marge de manoeuvre est plus difficile ces temps-ci, mais on dit: Au-delà de tout cela, il y a deux choses dont on doit tenir compte: le niveau de consommation et son revenu, et c'est une taxation progressive. Ce qui fait que, si vous êtes juste au-dessus de ceux qui gagnent juste au début de la classe moyenne, vers des salaires beaucoup plus élevés, il est clair que ce serait à ce moment-là une contribution progressive. Donc, c'est le deuxième élément de la proposition qui me paraît important à ce moment-ci de mettre sur la table et c'est donc progressif et graduel dépendamment de votre capacité de payer.

C'est ça, les propositions qu'il y a sur la table sur le plan des discussions. Ce que je

comprends de vous autres, vous dites: Malgré tout ça, malgré ces distinctions, ce que nous préférons, c'est davantage intervenir par la fiscalité, mais aussi par l'impôt-santé avec des réserves que vous y mettez. Est-ce que j'ai bien saisi?

Mme David: Oui.

Mme Guay: On n'a pas eu grand temps pour réfléchir à tout ça, comme tout le monde. Comme on disait, on n'est pas des économistes non plus puis on a travaillé entre nous sur ces questions-là. Si l'impôt-santé est une façon, comment je dirais ça, de...

M. Côté (Charlesbourg): De financer ou de...

Mme Guay: ...c'est-à-dire d'augmenter les impôts, mais toujours à la même place tout le temps, ça, on vous dit la grogne du côté des payeurs de taxes, parce qu'on est effectivement beaucoup taxés. On a l'impression que ce sont juste les mêmes qui supportent cette charge-là.

M. Côté (Charlesbourg): D'où le débat sur la fiscalité.

Mme Guay: D'où le débat sur la fiscalité dans la mesure où ça pourrait être un début d'avoir une fiscalité plus progressiste, plus progressive. Ça, on serait d'accord avec ça. Mais, en même temps qu'on soutient cet édifice-là, opérer le virage. Parce que, là, continuer de payer de cette façon-là, c'est un puits sans fond effectivement, la quincaillerie lourde, c'est un puits sans fond. Il faut faire quelque chose par rapport à ça immédiatement. C'est un peu dans ce sens-là qu'on veut...

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

M. Côté (Charlesbourg): Et, sur le plan de l'efficience et de l'efficacité, il y a du travail à faire.

Mme David: Peut-être deux autres points rapidement là-dessus.

Le Président (M. Joly): Très, très rapidement parce qu'on est sur le temps de l'autre formation. Ils vont m'en vouloir longtemps.

Une voix:...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme David: Deux petites choses. La première, c'est que, oui, il y a des personnes qui sont bénéficiaires de l'aide sociale et il y a les personnes âgées qui ont le supplément au revenu, mais il y a beaucoup d'autres personnes démunies

au Québec actuellement: des chômeurs, des chômeuses, des travailleuses à temps partiel, des travailleuses et des travailleurs occasionnels à statut précaire avec le salaire minimum, etc. Ça va être un peu compliqué à gérer si on commence à se demander qui est démuné, qui ne l'est pas. Il y a pas mal de gens au Québec en ce moment qui n'ont peut-être pas la carte ou le «sticker» qu'ils sont assistés sociaux ou personnes âgées avec supplément au revenu. Mais il y en a beaucoup d'autres. Alors, quand on commence à toucher à tout ça, évidemment, la réaction est toujours de se dire... On a toujours l'impression que ce sont les autres qui vont payer, c'est-à-dire les 60 000 \$ ou 75 000 \$ et plus. Mais on a toujours peur que, finalement, ça descende beaucoup plus bas que ça et que la frontière soit assez malléable.

L'autre question - c'est pourquoi c'est important de faire le virage dès maintenant - c'est qu'au fond nous pensons que la population québécoise, compte tenu de ses revenus, bien sûr, est prête à payer pour des services de santé et des services sociaux, mais on pense qu'elle n'est plus prête à payer pour n'importe quoi. Elle veut en avoir pour son argent. Donc, c'est plus rentable pour toutes sortes de raisons, incluant des raisons politiques, de, dès maintenant, faire des changements où la population va sentir que, là, elle paie, mais il y a des résultats au bout. Là, vous pourrez peut-être aller lui demander plus d'argent.

M. Côté (Charlesbourg): Faire nos preuves avant.

Mme David: Oui.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme David. Merci, mesdames.

M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, s'il vous plaît.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Vous l'avez dit, on n'a pas eu grand temps pour se préparer, compte tenu des dates qui étaient imparties pour préparer ce mémoire et se présenter à la commission. Ça n'aurait pas été drôle si vous aviez beaucoup de temps pour vous préparer, parce que c'est déjà excellent. C'est très bon.

Je vais saluer d'abord votre présence et toujours le travail que vous faites sur le terrain effectivement. Tous les députés qui sont ici autour de la table se rendent compte de ça quasiment quotidiennement dans leur comté, dans leur coin de pays. On sait ce que vous faites sur le terrain. Généralement, on a un aperçu de ce que ça coûte. Vous donniez des chiffres tantôt. Pour peu qu'on regarde le secteur, on s'aperçoit qu'on en fait beaucoup plus avec le mouvement communautaire qu'on peut en faire avec certaines ressources institutionnelles, tout en affirmant

que, du côté de l'institutionnel, on sait bien qu'on va toujours en avoir besoin, sauf qu'il y a une question de proportions, une question de voir comment on va faire les choses là-dessus. (21 heures)

La première dimension, j'en ferais un petit bout moi aussi sur le virage de la médecine, le virage des médecins, le virage social. J'allais dire que les mots sont forts dans votre mémoire. Par ailleurs, quand on y pense deux secondes, ce n'est pas très surprenant parce que vous dites assez haut ce que, bien des fois, on entend un peu plus doucement dans certaines officines. Vous parlez d'une caste d'intouchables. Ce serait quasiment comme dire que - je force moi aussi de mon côté pour faire image - nos médecins ne seraient pas Québécois ou Québécoises aussi et ne partageraient pas notre défi. Il y a quelque chose d'important à faire là-dedans. Si on veut faire prendre ce virage-là à une catégorie de producteurs, on va commencer ça où, le travail? Tout le monde partage un certain nombre de vos affirmations. Quant à l'ampleur et au degré, on discutera de ça autour d'un café. Ça existerait puis tout le monde... Si tout le monde dit qu'il y a quelque chose là, il doit finir par y avoir quelque chose là. Alors, où faudrait-il commencer pour prendre ce virage social, en particulier chez les médecins?

Mme Guay: Je vais parler personnellement. Je pense en particulier que le virage manqué par les médecins au niveau des CLSC, il ne faudrait plus qu'il se manque cette fois-ci. Moi, j'ai travaillé 15 ans à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Il fallait quasiment quêter aux portes des facultés de médecine pour qu'ils viennent travailler dans des quartiers comme le nôtre. Ça, c'est scandaleux. Quand il faut payer des CLSC qui paient jusqu'à 10 000 \$ des chercheurs de têtes, des coureurs de têtes pour recruter des médecins... C'est joliment scandaleux aussi que de l'argent soit pris dans les fonds publics pour aller chercher des médecins. Je trouve qu'à ce niveau-là il y a une responsabilité sociale de la part des médecins. Comme ça ne tombe pas du ciel, il semble, eh bien, il faudrait qu'il y ait des mesures très précises, très fermes, très claires à ce niveau-là. Il me semble qu'il y a une certaine médecine sociale où les médecins devraient travailler en CLSC. Autre façon, moi, je pense aussi que les polycliniques privées qui poussent comme des champignons partout, qui ont fait carrément concurrence aux CLSC dans bien des endroits, c'est carrément inacceptable aussi, cette façon de procéder. Alors, il me semble qu'il devrait y avoir des mesures de cet ordre-là. Ça, ce sont des mesures peut-être plus fermes, plus décidées. Ça n'empêche pas de débattre avec eux de façon plus poussée, comme on le fait, nous, en psychiatrie. Par exemple, on a un certain nombre de débats assez virulents sur la biopsychiatrie, sur la façon de s'occuper des problèmes

de souffrance émotionnels. C'est souvent dans des confrontations fermes, solides qu'il y a un petit virage de mentalité, surtout dans la mise sur pied de nouvelles façons de faire où, éventuellement, ils peuvent collaborer, mais sur un pied d'égalité avec d'autres genres de monde qu'uniquement... Je n'ai pas de solution miracle non plus par rapport à ça, mais il faut des mesures, il faut une volonté politique très ferme à ce niveau-là aussi, par rapport aux médecins.

M. Trudel: Est-ce qu'on considère, à cet égard-là, que la situation vécue avec la loi 120 et tout ce qui s'est passé, c'est un échec face à la profession médicale? Est-ce que vous percevez ça comme ça?

Mme David: C'est clair qu'il y a eu, au printemps et surtout au cours de l'été, des reculs importants. On n'a pas tellement envie d'en discuter fort longtemps ici, mais je pense que c'est évident qu'il y a eu des reculs. Je sais qu'il y a certaines échéances qui sont posées à la profession médicale, particulièrement en ce qui a trait à la répartition des effectifs médicaux en région. Mais j'ai l'impression que, si on veut, un bon jour, régler ce problème-là, il va peut-être falloir commencer plus avec les jeunes. C'est-à-dire que je ne connais pas personnellement, exactement et en toutes lettres, la formation qui est donnée dans les universités, dans les facultés de médecine, mais je soupçonne que, si on a les médecins qu'on a, c'est qu'ils sont certainement allés chercher des modèles quelque part. Il faudrait peut-être changer le modèle. Il faudrait peut-être que déjà, au moment de la formation, au moment du choix des étudiants et des étudiantes - parce qu'il y a maintenant beaucoup de femmes - et au moment de la formation, il y ait des aspects de cette formation-là qui touchent beaucoup plus à la psychologie des gens, à la sociologie, à ce qui se passe dans la société. Et puis, mon Dieu, je vous dirais, à la limite... Je sais bien que ce qu'on apporte tout le temps, c'est: Oui, mais, si on est trop méchant avec eux, ils vont tous partir aux États-Unis. Bien, ma foi, si un certain nombre d'entre eux sont malheureux à ce point, qu'ils partent. Moi, je pense qu'avec le taux de chômage qu'il y a au Québec, avec le nombre de jeunes qui veulent entrer dans les universités, particulièrement en médecine où c'est très contingenté, si on commence à dire que désormais, au Québec, être médecin, c'est faire cela, cela, cela, les jeunes qui iront se faire former pour devenir médecins sauront dans quoi ils s'embarquent et, s'ils le font, c'est parce qu'ils seront d'accord pour le faire. Je pense que, là-dessus aussi, il faut tenter de voir peut-être plus loin qu'à court terme. Je reconnais que ce que je dis là, à court terme, pose quelques problèmes...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme David: ...évidemment, mais, si on reporte tout le temps les décisions parce que, à court terme, ça pose problème, des décisions, on n'en prendra jamais. C'est aussi simple que ça. Puis il y a...

M. Trudel: Une des caractéristiques du mouvement communautaire, c'est d'être clairvoyant.

Mme Guay: Il y a un certain nombre de médecins qui sont d'accord pour faire le virage, aussi. On ne (es entend pas beaucoup, mais il y en a qui existent. En particulier la féminisation de la profession, à l'heure actuelle, va apporter des modifications importantes à ce niveau-là.

M. Trudel: Je vais quitter ce registre-là en disant... en étant tout simplement... En tout cas, que l'on évalue ça comme on veut, le phénomène, il y a, chez cette profession, pour les médecins, un rattrapage social important à faire. Il y a une cassure, dans la société québécoise, entre ces professionnels de la santé et la population qui s'est trop largement véhiculée. Il y a quelque chose qui ne va pas. Il va falloir effectivement travailler là-dessus. Il ne faudra pas toujours remettre à plus tard. Il va falloir lancer cet appel, aussi, à ces professionnels.

On ne va pas discuter seulement de cela. On va discuter aussi de financement parce que c'est une commission sur le financement des services de santé et des services sociaux. Alors, bravo, vous êtes prêts à marcher sur Ottawa avec le ministre de la Santé et des Services sociaux pour que le fédéral paie sa part. Ça, c'est encourageant.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Je l'ai dit au ministre, tantôt: Vous savez, quand on est contre Ottawa, tout le monde se ligue, il n'y a pas de problème. Alors, là-dessus, vous dites donc... D'abord, vous avez fait une lecture assez formelle de la situation au niveau du financement et, vous l'avez constaté, sur le plan du financement, le Québec fait sa job comme il faut. L'augmentation des dépenses suit le produit intérieur brut, le rendement de nos impôts. Tous gouvernements confondus, on fait les affaires comme il faut. Il faut le répéter puis il faut voir clair, on est ici, sur le financement, parce qu'il y a un partenaire majeur qui, lui, ne répond pas au choix que nous avons fait.

Deuxièmement, vous dites, à la page qui traite de cette question, la page 15: Cependant, M. le ministre, on va marcher avec vous sur Ottawa, mais pas pour toutes les raisons que, vous, vous mentionnez. Sur ces trois-là, on débarque à Hull, avant de protester. Pourquoi vous débarquez avant sur ces trois, puisque le fédéral, selon le document, ne nous donnerait pas les moyens de respecter ces trois? Pourquoi on

ne devrait pas donner suite à la demande du ministre dans laquelle il s'engageait, vous vous en souviendrez, le 7 décembre 1990, dans le projet de réforme de politique... Le ministre disait, à la page 88 de son document: Le ministre demandera que la loi fédérale soit amendée par la C-3, qu'elle soit amendée. Alors, pourquoi, fondamentalement, êtes-vous contre ça, vous?

Mme Guay: Bien, ce qu'on en a compris, c'est que le truc consisterait à faire passer des services de base dans le panier des services complémentaires et, là, ça ne tombe pas sous la loi fédérale. Alors, nous, on dit: Non. On vous a dit, tout à l'heure, qu'on ne voulait pas que soient taxés les services complémentaires itou. Alors, là-dessus, on n'est pas prêt à appuyer. On trouve que les normes, entre guillemets, fédérales sont correctes, on est d'accord avec ça. Le Québec devrait aller dans cette direction-là aussi. Sauf que pour aller récupérer l'argent, ça, oui, et...

M. Côté (Charlesbourg): On va se servir du panier ensemble pour aller chercher de l'argent, mais pas nécessairement pour enlever des choses du panier.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Guay: C'est ça. C'est uniquement pour cette question-là, parce que ça nous apparaissait une façon de contourner la loi, effectivement. Je pense que c'était bien visible pour tout le monde. Alors...

M. Trudel: C'est votre façon à vous de dire: L'impôt-services, non, vous ne toucherez pas à ça. Mais quand vous dites...

Mme David: Non. C'est une façon de dire aussi qu'indépendamment de ce que sera l'avenir du Québec on s'attend à ce que, au Québec, l'ensemble des services de santé et des services sociaux demeure universel et accessible pour tout le monde.

M. Trudel: Que c'est tentant de poser l'autre question! Alors, vous, vous seriez d'accord avec ça, dans d'éventuels changements constitutionnels, qu'on constitutionnalise les droits sociaux, une charte des droits sociaux dans la constitution? Je n'ai pas dit laquelle.

Mme David: Ce n'est pas ce qu'on a dit. Ça ne veut pas dire qu'on n'est pas d'accord, mais ce n'est pas ça qu'on a dit. On a simplement dit que, dans le statut actuel comme dans tout autre qui pourrait peut-être, un jour, éventuellement, advenir, ce sera le peuple québécois qui en décidera. On ne veut pas toucher à ce qui constitue pour nous autres un principe très important, l'universalité des services de santé et

des services sociaux. C'est un message à tout le monde, ça.

M. Trudel: Toutes les bases. Oui.

Le Président (M. Joly): Allez, Mme Guay.

Mme Guay: Ce qu'on disait aussi, un des arguments, c'était qu'il faut faire payer les gens parce que la capacité concurrentielle du Québec au niveau des marchés, etc., va poser problème. Ce que, nous, on dit à ça, c'est qu'il n'y a pas de solution miracle demain matin, mais qu'à la mondialisation des marchés devrait correspondre la mondialisation des programmes sociaux, des conditions de travail. S'il y a une contribution que le Québec pourrait faire au niveau international, ce serait effectivement d'être dans les forums internationaux et de pousser dans ça que la concurrence déloyale que mènent les pays qui n'ont pas de programmes sociaux, qui n'ont pas de services de santé et d'éducation accessibles à leur population, qu'eux autres fassent des pas dans cette direction-là, et non pas l'inverse.

M. Trudel: Deux autres éléments pour terminer. Je vais revenir un peu sur le médicalement requis, le panier de services. Je ne sais pas si vous aviez vu cette suggestion de l'Association des hôpitaux du Québec de revoir l'ensemble des actes en quelque sorte couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et d'en évaluer l'efficacité et l'efficience. Est-ce que, médicalement, on peut - c'est une question d'éthique - en arriver à une évaluation quant à l'efficacité et à l'efficience d'un certain nombre d'actes et dire: Ces actes-là, compte tenu de l'évaluation qu'on a faite, on ne les couvre plus par notre régime de santé et de services sociaux, services assurables au Québec? Est-ce que vous pensez qu'on peut approcher ça comme société et qu'on peut en arriver à une définition et analyser un certain nombre d'actes sur lesquels, à tout le moins, on peut se poser des questions, au départ, comme profane, sur le médicalement requis, nécessaire, efficient, efficace?

Mme Roy: Oui. Moi, je travaille dans les centres de santé pour femmes. C'est clair que les femmes qu'on côtoie, très souvent, on questionne avec elles les pratiques médicales auxquelles elles sont soumises ou qu'on leur suggère en leur disant: Est-ce que c'est pertinent, par exemple, tel type d'intervention? Est-ce que c'est vraiment le geste médical qui est le plus susceptible d'apporter un soulagement ou d'améliorer votre état de santé? Oui, il y a un questionnement à faire, mais pas... Enfin, je pense qu'on revient toujours à la même balise. À partir de quel point de vue on va faire ce questionnement-là? Comment l'Association des hôpitaux va effectuer son analyse de l'efficacité ou de l'efficience des soins qu'elle donne? À partir de quelle balise,

dans quelle perspective elle va le faire? Là-dessus, nous, on dit: C'est plus...

M. Trudel: Corrigeons tout de suite. L'Association des hôpitaux ne dit pas qu'elle ferait ça, elle.

Mme Roy: Non, non...

M. Trudel: Elle suggère que, socialement, nous puissions aborder, d'une certaine façon, cette situation-là.

Mme David: Oui, mais prenons un exemple. Il y a des statistiques qui disent qu'il y a beaucoup trop de césariennes qui sont pratiquées au Québec. Ça ne veut pas dire que la césarienne n'est jamais un acte médicalement requis, bien entendu. Est-ce qu'on va facturer les femmes pour des césariennes que, très souvent, elles n'ont pas demandées? Je vais vous dire franchement qu'au moment où la question se pose elles ne sont souvent pas en mesure vraiment de décider si, oui ou non, il faut faire une césarienne. Et là, on va dire: Mais, comme là on n'est pas sûr et qu'il y en a vraiment trop au Québec et que, dans le fond, on aurait pu procéder autrement, on va facturer ça. Évidemment, je sais bien que vous allez dire: Non, ça n'a pas de sens. Bon. Si vous me trouvez des actes médicaux pour lesquels ça aurait du sens, on pourrait toujours discuter. Mais ce qui est toujours compliqué quand on parle de cette question-là, c'est que l'usager, l'usagère, la personne qui est soumise ou à qui, comme Michèle disait, on suggère un traitement médical, la plupart du temps, n'est pas vraiment en mesure, elle, de décider si vraiment c'est un acte médicalement requis, si vraiment ça va la rendre en meilleure santé, idem pour les médicaments, d'ailleurs. C'est pour ça qu'il nous semble que, oui, il y a des choses à faire, peut-être à deux niveaux. Oui, évidemment, il y a toute l'éducation qu'on peut faire, que, nous, on fait, que d'autres font aussi dans la population pour d'autres façons de prendre en charge son bien-être et sa santé. Il y a aussi là-dedans, évidemment, toute l'amélioration des conditions de vie. Il faudrait peut-être se rappeler que ça a un rapport, la santé et les conditions de vie. Ça, c'est tout le créneau de la prévention. De l'autre côté, du côté des producteurs de services, du côté des administrations d'hôpitaux, évidemment, quelque part, il va falloir qu'il y ait des gens qui se préoccupent de se poser des questions, à savoir: Est-ce que tous les gestes qu'on pose, est-ce que tous les équipements qu'on achète, est-ce que toutes les pratiques médicales sont vraiment justifiées médicalement et, j'ajouterais, socialement aussi?

Le Président (M. Joly): Merci, Mme David. M. le député, en conclusion.
(21 h 15)

M. Trudel: La conclusion là-dessus, quant à moi, justement, ce n'était pas de décider ou de tirer la ligne. Mais est-ce que vous pensiez qu'on pourrait s'asseoir, au Québec, les concernés, usagers comme producteurs, et qu'on pourrait trouver une façon d'examiner ces questions-là et qu'on pourrait raisonnablement considérer qu'on va en arriver à des conclusions? Moi, avec l'intelligence de votre discours de ce soir, je suis fermement convaincu que oui. Merci beaucoup de votre représentation.

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

M. Côté (Charlesbourg): Vous remercier, c'est toujours aussi intéressant que d'échanger. Dommage qu'on ait seulement une heure parce que je pense qu'on pourrait aborder bien d'autres choses. Aux forceps ou aux césariennes, je comprends que l'exemple est bien choisi. Je vous sais assez habiles pour être capables de l'avoir choisi. On aurait peut-être pu dire: Est-ce que, par exemple, coller les oreilles, c'est médicalement requis?

Mme Guay: Ou les électrochocs?

M. Côté (Charlesbourg): Alors, il y a une série d'exemples comme ça qui méritent très certainement notre attention et on compte sur vous pour continuer de nous éclairer sur ce qui est nécessaire. Je pense que le message de fond est clair. Juste une petite chose que je ne peux m'empêcher de dire. Puisque vous avez fait état du printemps dernier ou de la fronde du printemps dernier, ça me reconferme dans certaines de mes convictions. Je dois vous dire que, au cours de ces épreuves, elles ont été fortement ébranlées à l'occasion, à savoir si j'étais le seul dans ce bateau-là ou s'il y avait bien du monde qui pensait comme moi. Ça me console d'entendre ça ce soir. Je pense qu'il y a encore du monde qui pensait comme moi. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Mesdames, au nom des membres de cette commission, je vous remercie beaucoup.

J'appellerais maintenant la Fédération des centres d'action bénévole du Québec. Je leur demanderais, s'il vous plaît, de bien vouloir s'avancer et de prendre place.

Fédération des centres d'action bénévole du Québec

Le Président (M. Joly): Mesdames, messieurs, bonsoir. M. Castonguay, s'il vous plaît, je vous demanderais de bien vouloir présenter les gens qui vous accompagnent.

M. Castonguay (Gérald): Bonsoir, M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs.

À ma droite, France Thériault, administratrice bénévole à la Fédération et directrice du Centre d'action bénévole de l'Érable, à Plessisville. À ma gauche, Maurice Saulnier, notre directeur général.

Le Président (M. Joly): Merci, monsieur. Vous avez une vingtaine de minutes pour nous présenter votre mémoire. Par après, les parlementaires auront le plaisir d'échanger avec vous. Alors, vous avez la parole, M. Castonguay.

M. Castonguay: Merci, M. le Président.

Au moment où vous nous écoutez, plus d'un million de bénévoles oeuvrent pour une cause de leur choix sur tout le territoire québécois. Ainsi véhiculent-ils des valeurs de partage, de solidarité et de justice sociale. Ce sont des citoyens et des citoyennes responsables parmi ceux et celles que l'honorable ministre a placés au centre de la réforme de la santé et des services sociaux à titre de décideurs, de consommateurs et de payeurs d'un des systèmes que nous reconnaissons d'emblée comme l'un des meilleurs au monde. Des milliers de bénévoles s'unissent pour agir collectivement, pour être soutenus et pour être supportés dans leur action. Ainsi, les centres d'action bénévole naissent et grandissent pour promouvoir l'action bénévole et offrir quotidiennement des services qui concourent à la santé et au bien-être des Québécoises et des Québécois.

Depuis leur fondation, dans nos centres, les bénévoles sont des partenaires, des acteurs et des décideurs. Ce sont des maîtres d'oeuvre libres et responsables. Voilà la philosophie qui rallie 82 de ces centres à la Fédération des centres d'action bénévole du Québec. En leur nom, nous entendons préserver les acquis de notre système et vous soumettre des pistes d'amélioration envisageables et réalistes dont l'impact contribuerait à un financement équitable à la mesure de nos moyens.

Nous traversons une crise de civilisation. Partout et au Québec, elle impose une redéfinition collective et individuelle. Depuis 1980, on se plaint à tous azimuts de l'absence de projets de société. On parle de crise de valeurs, de crise économique. Pape et papesse d'une philosophie que l'on qualifie de néo-libérale, M. Reagan et Mme Thatcher ont eu leurs disciples au Québec et au Canada. On parle de certaines coupures à Ottawa. Il y a Michel Duquette qui, dans **Le Devoir**, en janvier 1992, en dresse un portrait qui est savoureux et vous me permettez de lire cette courte citation.

«Le système d'éducation retourne à l'élitisme, quand il ne se défait pas tout bonnement, comme dans maintes régions des États-Unis. Le décrochage s'accroît à tous les âges. Le niveau culturel en souffre. Un million d'emplois au Canada ne trouvent pas preneurs faute de qualifications suffisantes. La violence urbaine

s'accroît sans commune mesure avec tout ce qu'on a connu, à l'exception des années vingt et de la dépression. Curieux rapprochement. Les lois du marché vont-elles régler spontanément ce problème? - M. Duquette en doute - Il n'est pas rose, le bilan du modèle néo-libéral en Amérique du Nord. Si rien n'est fait, il y aura de plus en plus un système à deux vitesses où le secteur de haute technologie nourrira une microsociété mieux nantie aux horizons internationaux, tandis que le gros de la population vivotera dans le sous-emploi, survivant de petits contrats et retournant aux formes anciennes d'entraide qui caractérisaient la société rurale. Choisissez votre camp!»

Nous l'avons choisi. Celui d'un développement durable, nourri par les valeurs dont nous parlions tout à l'heure, de justice, d'entraide et de solidarité sociale. Menacée, la qualité de vie devient une telle préoccupation pour nous qu'elle s'inscrit au titre de nos valeurs. Puisque des brèches importantes, et vous en avez parlé, ont déjà été pratiquées dans le système de sécurité sociale, nous étions: Assez, c'est assez! On a déjà suffisamment attaqué l'universalité et l'accessibilité de l'ensemble de ce qui caractérisait le mieux notre société. Il nous faut faire appel à notre imagination, à notre créativité et à notre bon sens. Il nous faut «prioriser» la protection et l'amélioration de notre système de santé et de services sociaux. Nous appuyons M. Norbert Rodrigue qui était cité dans la revue de la conférence des CRSSS: «Lâcher ce morceau-là, c'est l'équivalent d'un suicide collectif pour les Québécois!»

Nous regrettons l'absence d'une politique de santé et de bien-être. Ainsi, considérant la philosophie et les principes inscrits dans le livre blanc sur la réforme, l'insécurité des citoyens et des citoyennes face au maintien des acquis de leur système, nous demandons au gouvernement du Québec de surseoir à toute décision sur le mode de financement jusqu'à la présentation de ladite politique. Une telle politique s'oriente à partir de nos valeurs sociétales.

Notre gouvernement manifeste régulièrement sa volonté de soutenir le développement régional. Un fait demeure cependant: l'exode des populations vers les grands centres, particulièrement vers la région de Montréal. Plusieurs spécialistes, dont nos amis du Conseil des affaires sociales aussi, considèrent cette concentration et le sous-développement régional comme des facteurs d'appauvrissement, de pauvreté et de détérioration du tissu social. Et pourtant, à la grandeur du Québec, des organismes bénévoles et communautaires arrivent malgré tout à répondre à un certain nombre de besoins.

Il existe aussi un réseau de plus de 150 CLSC dont les administratrices et les administrateurs ont fermement accepté de devenir la porte d'entrée de notre système. Une inconnue demeure encore. On la partage avec nos amis de la Table

des organismes communautaires et bénévoles, la répartition des effectifs médicaux sur notre vaste territoire. Le passé invite à la vigilance. Le pouvoir des corporations médicales **dépasse-t-il** celui du gouvernement? Les médecins doivent, selon nous, être rappelés à l'ordre. Le système de la santé et des services sociaux ne leur appartient pas, il les fait vivre. Il est temps, dans ce processus de réflexion, d'ouvrir le débat sur la place réelle des médecins dans nos structures. Ceux-ci n'ont pas à bénéficier d'avantages spéciaux au détriment des autres secteurs du système et, surtout, de ceux qui ont le droit de recevoir les soins et les services pour lesquels ils paient.

La régionalisation dans presque tous les secteurs d'activité doit être orientée vers des dynamiques qui favorisent l'enracinement des communautés de base, tout comme la santé et les services sociaux. Afin de réussir cette vaste régionalisation, le gouvernement devrait imposer un cadre strict à l'ensemble de la profession médicale en termes de répartition des effectifs, afin de garantir l'accessibilité dans toutes les régions. C'est là un principe non négociable.

Vous aviez **Galarneau**, personnage central de «L'héritage» de **Victor-Lévy Beaulieu**, qui avait comme principe que, lorsqu'on veut être logique, il faut l'être jusqu'au bout. Le bénévolat est une affaire de tête, mais encore plus une affaire de cœur et de tripes. On abordera donc quand même la notion de services et de fiscalisation, malgré l'absence d'une politique de santé et de bien-être.

Tous les spécialistes reconnaissent, M. le ministre, le bien-fondé du chapitre I de votre document. D'ailleurs, un bon nombre de constats rejoignent les résultats de l'étude commandée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé par la Fédération des CLSC du Québec, l'automne dernier. Le document s'appelle, et vous l'avez sûrement consulté, «Évolution et projections des dépenses sociosanitaires au Québec». Mais je voudrais rappeler deux éléments plus résumés de cette étude. Les dépenses totales de santé au Québec n'ont, à toutes fins pratiques, pas augmenté depuis la mise en place du système actuel en 1971. Par rapport aux autres secteurs de l'économie québécoise, le secteur de la santé est en déclin depuis 1983. On peut y lire un peu plus loin qu'en période d'austérité il devient nécessaire d'allouer les ressources actuellement disponibles dans le système de façon à améliorer celui-ci. Il nous apparaît que le rapport Barclay, publié en Angleterre dans les années quatre-vingt, a inspiré et inspire toujours quelques intervenants de la santé et des services sociaux. D'après ce rapport, l'approche communautaire vient après celle de l'État-providence. Chez nous, notre approche globale a bien de la difficulté à choisir dans un panier de services qui nous rappelle un certain État-Provigo. Mais, tantôt, j'ai changé d'idée, je pense qu'on va faire un

État-Métro-Richelieu pour aller à Ottawa avec le panier, en autant qu'il ne soit pas percé. C'est pourquoi la Fédération se sent piégée par cette notion et ces catégorisations qui ouvrent toute grande la porte à la privatisation d'une grande partie de notre système. Notre prise de position fondamentale, je la répète, c'est de préserver nos acquis sociaux. Or, considérant l'interrelation indissociable de l'une et l'autre des catégories proposées, nous trouvons inappropriée la distinction imposée entre services de base et services complémentaires. D'ailleurs, ne reconnaissez-vous pas que l'actuelle définition en usage est simple, très opérationnelle et qu'elle permet une gestion peu coûteuse?

La transparence et la visibilité des dépenses et des besoins auxquels il faut répondre ne doivent pas être uniquement une affaire de coûts, mais aussi de répartition équitable des responsabilités et des obligations chez les différents acteurs du système. La Fédération des centres d'action bénévole est d'avis qu'il doit être établi dans les discussions constitutionnelles actuelles - je pense qu'on va vous faire plaisir encore une fois - que la santé et les services sociaux sont strictement de juridiction québécoise. Le gouvernement pourrait donc en même temps en profiter pour intervenir et modifier en conséquence le système de fiscalisation. C'est là, pour nous, un acte de cohérence avec la volonté de rapprocher le pouvoir décisionnel du citoyen. De plus, nous nous attendons à un mode de financement transparent qui partage les risques entre nous tous. Les sources de financement doivent être clairement identifiées à ces fins. C'est là un choix juste, équitable et réalisable. C'est par une répartition équitable des effectifs et des services correspondants, par une gestion où les contrôles sont davantage mis là où, actuellement, cela coûte le plus cher que nous atteindrons vos objectifs ensemble.

Le Président (M. Joly): En conclusion, s'il vous plaît, M. Castonguay.

M. Castonguay: Or, investir, pour nous, c'est regarder autour de soi ce qui va bien et, donc, soutenir les initiatives originant des communautés et des groupes qui dispensent des services hautement qualifiés. Puisque vous me permettez d'aller à la conclusion, je vais y aller tout de suite. Notre document était trop volumineux. Je pense qu'on n'a pas tout à fait les 20 minutes.

Le Président (M. Joly): Vous avez encore quelques minutes.

M. Castonguay: S'il vous plaît. Donc, notre offre de services. Dans l'analyse gouvernementale, un élément n'a pas été tenu en compte. Pourtant, à lui seul, il représente des millions de dollars investis par des individus qui vivent la

responsabilisation d'une façon bien particulière, le bénévolat. Qualifié de chien de notre société par Jacques Grand'Maison, qualifié aussi de creuset de cette société par Claude Béland, tellement sa vitalité étonne et aussi pour signifier son caractère novateur et culturel, le bénévolat arrive encore à mettre un baume pacificateur sur nos diverses crises sociales et économiques.

(21 h 30)

Encore une fois, nous ferons, durant la prochaine Semaine de l'action bénévole, l'exercice de comptabiliser le nombre d'heures consacrées dans les domaines de la santé et des services sociaux. Au moins 200 000 personnes favorisent l'efficacité, l'efficacité et la qualité de ce réseau. Leur disponibilité, leurs idées et leur créativité donnent un vrai sens au mot «gratuité».

Pourquoi cette responsabilisation n'est-elle pas nommée et reconnue? Jusqu'à quand les bénévoles impliqués dans les diverses fondations des hôpitaux ainsi que pour de multiples causes pourront-ils faire vibrer la corde sensible de ces mêmes citoyens ordinaires qui contribuent à 84 % des sommes recueillies lors des levées de fonds? La démobilitation est à éviter. Il est primordial d'instaurer des mesures pour faciliter l'action bénévole. Quoique remarquable, l'analyse gouvernementale laisse dans le vide la contribution du bénévolat. Promotrice de l'action bénévole depuis 20 ans, il aurait été inconvenant que la Fédération ne mette pas sur la place publique ce volet caché de la responsabilisation. Mais gare au harnachement indu de cette force vive de notre société.

Donc, au nom de ces citoyens, de ces citoyennes, nous vous demandons un financement équitable pour le maintien et l'amélioration de ce système vital, et nous sommes prêts à y contribuer.

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

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Une petite information, au départ. Évidemment, le mémoire du GRIS, qui a fait l'objet de votre attention dans le mémoire, et même fait l'objet de références, fera certainement l'objet d'échanges très intéressants vendredi lors de leur passage ici. Je pense qu'il y aura une mise à l'épreuve assez importante sur l'affirmation qu'il n'y a pas eu d'augmentation de budget dans le secteur de la santé et des services sociaux depuis 1971. Je ferme la parenthèse, et on verra par la suite comment on conclut tout cela. Ça me paraît gros comme affirmation, donc on va tenter - pas parce qu'on veut nécessairement faire la démonstration qu'il y en a eu; on n'en mettra pas plus qu'il n'y en a eu - très certainement de faire cette démonstration-là vendredi matin.

Juste une petite chose, parce qu'il y a une certaine originalité sur un point en particulier que vous avez, celui de consulter la population, et ça, ça touche un peu mes deux responsabilités et c'est pour ça que je veux en traiter très rapidement au départ. Ce que vous dites, c'est que, sur le plan de la fiscalité ou du financement du réseau, ça pourrait faire l'objet, éventuellement, d'une question dans un référendum ou au moment d'une élection. C'est ce que vous dites. J'aimerais ça vous entendre un petit peu plus. Est-ce que ça pourrait, par exemple, aller jusqu'à une question de ce type-là: «Est-ce que vous êtes pour ou contre un ticket modérateur?»

M. Castonguay: Ce qui est proposé... J'ai obtempéré à l'invitation de M. le Président, j'ai donc tassé ce chapitre. Effectivement, on vous sait à la fois ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable de la Réforme électorale. On en a profité pour vous faire une suggestion parce que, souvent, on fait appel à des sondages et on a comme préjugé que le meilleur des sondages, c'est l'expression de la volonté populaire.

Ce qu'on vous invite à faire, c'est une forme d'élection à l'américaine où on vote pour nos représentants et, en même temps, on peut se prononcer sur un certain nombre de questions. Par exemple, on pourrait poser la question: «Êtes-vous pour ou contre une caisse-santé?» Nous, a priori, on vous appuie là-dedans. Ça pourrait aller jusque-là. Des tickets modérateurs ou de toute autre sorte... Je serais très heureux que vous alliez jusque-là, a priori. Mais je pense qu'il y a un consensus qui se dégage de nos groupes, des gens qu'on rencontre depuis, vers la caisse-santé, c'est-à-dire vraiment l'identification de la source du financement à son objet, la santé et les services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que la question de caisse-santé est un peu plus générale et vise finalement à informer les gens, aussi, pour que ce soit très transparent. Mais, quand j'ajoutais le ticket modérateur, tous les sondages font la démonstration que plus ou moins 70 % des gens sont prêts à dire oui à un ticket modérateur. Les sondages sont assez clairs là-dessus. La difficulté que nous aurions... Comment?

M. Trudel: Je veux voir la question, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais c'est assez clair, et posé par à peu près toutes les firmes de sondage.

Le danger de tout ça, évidemment, il faut en être bien conscients, c'est qu'à partir du moment où vous allez dans une question comme celle-là et à laquelle il est répondu majoritairement et que vous l'appliquez, vous n'avez pas

pour autant réglé vos problèmes de démunis par rapport au ticket modérateur parce que, pour la plupart d'entre eux, appliquer un ticket modérateur, c'est bien sûr l'appliquer à celui qui est sur l'aide sociale aussi et qui va consommer des services et, pour beaucoup d'entre eux qui répondent, ils trouvent que les gens sur l'aide sociale abusent de la consommation. Il y a aussi ces dangers-là. Mais évidemment, après ton exercice démocratique, tu es poigné avec ton résultat aussi.

M. Castonguay: Ce qui arrive parfois avec des élus. Mme Thériault aimerait vous répondre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Castonguay: Je n'ai pas parlé de couleur.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Il pensait à Ottawa. Il ne parlait pas d'ici. Il pensait à Ottawa. C'est le danger, aussi.

Le Président (M. Joly): Mme Thériault.

Mme Thériault (France): M. le ministre, moi, ce que j'aimerais souligner, c'est que, naturellement, dans le temps qui nous était accordé on n'a pas eu le temps, par exemple, d'aborder trois grands volets qui sont dans le mémoire, soit l'information, la prévention et la formation.

Par rapport à la question que vous soulevez face au ticket modérateur, il y a des préalables avant de pouvoir poser certaines questions aux citoyens et citoyennes; entre autres et fondamentalement, c'est celui de l'information. Dans notre mémoire, on donne comme exemple très frappant le citoyen qui, par exemple, surtout et davantage en milieu semi-urbain et urbain, ne sait pas qu'il a un CLSC à côté de chez lui. Comment pensez-vous qu'il puisse répondre à la question? Alors, je pense que, fondamentalement, il y a comme un niveau d'information qui ne se rend pas. Les moyens devraient peut-être être révisés, mais je pense que la question devrait être beaucoup plus globale que sur un aspect du système de santé et services sociaux comme le ticket. Il faut que ce soit une question beaucoup plus générale, comme M. Castonguay le disait.

Sur le principe de l'information, en tout cas, dans le travail que je fais avec les bénévoles, il y a un fait constant qui nous revient: les citoyens et citoyennes ne sont pas informés. Comme par exemple demander un transfert de dossier, est-ce que je peux ou est-ce que je ne peux pas? Est-ce que je peux faire telle et telle affaire? Les citoyens et citoyennes ne savent pas. Les CLSC, dans ce sens-là, ont un immense travail à faire. Alors, avant de poser des questions comme celle-ci dans un processus électoral

aux citoyens et citoyennes, il faut trouver des mécanismes pour atteindre toutes les couches de la population.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, dans la mesure où il y a un exercice comme celui-là, les parties en cause qui vont être pour ou contre les réponses à la question vont elles aussi informer la population sur les conséquences de tout ça. Je ne veux pas qu'on perde plus de temps que ça. Je trouve l'idée intéressante et j'imagine qu'il y a probablement d'autres ministères qui seraient bien heureux de s'accrocher à un mécanisme comme celui-là aussi, pour un certain nombre d'autres questions.

Mme Thériault: Ce serait une grande annexion.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends, c'est qu'on dit: les grands principes, universalité, accessibilité, ne touchez pas à ça. C'est clair. Ça nous a bien servi comme système. Ça fait partie des normes canadiennes. Ne touchez pas à ça. Je comprends ça, j'en partage un maudit bout de chemin là-dessus.

Là où je suis un peu plus mal à l'aise avec votre logique - puis, évidemment, c'était la même chose avec le groupe précédent - c'est lorsqu'on parle de révision du panier de services. Vous dites que c'est aussi sacré que les principes d'universalité et d'accessibilité. Là, j'ai un petit peu plus de misère à suivre pour la simple et bonne raison que la révision du panier de services, elle peut questionner des techniques, elle peut questionner des façons de faire, elle peut questionner, par exemple, l'utilité de certains médicaments. Quand on parle d'un panier de services, il me semble bien qu'il y a là des choses qu'on doit questionner.

On a vu avec le Conseil d'évaluation des technologies de la santé 11 dossiers qui ont été analysés, bien scrutés, pas contestables par les intervenants, par exemple au niveau des mammographies. Et on se rend compte qu'il s'en fait un paquet et qu'elles ne sont pas utiles. Donc, à partir de ce moment-là, il y a des indications quant à l'utilisation. Il y a donc, d'une certaine manière, que ce soit au niveau de l'utilisation des technologies, de l'utilisation de certains médicaments... On ne se le cachera pas, il y a des médicaments, aujourd'hui, vous les prenez, au bout de 15 jours ou 20 jours, ça n'a plus d'effet, mais il y a encore du monde pour vous en prescrire pendant deux ans.

Et, d'autre part, d'autres éléments me paraissent être fondamentaux sur le plan du questionnement. Et je regroupe, je fais toute ma logique. Si on a un panier puis qu'on veut y entrer des phénomènes nouveaux comme le sida, par exemple - et Dieu sait que vous en savez quelque chose - ou la violence familiale, donc des nouveaux phénomènes qui nous interpellent

sur le plan financier, si on veut en mettre d'autres dans le panier il va bien falloir, à un moment donné, qu'il y ait une certaine épuration de ce qu'il y a dans le panier et qui est moins efficace, moins efficace.

Alors, tout ça pour vous dire que, sur les grands principes, je vous suis. Mais quand il s'agit d'une question de révision du panier de services et que vous dites non - ce non, ce n'est pas un petit non, c'est un non assez catégorique, merci - j'ai de la misère à vous suivre un petit peu et j'aimerais avoir plus d'explications.

M. Castonguay: M. le Président, est-ce que vous me permettez d'inviter M. Saulnier à répondre à cette question?

Le Président (M. Joly): M. Saulnier.

M. Saulnier (Maurice): Moi, je trouve que ce n'est pas facile de répondre à cette question. Je pense d'ailleurs que, au départ, c'est un cheminement qui est très cher à votre démarche, M. Côté, de faire cette division-là: services complémentaires par rapport aux services de base. Évidemment, les gens qui se ramassent dans les hôpitaux puis qui doivent nécessairement manger et ouvrir des dossiers et le reste, ils ne s'en vont pas, c'est bien sûr, à l'hôtel; ils s'en vont dans les hôpitaux parce qu'ils sont obligés, parce qu'ils sont malades. C'est une conséquence qu'il y ait à côté de ça, évidemment, des services qui sont secondaires.

C'est peut-être pousser un petit peu fort, ce que je vais dire. Des fois, je me dis: Les gens qui sont condamnés à la prison, on les y envoie pour les empêcher de nuire à la société. Je pense bien qu'il ne serait jamais question de penser à les faire payer de la pension et des choses semblables, mais ils sont forcés d'y aller. Et je le dis au niveau d'être forcés. Quand quelqu'un est hospitalisé, il est forcé d'y aller, il n'a pas bien bien le choix; ce n'est pas parce qu'il veut se nourrir aux frais de l'État. C'est un petit peu dans ce sens-là.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais je pousse tout ça plus loin. Parce que...

M. Saulnier: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...quant à être inéquitable, je vais vous mettre dans la balance. Comment vous sentez-vous? Les personnes âgées qui sont en centre d'accueil d'hébergement, là, hébergement de longue durée, elles non plus n'ont pas trop trop le choix, d'après ce que j'ai compris. Elles requièrent au minimum deux heures et demie de soins par jour par personne. Elles se retrouvent dans des lits de centres d'accueil d'hébergement puis ça a l'air socialement acceptable qu'elles paient 1000 \$ par mois. Il me

semble bien qu'il y a une certaine incohérence là aussi. Comment vivez-vous avec ça?

M. Saulnier: Comme est un petit peu socialement acceptable le gros pourcentage de la population qui fait appel aux médecines douces et qui n'utilise pas la carte de santé. Alors, c'est acceptable. Ils ne paient pas. C'est un phénomène, en fait, qui fait partie du cheminement de la société.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne veux pas qu'on se perde, là.

M. Saulnier: Non?

M. Côté (Charlesbourg): Je ne veux pas qu'on se perde. Ma question est bien précise. Parce qu'évidemment, quand vous parlez du panier de services, vous avez parlé des frais d'hôtellerie et de repas; je comprends parce qu'on en parle, dedans.

M. Saulnier: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Bon. C'est pour ça que j'ai voulu tenter de continuer de suivre cette piste-là. Vous me dites: Quelqu'un qui va à l'hôpital, il ne choisit pas d'aller à l'hôpital. S'il avait le choix, il resterait probablement chez lui et il choisirait de ne pas être malade. Mais à partir du moment où il y va, à ce moment-là, on voudrait exiger de lui qu'il paie les repas ou qu'il paie l'hôtellerie. Vous dites là-dessus: Ce n'est pas acceptable. C'est pour ça que, moi, je traverse, je dis: Nos personnes âgées qui, elles, se retrouvent dans des lits de centres d'accueil d'hébergement, aux soins hospitaliers de longue durée, paient au minimum 1001 \$ par mois actuellement pour être hébergées en centre d'accueil d'hébergement, qui visent à couvrir les repas et l'hébergement; et ça, ça semble socialement acceptable au Québec. Alors, pourquoi ça ne le serait pas pour les gens qui vont dans un centre hospitalier pour une période de cinq jours, six jours, sept jours, huit jours? Pourquoi? Est-ce qu'on n'est pas un peu inéquitable vis-à-vis nos personnes âgées? Évidemment, si on dit qu'on récupère ça aux frais de l'État, on va avoir une petite facture additionnelle à payer.

M. Castonguay: M. le Président, Mme Thériault aimerait répondre.

Mme Thériault: Je vais tenter, mais c'est vraiment une tentative, là, parce que, bon, il me passe plein d'idées en même temps dans la tête. Entre autres, par exemple, le pourcentage des personnes âgées en hébergement actuellement au Québec. Il y a quelques années, ça représentait de 5 % à 6 % de la population des aînés. Aujourd'hui, on peut peut-être penser ou on s'en va peut-être vers un 8 %, 9 % ou 10 %. Ça, c'est

une affaire.

(21 h 45)

Tantôt, les représentantes de la Table des organismes communautaires et bénévoles ont aussi... Je pense qu'on s'entend tous ensemble. C'est plutôt dans l'approche qu'il faut modifier des choses, au niveau des attitudes et des comportements. Dans l'analyse de votre document, c'est souligné que le citoyen, somme toute, se comporte comme un bon citoyen consommateur. Somme toute! Alors, ça, c'est des acquis sur lesquels il faut travailler. Sûrement, aujourd'hui, ça a été mentionné à plusieurs reprises: la notion de prévention, de formation, d'information est fondamentale pour continuer d'améliorer les attitudes et comportements. Et je pense que c'est par ce biais-là qu'on va finir par arriver à quelque chose. Peut-être pas à diminuer des coûts mais peut-être au moins à ne pas aller vers une hausse. C'est certain que les changements ne sont pas immédiats à court terme, c'est du moyen et du long terme. Bon, voilà 20 ans, on s'est donné un système. On le juge quand même assez satisfaisant, toutes proportions gardées. Alors, moi, la notion de panier de services, je crains énormément qu'on commence à la compartimenter. Et je comprends ce que vous soulignez quand vous dites: Bon, il y a des nouvelles problématiques, il faudrait peut-être en tasser d'autres.

Et tantôt, vous avez abordé avec l'autre groupe la question des soins esthétiques, et tout ça, qui pouvaient être des choses qu'on pourrait requestionner. Moi, je pense que, oui, ça peut être requestionné mais les effectifs médicaux, dans ce sens-là, de par toute la gamme de services qu'ils offrent, sont-ils questionnés, eux? Et est-ce que c'est les citoyens qui doivent être questionnés? Moi, en tout cas, ça me pose beaucoup de questions. Sont-ils questionnés? Je pense qu'il y a de l'argent, là. Et on l'a dit, le système les fait vivre et très bien vivre. On ne les plaint pas.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. Brevement, M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, très brièvement. Je pense que, de plus en plus, on les questionne. La mammographie en est un exemple. Les études que fait le CETS vont directement dans ce sens-là. C'est pour ça que, à un moment donné, il faut interpeller; ça fait partie du panier.

Je comprends ce que vous dites. C'est que si le geste n'est pas posé par un médecin...

Mme Thériault: Et voilà!

M. Côté (Charlesbourg): ...l'usager, le bénéficiaire, forcément, lui, il ne l'a pas.

Mme Thériault: C'est ça!

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends ce bout-là mais il faut aussi interpeller le panier, là, sur certains aspects.

Mme Thériault: Oui.

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

M. Trudel: Merci beaucoup, M. le Président. Eh bien! Recevoir des bénévoles en commission parlementaire, c'est quasiment dire «bienvenue parmi nous», ou presque, à cette heure-là, au nombre d'heures qu'on a passées.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas nécessairement ce que la population pense.

M. Trudel: Et on reconnaît tous que vous êtes partout, comme je le disais aux gens du communautaire tantôt. Dans chacune de nos régions du Québec, on partage toujours. Quand on arrive au bout de la ligne, là, et qu'on est mal pris, le vendredi soir, à 18 h 30, dans le comté, M. le ministre, qui nous dépanne? À 18 h 30, le vendredi soir, c'est des groupes bénévoles qu'on peut appeler parce qu'on dit: Il y a quelqu'un qui est en détresse. Et nous-mêmes, comme députés, on est rendus au bout, on n'est même plus capables de faire ouvrir une porte d'institution; c'est les bénévoles, c'est les gens du communautaire. Alors, chapeau bien bas.

Et également pour une bonne présentation qui... On ne peut pas s'attendre, je pense, que du côté des organismes communautaires, avec les petites équipes que vous avez, vous ayez une immense mémoire pour tout chiffrer, balancer, des économistes; mais vous avez des principes fondamentaux. Et ça, on retrouve ça dans votre mémoire.

Une première question. Vous dites au gouvernement du Québec: Voulez-vous surseoir à toute décision sur le mode de financement jusqu'à la présentation d'une politique de santé et de bien-être? Disons que j'ai eu de légères obstinations avec le ministre là-dessus, sur la façon de procéder quant au sens des choses. Pourquoi devrait-on attendre ça, une politique de santé et de bien-être et retarder encore la question du financement?

M. Castonguay: Je voudrais revenir à un premier point avant celui-là. Vous dites que vous nous connaissez, vous connaissez les organismes bénévoles, vous connaissez les centres d'action bénévole, vous nous connaissez par les services.

M. Trudel: Oui, tout à fait.

M. Castonguay: Il y a un élément, aussi,

qu'on veut amener ici, c'est l'élément «promotion de l'action bénévole», et je voudrais partager avec vous une grande inquiétude que j'ai. Ça m'est vraiment remonté quand j'ai eu le plaisir d'assister à une soutenance de thèse de doctorat; c'est la première fois que je vivais ça dans ma vie. C'était sur la motivation des présidents d'associations. Et là-dedans, Roméo Malenfant, qui est assez bien connu dans le milieu - c'est celui qui présentait sa thèse - démontrait comment c'est entre 35, 45 et 55 ans, en ce moment, que les gens peuvent être ciblés pour faire de l'action bénévole.

Dans nos centres, en ce moment, ce sont surtout des personnes du troisième âge qui viennent aider beaucoup des gens du quatrième âge. Disons qu'il y a une courbe assez importante. Ma crainte, c'est que les gens vieillissant, en ce moment, ne reconnaissent plus l'action bénévole comme quelque chose d'intéressant à cause de l'alourdissement des clientèles qu'on vit, des difficultés financières qu'on vit. On est de plus en plus, justement, pris à 18 h 30, pris des samedis et des dimanches pour éteindre des feux. Et ça, je voulais le souligner ici ce soir. France veut répondre à votre deuxième question.

Mme Thériault: Bon! Par rapport à la politique de santé et bien-être, pourquoi on y tient tant avant des modifications du financement du système de santé et des services sociaux, c'est tout simplement en termes d'une certaine logique, d'une certaine cohérence, parce que la régionalisation, actuellement, est en processus d'implantation. On peut pondérer les résultats, on peut avoir un idéal, mais je pense qu'il faut pondérer les résultats parce qu'on peut imaginer des choses et la réalité peut être autre. Ça, c'est une dynamique dont encore beaucoup d'inconnues sont devant nous.

Et si, d'autre part, on modifie le financement du système de santé et des services sociaux et que, par après, on arrive avec une politique de santé et de bien-être qui vient rejouer dans certains aspects de la loi 120, mettons, ou encore directement dans le financement du système de santé et des services sociaux, on est donc obligés de reprendre tous nos devoirs.

Alors, nous, on se dit: il y en a un, problème de financement. Sauvons des sous. Procédons par rapport à la politique de santé et de bien-être en parallèle avec l'intégration de tout le processus de la régionalisation - qui va être un gros morceau, qui va demander énormément d'énergie - et une fois qu'on aura une vue d'ensemble, une fois qu'on aura les éléments de tout ce système-là, on va être beaucoup plus à point pour poser certains diagnostics et dire: Bien, ça, on le choisit et ça on le rejette, etc. C'est une question de logique et de cohérence, tout simplement, je pense. Et aussi parce que ça nous a été promis depuis fort longtemps.

M. Trudel: Que ces choses sont donc bien dites, que ces choses sont donc bien dites!

Mme Thériault: Je vous remercie.

M. Trudel: Je vous souhaite d'être écoutée. Ça fait à peu près 20 fois que je le dis. Moi, je ne le suis pas.

M. Côté (Charlesbourg): Vous avez été entendu.

M. Trudel: Deuxième...

Mme Thériault: J'ai senti le regard de M. Côté, d'ailleurs.

M. Trudel: Moi, j'ai bien noté. Je vais voir la réponse, là, qui est supposée venir bientôt, et là je vais voir comment avoir de l'influence quelque part. Il y a peut-être un angle, quelque chose qu'il faut découvrir.

Rapidement, parce que l'heure file, messieurs, madame. Sur le panier de services, je voudrais poursuivre un peu la discussion qu'il y avait tantôt et essayer de voir les choses assez clairement. Est-ce que vous nous dites: Oui, on peut revoir au Québec le panier de services assurés, mais à partir du critère du «médicalement requis»? Je trouve bon l'exemple du ministre: les oreilles décollées. Est-ce que, pour vous autres, c'est aussi, ça, acceptable qu'on puisse, à partir du critère, je le répète, du «médicalement requis» réévaluer le panier de services?

J'ai compris très bien M. le directeur général sur l'autre partie. Ça nous semble évident qu'il ne faut pas toucher à ça parce que c'est une *entourloupette*, cette histoire-là. Sur le «médicalement requis», est-ce qu'on peut réviser le panier de services? Est-ce qu'on peut, comme société, envisager cela?

Mme Thériault: Comme je vous le dis, on n'a pas eu trois, quatre mois pour évaluer tous les aspects de la question qui nous ont été soumis. On n'a pas non plus, dans un organisme bénévole, la pléiade de spécialistes pour nous conseiller. Nous y allons avec notre meilleur jugement. Comme nous avons dit tantôt à M. Côté, c'est difficile de dire «On tasse» ou «On garde» ou pas. Je pense que c'est l'angle que l'autre groupe a abordé tantôt en disant: Essayons de trouver une nouvelle façon, peut-être, d'aborder la question. Nous, on n'en veut pas de compartimentation entre services de base et services complémentaires. Notre position est claire là-dessus. Par contre, il faut aussi penser à questionner les effectifs médicaux, comme on l'a dit tantôt. Je pense que M. Castonguay aussi a des choses à rajouter.

Le Président (M. Joly): M. Castonguay.

M. Castonguay: Quand on a étudié l'annexe 5 avec ce qu'on... On n'est pas des spécialistes, comme elle vient de le dire, et on voit la notion de services qui est là comme... Bon! Par «médicalement requis», ce qu'on entend - et c'est là où on fait confiance, encore, aux médecins - c'est ce qui se passe dans la relation privilégiée du médecin avec son client. Or, dans ce sens-là, la définition qui... dans la loi, c'est 3... On est, comme le dit un petit peu plus loin le document, en accord avec elle puisqu'elle est simple, très opérationnelle et qu'elle permet une gestion coûteuse. Où on se pose des questions, c'est dans l'élément «prospective». On dit, dans ce qui est suggéré comme prospective, qu'il y a des éléments, des inconnues qu'on trouve insécurisants et qu'on ne trouve pas tout à fait clairs pour nous. Peut-être qu'on n'avait pas les bonnes lunettes pour le lire, peut-être qu'on l'a mal compris, mais on trouve ça dangereux d'ouvrir la porte là-dessus parce que, pour nous, à court terme, ça pourrait vouloir dire la privatisation d'une partie importante du système. C'est là notre crainte.

M. Trudel: Malheureusement, il faut encore aller rapidement. Il y a aussi dans votre mémoire, comme pour l'autre groupe auparavant, une phrase lapidaire pour ce qui est de la profession médicale: «Les médecins doivent être rappelés à l'ordre». Moi, j'ai une question bien simple et je pense que vous pourriez peut-être me répondre de façon aussi simple. Est-ce que vous pensez qu'il y a encore des espoirs au Québec de ce que j'appellerais se «resolidariser» avec la profession médicale? Il y a, d'évidence, des problèmes. Cette phrase, dans le mémoire des mouvements communautaires et cette phrase ici, elles reflètent des réalités que nous entendons. Est-ce que vous pensez qu'on peut rebâtir, je dirais, une véritable solidarité avec des Québécois et des Québécoises qui sont professionnellement des médecins et qui sont des intervenants importants dans notre système?

M. Castonguay: Je ne voudrais pas répéter ce qui a été dit par Mme David et Mme Guay mais je pense qu'on soutient ça. Il y a toute une démarche de changement dans la formation des médecins eux-mêmes. Ce qui nous amène à être aussi sévères... On se rappelle, en tout cas, qu'on était là en août, et qu'on est resté avec une certaine amertume là-dessus. C'est vrai qu'il va falloir se réconcilier avec les médecins.

D'ailleurs, je sais que dans la région de Joliette il y a un président de fédération qui est très près du centre d'action bénévole. On le respecte beaucoup. Mais, à la page 69 de votre document, vous parlez d'allouer les ressources en fonction des besoins des populations à desservir et de la performance des établissements. En regard des besoins des régions et des établissements, les objectifs sont précis, ils sont mesura-

bles. Je ne sais pas s'ils vont être motivants pour nous autres.

Quand on arrive aux médecins, on dit: D'ici deux ans, les médecins devront soumettre un plan permettant d'améliorer leur répartition géographique et leur disponibilité dans les établissements du réseau. Ce que j'ai retenu au mois d'août, c'est que ça devait être le 1er janvier 1993. On est en janvier, pardon, février... avril 1993. Février 1992, février 1994, on va se ramasser quand, à un moment donné?

M. Côté (Charlesbourg): C'est toujours la même date.

M. Castonguay: Ah! O.K. Parce que ça, on l'a reçu le 9 janvier. Voyez-vous, on a fait le jeu de...

M. Trudel: Très bien. Alors, une dernière question sur... Vous n'avez pas de grosses équipes pour préparer ça mais vous êtes clairvoyants, merci beaucoup. Vous êtes très clairvoyants à la page 14, sur le financement. Vous avez vu où ça se passe, là. Le vrai citoyen décideur, c'est ça. Vous dites finalement: Réglez donc ça à la véritable place, à la table du constitutionnel, en ce qui regarde la responsabilité de la santé et des services sociaux, puis que ce soit strictement de juridiction québécoise.

En fait, c'est déjà strictement défini dans l'Acte de l'Amérique du Nord britannique que c'est strictement de responsabilité provinciale, sauf que depuis 1919 ils mettent leurs gros sabots là-dedans. Et la conséquence, vous la voyez très bien aussi. Vous dites que le gouvernement pourrait en même temps intervenir pour modifier le système de fiscalisation, c'est-à-dire ramener les points d'impôt qu'on envoie là-bas et qui nous reviennent - seulement 14 % - pour notre système de santé et des services sociaux.

Avez-vous vraiment espoir, pour vrai vrai, là, que tout en disant que c'est là vous touchez le véritable point sensible? Comment ça pourrait procéder? Moi, je pourrais en avoir au moins jusqu'à 11 heures, 11 heures et demie juste à vous énumérer les titres des conférences fédérales-provinciales. J'en ai toute une série. Ça a commencé le 25 juillet 1960 avec M. Lesage, cette histoire-là, puis ça se répète, six mois, un an, huit mois. Il y en a un qui dit beuh, beuh, beuh! Si tu ne me le donnes pas, moi, je vais dire beuh, beuh, beuh! Je vais me retirer. Beuh, beuh, beuh! Ça fait 32 ans.

M. Côté (Charlesbourg): Là, vous ne faites pas allusion du tout au «beu» de Matane?

M. Trudel: Non, pas du tout, pas du tout, je m'excuse.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Je m'excuse. Il y en a même certains qui disent point, à la ligne, terminé, fini.

M. Castonguay: Non. Nous, on dit assez, c'est assez.

M. Trudel: Bon, mais ça ne marche jamais.

Des voix: Beuh, beuh, beuh!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Je conterai une histoire au ministre là-dessus, après.

M. Castonguay: Alors, sur l'espoir, M. Trudel...

M. Trudel: Est-ce que vous pensez sérieusement que ça peut marcher? Ça fait 32 ans qu'on la fait, la parade. On peut bien y aller en autobus, avec le communautaire, etc., mais pensez-vous sérieusement que ça peut marcher et, à ce compte-là, est-ce que notre régime de santé et de services sociaux va résister?

M. Castonguay: Sur ce point d'espoir, je ne peux pas répondre parce qu'on a voulu une présentation collégiale du conseil d'administration et notre base n'a pas pris position sur les orientations constitutionnelles. On garde ça pour la prochaine assemblée générale annuelle. On reviendra peut-être.

M. Trudel: Que ces choses sont encore une fois bien dites! Et avec le sourire avec lequel vous le dites! Merci de la réponse. Merci beaucoup. Merci de cette présentation, d'avoir pris cette soirée. Continuez votre beau travail.

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

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier. Malgré les hauts et les bas de la vie, à la fois pour vous comme pour nous, c'est clair que le mois d'avril 1993 demeure toujours un rendez-vous et c'est à peu près ça qui me tient encore en politique - jusqu'au 2 avril 1993, je le répète - avec tout ce que ça comporte comme exigences. Et je vais tenter de me maintenir en santé d'ici ce temps-là.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Merci, M. le président, merci, mesdames, messieurs. Il me fait plaisir de remercier les gens de la Fédération des centres d'action bénévole du Québec. Bon voyage de retour, au plaisir. Nous ajournons donc nos travaux à demain matin, 9 heures 30, dans la même enceinte. Merci.

(Fin de la séance à 22 h 2)