



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» (5)

Le mardi 11 février 1992 — No 5

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)	SCAS-365
Confédération des syndicats nationaux (CSN)	SCAS-377
Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ)	SCAS-388
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)	SCAS-400
Corporation professionnelle des Infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (CPIIAQ)	SCAS-410
Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec	SCAS-418
Bureau de commerce de Montréal	SCAS-427
Corporation professionnelle des médecins du Québec	SCAS-434

Intervenants

M. Russell Williams, président
M. Henri Paradis, président suppléant

M. Marc-Yvan Côté
M. Rémy Trudel
Mme Cécile Vermette

- * M. Fernand Daoust, FTQ
- * M. Claude Poulin, idem
- * M. Jean-Guy Frenette, idem
- * M. Henri Massé, idem
- * M. Gérald Larose, CSN
- * Mme Céline Lamontagne, idem
- * Mme Lorraine Pagé, CEQ
- * Mme Béatrice Chlasson, idem
- * M. Richard Langlois, idem
- * Mme Monique Richard, idem
- * Mme Sylvie Boulanger, FIIQ
- * M. Régis Paradis, CPIIAQ
- * Mme Diane Levasseur, idem
- * M. Paul J. Thériault, idem
- * Mme Renée Dauphinais, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec
- * M. Pierre Pinard, idem
- * M. René Pagé, idem
- * M. Alex Harper, Bureau de commerce de Montréal
- * M. Augustin Roy, Corporation professionnelle des médecins du Québec
- * M. André Lapierre, idem
- * M. Pierre Saint-Georges, 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)
G1R 5P3
tél. 418-843-2754
télécopieur: 418-528-0381

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1782

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mardi 11 février 1992

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

(Neuf heures quarante minutes)

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

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». Est-ce qu'il y a des remplacements?

Le Secrétaire: Oui. M. Joly (Fabre) est remplacé par M. Tremblay (Rimouski).

Une voix: Ah bon?

Une voix: Ça va changer d'allure.

Le Président (M. Williams): Aujourd'hui, nous avons la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec pour une heure; après ça, la Confédération des syndicats nationaux et la Centrale de l'enseignement du Québec; à 14 heures, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec et, à 16 heures, la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec; à 17 heures, l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux; à 18 heures, le Montreal Board of Trade, Bureau de commerce de Montréal et, à 20 h 30, nous aurons la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

FTQ

Je voudrais maintenant inviter la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec à se présenter. Ils sont déjà en place, alors bienvenue à la commission. Est-ce que vous pouvez vous identifier, s'il vous plaît?

M. Daoust (Fernand): Avec plaisir.

Le Président (M. Williams): Comme vous le savez, vous avez une heure: 20 minutes pour votre présentation, 20 minutes pour les questions du côté ministériel et 20 minutes pour le côté de l'Opposition. Bienvenue.

M. Daoust: Merci beaucoup, M. le Président. Madame, M. le ministre, MM. les députés, je vous présente ceux qui m'accompagnent: Lauraine Vaillancourt, vice-présidente de la FTQ, Louis Duval, président de l'Union des employés de service, section locale 298, Claude Poulin,

actuaire-conseil de la FTQ, Jean-Guy Frenette, conseiller politique, Henri Massé, vice-président de la FTQ, directeur québécois du Syndicat canadien de la fonction publique, et Dominique Malboeuf, du SCSF, le Conseil provincial des affaires sociales, dont elle est la présidente.

Je vous remercie, M. le ministre, de nous avoir invités à cette commission chargée de discuter du financement des services de santé et des services sociaux. D'entrée de jeu, nous déplorons que vous nous confiniez à un débat sur le financement sans, simultanément, nous inviter à réfléchir sur la politique des services de santé et des services sociaux du Québec. Comment pouvons-nous, dans ce contexte, nous assurer que les moyens dont nous allons nous doter correspondent effectivement aux objectifs de la population en matière de santé? Même si nous déplorons l'illogisme de cette démarche, l'importance du débat qui touche à la fois nos 450 000 membres ainsi que l'ensemble de la population nous incite, malgré tout, à vous exprimer nos réflexions à l'égard du financement des services de santé et des services sociaux.

Depuis les débuts des travaux sur la réforme des services de santé et des services sociaux, la FTQ a été de toutes les consultations, et nous n'en sommes pas à notre premier mémoire. Or, le principe qui a toujours animé nos interventions est le maintien d'un système public accessible et universel. À notre avis, les propositions d'un financement privé et individuel telles qu'énoncées dans le document ministériel sont inacceptables.

La FTQ s'oppose donc à toute forme de tarification qui ouvre ainsi la porte à une privatisation accrue du système de santé. Par conséquent, nous nous opposons à l'utilisation de la tarification, de l'impôt-services et du ticket modérateur qui déplacent le fardeau financier vers les seuls usagers et usagères des services de santé et services sociaux. Ce sont des mesures inéquitables et injustes.

L'actuel système de santé: un prix d'excellence. Nous n'avons pas l'intention de présenter une montagne de statistiques pour vous démontrer l'excellence de notre système de santé. Nous estimons que vous avez bien fait vos devoirs à cet effet dans le document ministériel. Il nous semble aussi bien établi que notre système public de santé offre un large éventail de services à des coûts inférieurs à ceux de l'Ontario et de façon plus efficace que le modèle américain, par exemple.

Au chapitre de l'équité et de l'universalité, des études canadiennes, québécoises et américaines récentes démontrent que les points forts de

notre système sont la protection universelle de la population, les normes nationales de soins, la transférabilité de la protection, la large gamme des services, la liberté de choix du professionnel, la liberté de traitement de la part des médecins, et le reste. Ces points forts sont la base d'un système que nous ne voulons pas troquer.

De façon générale, les constats formulés dans le document gouvernemental militent en faveur de notre système de services de santé et de services sociaux. Nous croyons que les seuls facteurs qui motivent le gouvernement à infléchir la dynamique des dépenses de santé sont la volonté politique à courte vue de réduire la taille de l'État conjuguée à la récession et à ses répercussions sur la croissance ralentie du PIB. À notre avis, ce désengagement de l'État découle donc, d'abord et avant tout, d'un discours politique et non d'une analyse socio-économique rigoureuse.

Les finances publiques, le véritable problème. Il nous apparaît évident que la problématique du financement des services de santé et des services sociaux s'explique en majeure partie par l'évolution des finances publiques. Nous reconnaissons que le désengagement fédéral constitue une perte financière importante pour le Québec. La FTQ déplore vivement que votre réflexion sur le financement des services de santé ne se soit pas articulée autour d'une vision globale du désengagement fédéral, surtout que ce processus a été amorcé depuis déjà plusieurs années.

De plus, nous regrettons que le gouvernement n'ait pas poursuivi sa réflexion sur l'évolution de ses recettes et de ses dépenses globales. À notre avis, la mise en oeuvre de différentes mesures d'assainissement budgétaire conjuguée à une reprise prochaine de l'activité économique créeront, dans un avenir assez rapproché, la latitude financière nécessaire pour maintenir votre engagement en faveur d'un système de santé. Bref, nous considérons que le gouvernement tente de résoudre un problème de finances publiques et non un problème de financement qui résulte du fonctionnement interne du système des services de santé et des services sociaux, et nous refusons de vous suivre dans cette voie.

Nos propositions, elles sont justes et réalistes. Dans votre réflexion sur le financement, vous souhaitez changer les modalités de financement. Au risque de nous répéter, nous vous réitérons que nous sommes en profond désaccord avec toute forme de tarification qui viole systématiquement les principes d'accessibilité et d'universalité sur lesquels notre système s'est édifié. À la FTQ, nous croyons sincèrement que plusieurs mesures autres qu'une hausse de taxes ou d'impôt et qui s'inscrivent dans une perspective de long terme sont plus appropriées au financement des services de santé et des services sociaux.

Accent sur la prévention. La FTQ estime que le niveau de santé et de bien-être d'une

population s'explique en grande partie par son environnement physique et socio-économique et non seulement par le niveau des services de santé et des services sociaux disponibles. Même si elle arrive tardivement dans le processus de réforme, la formulation d'une politique des services de santé et des services sociaux devra mettre l'accent sur la prévention pour améliorer la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises. Nous ne répéterons jamais assez combien il est primordial de créer des emplois, d'offrir une éducation adéquate, d'assainir nos milieux de travail, de nous doter d'une véritable politique de l'environnement, et le reste. C'est là que, essentiellement, doivent porter les efforts du gouvernement.

Le volet coût. Vos propres conclusions tirées de l'examen du système de santé ont permis d'identifier un certain nombre d'inefficacités dans le fonctionnement de la prestation des services de santé et des services sociaux. Nos propositions pour réduire ces inefficacités sont les suivantes: coordonner et favoriser l'intégration des services de santé et des services sociaux par le biais des CLSC; axer la prestation des soins de santé sur la prévention; réviser le paiement à l'acte des professionnels de la santé et proposer un mode de rémunération plus approprié aux objectifs du système; restreindre l'accroissement du nombre de professionnels de la santé à un niveau compatible avec l'augmentation de la population; resserrer les contrôles de l'utilisation de la carte d'assurance-maladie; accentuer la pratique des achats groupés et établir des normes dans l'implantation de nouvelles technologies. Nous sommes d'avis que le gouvernement ne doit pas seulement réfléchir à ces propositions. Nous croyons que vous devriez les mettre rapidement en application.

Au chapitre de la visibilité, la FTQ est, en principe, d'accord avec l'idée d'accroître la transparence du système comptable du gouvernement afin de sensibiliser la population aux coûts des traitements et services. Cependant, nous tenons à faire une mise en garde. En aucun cas, ce nouveau mode de fonctionnement ne doit maintenir l'attention gouvernementale au seul volet des coûts. Le gouvernement doit également s'engager à informer les citoyens et les citoyennes des améliorations sur la santé et le bien-être qui résultent des sommes investies.

La contribution fédérale. Le redressement des finances publiques prévu pour le milieu des années quatre-vingt-dix devrait inciter le gouvernement du Québec à maintenir une pression constante sur le gouvernement fédéral pour qu'il revienne à son engagement initial dans le système de santé.

La réforme fiscale. De plus, parce que le réel problème du gouvernement est lié à la gestion des finances publiques, vous devez immédiatement vous engager dans une révision de la fiscalité du Québec. On devrait y retrouver le

souci que les entreprises paient leur juste part des recettes fiscales et que la progressivité de l'impôt sur les revenus soit rétablie. Dans le cadre de cette réforme, vous devriez aussi examiner attentivement la possibilité d'introduire de nouvelles formes d'imposition telles l'impôt sur l'actif net des personnes ou les droits de succession et les droits de donation.

Impôt sur les revenus. Finalement, et seulement si toutes les mesures précédentes s'avèrent insuffisantes pour maintenir et améliorer notre système de santé, il est clair pour nous que les moyens accrus de financement devront provenir d'une source collective. La FTQ préférerait donc l'utilisation d'un impôt sur les revenus des particuliers et des entreprises à toute autre forme de tarification. Nous sommes très conscients qu'une hausse de la taxation ou de l'impôt n'est jamais populaire. Cependant, nous croyons fermement qu'après une démonstration que les autres mesures n'arrivent pas à combler les attentes des Québécois et les Québécoises seront prêts à payer davantage pour préserver leur système public de services de santé et de services sociaux.

M. le ministre, la FTQ croit en l'importance de maintenir et d'améliorer le système de santé au Québec. En reflant au secteur privé la prestation des services ou leur financement, l'État se désengage de certaines de ses responsabilités mais ne résout pas le problème de fond. Les enjeux demeurent les mêmes; les pressions à la hausse sur les dépenses et la problématique du financement pour rencontrer ces obligations continuent d'exister. D'ailleurs, aucun fait ne vient étayer l'hypothèse à l'effet que le secteur privé est mieux habilité à composer avec ces contraintes. L'expérience américaine tend plutôt à nous démontrer le contraire. Nous sommes d'avis que notre système des services de santé et des services sociaux remporte la médaille d'or au chapitre de la comparaison des coûts et des bénéfices entre un régime public et un régime privé comme, par exemple, celui des États-Unis.

À cet égard, je souhaiterais bien, s'il nous reste quelques minutes, que M. Poulin puisse nous présenter **brèvement** le système de santé des États-Unis et établir quelques comparaisons éloquentes qui pourraient nous éclairer à ce sujet-là.

M. Poulin (Claude): Bonjour, madame, messieurs, M. le ministre. Mon nom est Claude Poulin, je suis actuaire et ma société a des bureaux à Montréal et à Washington depuis 1980, mais je travaille aux États-Unis depuis plus d'une vingtaine d'années dans les avantages sociaux.

Présentement, un des problèmes les plus graves qui secoue la société américaine, c'est dans le domaine de la santé. C'est probablement un des cinq problèmes les plus graves, avec le déficit. Depuis trois ou quatre années, les conflits ouvriers ont eu pour cause l'augmenta-

tion des coûts de la santé. Présentement, les employeurs américains paient 300 \$, 400 \$ et même jusqu'à 1000 \$ par mois, par employé, pour les services de santé. Ce qui caractérise le système américain, c'est l'absence de système. Les coûts augmentent, pour les employeurs, d'environ 20 % à 25 % par année.

Les Américains envient énormément le système canadien. Les caractéristiques qu'ils apprécient le plus dans le système canadien sont l'universalité, l'accessibilité et la transférabilité. Par exemple, si un employé quitte son employeur aux États-Unis, à ce moment-là, si l'employé a des antécédents médicaux comme le diabète ou un souffle cardiaque, ça va être impossible pour cet employé de se payer de l'assurance. Il va être refusé par les compagnies d'assurances, soit la Croix Bleue ou les compagnies commerciales. Les Américains, depuis une quinzaine d'années, ont essayé de résoudre le problème en mettant sur pied ce qu'ils appellent des HMO, Health Maintenance Organizations, où l'accent est mis sur la prévention. Ça a joué. Dans certains cas, les HMO ont aidé énormément le système américain mais, d'un autre côté, les coûts ont continué à augmenter et, maintenant, on se trouve dans la situation où les coûts des Health Maintenance Organizations sont presque aussi élevés que pour les autres compagnies commerciales.

Un des problèmes les plus difficiles présentement, c'est que les caisses de bien-être, ce qui s'appelle les Welfare Funds, des gros syndicats - je pense aux mines, aux Teamsters - sont toutes en faillite. Les syndicats, les employeurs, les États, les municipalités, présentement, se servent des surplus dans les régimes de retraite pour financer les caisses de bien-être. C'est un problème à long terme qui est résolu par une solution à court terme, puis ça ne fait qu'accroître le problème. Les passifs des caisses de bien-être augmentent. Les actifs diminuent d'une façon draconienne. Présentement, aux États-Unis, il y a un groupe, une industrie en particulier, l'industrie des mines, qui est caractérisée par une foule de petits employeurs, peut-être une dizaine d'employés par employeur et, dans les 40 dernières années, il y en a beaucoup qui ont fait faillite. À ce moment-là, ce qu'on appelle la caisse des orphelins, qui est la caisse des retraités des employeurs qui ont fait faillite depuis 20 ans, est totalement à sec; présentement, il y a deux projets de loi au Congrès pour financer les prestations de ces mineurs-là, environ 15 000 mineurs. Présentement, ils n'ont absolument aucune forme d'assurance-maladie parce que leurs employeurs ont fait faillite dans le passé.

On pourrait penser, à cause des coûts élevés des soins de santé aux États-Unis - 700 000 000 000 \$ en 1991, c'est-à-dire plus de 2500 \$ par citoyen américain - que les Américains auraient un service de santé qui est supérieur à ce **quel** existe ailleurs dans le monde.

Ce n'est pas le cas. Il y a deux mesures importantes de la qualité de la santé, c'est l'espérance de vie et la mortalité infantile. Au niveau de l'espérance de vie, les Américains sont au 17e rang, tandis que le Canada, incidemment, est au 5e ou au 6e rang, tandis qu'au niveau de la mortalité infantile, de 1980 à 1990, les Américains sont passés du 16e rang au 22e rang. The Center for Disease Control d'Atlanta a publié des chiffres la semaine dernière, disant que même si la mortalité infantile a diminué aux États-Unis, comparativement au reste du monde, ils sont passés du 16e ou 17e au 22e rang en 1990. Incidemment, le pays qui est en tête de file est le Japon. Le Canada est au 5e ou 6e rang à ce titre-là.

À ce moment-là, je pense qu'avant de faire des changements... Évidemment, le monde entier, présentement, vit la récession, l'Amérique du Nord en particulier. Il y a des problèmes à court terme; tout le monde a des problèmes budgétaires. Il y a des déficits qui s'annoncent dans toutes les juridictions, que ce soit au fédéral, au provincial, dans les États ou les municipalités. Il serait malheureux, je pense, d'essayer de résoudre des problèmes à court terme - c'est-à-dire la récession qui, éventuellement, on l'espère, va se terminer - en prenant des mesures qui affecteraient le système à long terme. Je vous remercie.

(10 heures)

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. Oaoust.

M. Daoust: C'est complet.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Vous êtes prêts pour l'échange?

M. Oaoust: Oui.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. La présentation qu'on a entendue ce matin est dans la lignée de ce que la FTQ nous avait présenté le 20 mars 1990, donc. Il y a à peu près deux ans, avec la même logique parce que j'ai pris soin de relire ce matin cette présentation et elle contient certains passages et certaines ouvertures qu'il y avait dans le mémoire aussi à l'époque. C'est une contribution qui pose un certain nombre de questions, de bonnes questions. Et c'est un peu l'objet de la commission de tenter de répondre à certaines de nos interrogations sur un système qui, effectivement, a fait ses preuves et dont les bénéfices sont très clairs pour les usagers. Et surtout, moi, j'en rajouterais même à votre comparaison par rapport aux États-Unis: je ne suis pas intéressé du tout. Le gouvernement n'est pas intéressé du tout à avoir les États-Unis comme modèle sur le

plan de la santé et des services sociaux. Cependant, Il faut examiner aussi un petit peu ce qui se passe ailleurs, en Suède, au Japon. Vous avez donné certains exemples tantôt, et quant à moi le modèle américain dans le domaine de la santé et des services sociaux, ce n'est certainement pas le modèle à suivre.

Ceci étant dit, on est dans un processus de transformation de notre système qui fait en sorte que, depuis six ans, sept ans, tout le monde étudie, tout le monde ausculte pour tenter de trouver ce qui serait le meilleur système au niveau du Québec; et on est, depuis deux ans, donc, dans la phase de réalisation. La réforme elle-même s'est adressée, il faut l'admettre, à une révision de la loi 120 et à une révision des structures. On est dans le deuxième élément, qui est majeur, le cadre financier qui m'apparaît extrêmement important pour les prochaines années, qu'il faut régler. Et le troisième élément est la politique de santé et bien-être. Vous dites: Ça prend une politique de santé et bien-être pour être capable de... Ce que je veux vous dire, c'est qu'à mon point de vue ça converge. J'aurais, bien sûr, préféré avoir une politique de santé et bien-être d'abord, et ensuite réforme et cadre financier, mais ce que nous souhaitons, à ce moment-ci, c'est davantage que ça converge et c'est ce que nous faisons. Nous rendrons publique très prochainement la politique de santé et bien-être de telle sorte que nous aurons les trois éléments, cadre financier, réforme et politique de santé et bien-être, pour nous permettre d'aller plus avant.

Ceci étant dit, il y a un certain nombre de constats que vous faites sur lesquels il nous faut revenir puisqu'on commence notre semaine avec ça, et je pense que les discussions que nous avons eues la semaine dernière sont des discussions très ouvertes, très, très ouvertes. Je souhaite que ça continue de la même manière pour tenter de voir où se situe la vérité, évidemment, vérité financière sur les capacités financières de l'État aussi. Et je voudrais commencer par ça parce que vous semblez dire qu'il y a peut-être un problème financier d'ordre gouvernemental, mais il n'est pas nécessairement lié au ministère de la Santé et des Services sociaux. La semaine dernière, ce qu'on entendait davantage, c'était que la situation financière était davantage conjoncturelle que structurelle et que, par conséquent, il fallait faire attention aux gestes que nous allions poser parce que ça peut, bien sûr, conditionner le milieu de vie des prochaines générations. Je pense que c'est extrêmement important aussi.

Moi, je pense - et on l'a dit dans le document le plus honnêtement possible - qu'on a un problème structurel au niveau des finances publiques. On l'a dit, 20 000 000 000 \$ depuis 1977-1978, c'est quand même majeur par rapport aux 37 000 000 000 \$ de déficit qui sont occasionnés par l'épicerie, les dépenses d'épicerie.

Donc, on est dans ces dépenses d'épicerie là et c'est structurel de cette manière parce que 20 000 000 000 \$, ce n'est pas de la petite bière. C'est extrêmement important et ça pèse lourd dans les finances publiques. Évidemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux est un élément important de cette problématique financière, de manière globale, parce qu'on fait partie du même gouvernement: 31 % du budget. Si on exclut le service de la dette, c'est 40 % des dépenses de programmes gouvernementaux. C'est quand même considérable. On doit absolument être de la partie pour tenter de régler certains problèmes financiers du gouvernement.

Votre mémoire nous dit: On devrait maintenir les niveaux de dépenses à IPC plus 3, 5 %. Les orientations gouvernementales - je dis bien gouvernementales - c'est davantage d'être à IPC plus 1 % si on veut demeurer concurrentiels à la fois pour nos travailleurs et pour les entreprises aussi. Quand on parle, nous, dans notre document, de IPC plus 3 %, dans un gouvernement qui décide IPC plus 1 %, ça signifie que les autres ministères vont devoir payer la facture. Ça veut dire que, dans le reste, ça devra être IPC moins 1 %. Est-ce qu'il n'y a pas certaines difficultés ou ne devrait-on pas avoir certaines appréhensions vis-à-vis d'autres travailleurs? Vous l'avez dit tantôt: Il faut intervenir sur des déterminants en matière environnementale, par exemple, et dans d'autres domaines. Mais, pour ce faire, il faut être capable de dégager des marges quelque part pour intervenir. Est-ce que vous ne croyez pas que, à IPC plus 3, 5 %, c'est une invitation directe au gouvernement, pour être capable de combler la différence, d'aller dans l'augmentation du déficit, premièrement, ou au niveau des taxes et des impôts, soit par un impôt - je pense que vous ouvrez une possibilité à ce niveau-là - ou par de la tarification? Il faut que ça balance quelque part. Pendant 15 ans, ça n'a pas balancé; on paie la note aujourd'hui. N'y a-t-il pas cette responsabilité-là que nous avons comme gouvernement aussi? J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Daoust: Dans un premier temps, M. le ministre, permettez-moi de vous dire que l'état des finances publiques, aussi bien au Québec qu'au Canada, nous préoccupe au plus haut point. Nous ne sommes pas les seuls, mais nous en subissons les conséquences peut-être plus dramatiquement que l'ensemble de la population. Quand je dis «nous», à ce moment-ci, je parle des travailleurs et des travailleuses de notre société. Est-ce que la crise des finances publiques que nous connaissons à ce moment-ci est conjoncturelle ou structurelle? C'est peut-être un malheureux mélange des deux. Je n'insisterai pas beaucoup plus longtemps là-dessus pour faire quelque démonstration que ce soit, sauf pour vous dire que, quant à nous, il est important que le Québec - puisque nous sommes ici au

Québec - il est essentiel que tous ensemble, collectivement - mais que ce soit d'abord une initiative gouvernementale - on déclenche un processus de réflexion profonde sur la fiscalité. On ne peut pas y échapper, sinon on va se perdre dans toutes sortes de considérations, le temps va porter et on n'en sortira probablement pas aussi rapidement qu'on le souhaiterait.

Quand je dis «une enquête sur la fiscalité», nous avons nos vues à l'égard des phénomènes que peut provoquer la fiscalité dans notre société, mais il faut absolument, à un moment donné, un temps d'arrêt. Entendons-nous. Je ne dis pas qu'il faut cesser tout ce qu'il y a à faire et ne penser que fiscalité, mais un temps d'arrêt qui peut durer quelques mois, peut-être une année, où tous ensemble nous allons aborder fondamentalement le problème de la fiscalité. Par exemple, nous le disons dans notre mémoire, depuis 6 ans le fardeau fiscal des particuliers a augmenté de 27 % - vous me corrigerez; je me trompe peut-être de 3 % - alors que le fardeau fiscal des entreprises, lui, pendant la même période, a diminué de 14 %. Écoutez, ou bien il y a six ans, nous étions carrément dans l'erreur, les entreprises payaient trop et il fallait diminuer leur fardeau fiscal, ou bien c'est le contraire et il y a quelqu'un qui en profite à ce moment-ci. Ce n'est pas des sujets simples, on en convient; ils doivent être abordés avec énormément de sérieux et avec énormément de rigueur.

Alors, concernant le budget et la fiscalité, on estime qu'à l'égard des coûts des soins de santé et des services sociaux il y a là, sans aucun doute, une piste qu'il faudrait absolument examiner de très, très près de telle sorte que ceux qui peuvent et qui doivent payer - et, quant à nous, vous allez trouver ça peut-être un peu normal, on pense que les entreprises ne font pas leur bout de chemin et le font de moins en moins - devraient assumer un fardeau fiscal plus élevé qui nous permettrait, entre autres, de tenir compte des problèmes que nous connaissons à l'égard des coûts de la santé et des services sociaux au Québec.

À l'égard du deuxième sujet, si M. le président me le permet, je demanderais à Jean-Guy Frenette de l'aborder.

M. Frenette (Jean-Guy): M. le ministre, nous avons bien précisé notre option, c'est-à-dire que, pour les soins de santé et les services sociaux, c'est IPC plus 3, 5 % qui est notre option, notre choix privilégié. On comprend très bien la contrainte; si les dépenses gouvernementales sont à IPC plus 1 %, il y a 2, 5 % quelque part de plus à cette mission-là. Il faut maintenir cette mission-là à 3, 5 %; on ne veut pas qu'elle aille attaquer d'autres budgets sociaux et tout aussi importants que l'éducation. C'est bien évident pour nous.

Par contre, l'hypothèse que les autres

dépenses augmentent à 1 PC plus 1 % nous paraît faible et discutable car, au cours des dernières années et de façon assez constante, la richesse nationale, le PIB augmente à plus que le 1 %. Ça augmente à 2 %, 2,5 % si on évite les récessions dans lesquelles on se met nous-mêmes, parfois, là. Notre hypothèse est que, probablement, le PIB pourra se maintenir à un **niveau** de 2 % ou 2,5 % au cours de la prochaine décennie. L'écart ne sera pas aussi grand avec un choix et une option à dépenses de la santé à 1 PC plus 3,5 % et bien-être collectif qui augmente à 2,5 %. Mais il faut maintenir quand même le cap sur les 3,5 %, parce que c'est un investissement fondamental pour le Québec, la bonne santé des citoyens et des citoyennes. C'est à peu près notre seul gage de réussite dans les années à venir pour être en mesure, avec la formation professionnelle et l'adaptation des travailleurs, d'être capables de relever, et de façon efficace, la **compétitivité** à laquelle on sera confrontés. L'investissement dans les ressources humaines, il faut vraiment le voir comme un investissement important: la santé, l'éducation et la formation professionnelle. C'est pour ça que ces missions-là nous paraissent fondamentales et qu'à la lumière d'une révision de la fiscalité, **s'il** y a un effort à faire pour cet investissement-là, **il** faut collectivement le faire. C'est notre survie.

M. Daoust: Si vous me le permettez, encore une fois, M. Henri Massé.

Une voix: Il est généreux, ça n'a pas de bon sens!

M. Côté (Charlesbourg): Les réponses sont à plusieurs volets; Je ne pourrai plus avoir de **questions!**

M. Massé (Henri): Ça va être très court. Vous parlez de compétitivité. Vous ne vouliez pas parler de l'expérience américaine, mais c'est 9 % du PIB, les dépenses de santé au Québec, alors que c'est 11 % aux États-Unis. Mais, si on prend les pays de l'**OCDE**, c'est 34 % du PIB; les pays de la CEE, 40 % et la même chose pour les dépenses sociales. Au Canada, c'est 21 % du PIB, l'**OCDE** c'est 25 % et la CEE, 30 %. Je pense qu'il y a encore une grosse marge de manoeuvre.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, moi, ce qui me préoccupe - et j'ai toujours compris que la FTQ, c'était aussi sa préoccupation - c'est qu'on puisse être suffisamment compétitifs pour s'assurer que notre monde ait de l'ouvrage. D'ailleurs, ce n'est pas pour rien que vous avez mis un fonds sur pied. Nous autres, on attendait des résultats au cours des dernières semaines. Donc, à ce moment-là, il faut continuer d'être très compétitifs, non pas vis-à-vis les pays de l'**OCDE**, d'après moi, mais davantage vis-à-vis de l'Ontario, vis-à-vis des

États-Unis aussi. C'est nos plus proches compétiteurs et c'est des marchés sur lesquels on peut espérer vendre nos produits.

M. Massé: C'est parce que vous ne vouliez pas en parler.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Massé: C'est parce que vous ne vouliez pas en parler, des États-Unis.
(10 h 15)

M. Côté (Charlesbourg): Santé! J'ai dit, du système de santé, parce qu'on ne se compare pas à pire que nous, on essaie de se comparer à mieux. Mais on va aussi traverser l'Atlantique tantôt sur les systèmes de santé; j'y arrive.

Donc, on parle de fardeau fiscal, et je pense qu'un des éléments qui revient et qui va nous revenir tout l'avant-midi, qui n'est pas nouveau dans le discours parce que vous le revendiquez depuis un bon moment, c'est un débat sur la fiscalité pour que les chiffres soient clairs, sur la place publique. Je ne **parle** pas au nom du gouvernement parce que je ne suis pas autorisé à ça. J'en ai assez entendu, moi aussi. Je me dis que, peu importe la thèse, on **doit** être capable de la démontrer. Moi aussi, je suis favorable à un débat sur la fiscalité, très clair, public, à livre ouvert, de façon à ce qu'on sache où on en est pour être capable de prendre des décisions. Je vais le supporter, moi, le débat. Les gens viendront défendre leur cause avec leurs chiffres puis, évidemment, on le fera transparent. Quant à moi, je pense qu'à ce **moment-là** ça va permettre d'avoir certaines données qu'on peut valider sur la place publique pour nous permettre de progresser.

Ceci étant dit, est-ce que, dans votre esprit, un débat sur la fiscalité va davantage interroger ou interpellier l'équité fiscale à l'intérieur de ce qu'on fait déjà ou si on va pouvoir aller plus loin? Si on s'en va dans un débat sur la fiscalité, ou dans des échanges - «débat», c'est un grand mot - pour tenter de voir la vérité, **si** on y va davantage sur l'équité - **puls** je pense qu'il faut en parler, d'équité à l'intérieur de ce qu'on ramasse aujourd'hui, salariés plus riches par rapport aux plus pauvres et, de manière globale, les compagnies par rapport à leur responsabilité collective - je pense qu'il faut y aller. Mais si on y va uniquement dans un débat qui porte sur la fiscalité et qui porte sur l'équité à l'intérieur de la masse déjà payée, moi, je pense qu'on ne règle pas grand-chose, là. On n'a pas réglé nos problèmes sur le plan budgétaire et, par le fait même aussi, on n'a pas réglé certains problèmes du ministère de la Santé et des Services sociaux. J'aimerais vous entendre là-dessus, si c'est un débat qui vise uniquement l'équité à l'intérieur d'une masse déjà connue ou si c'est un débat plus large?

M. Daoust: C'est sans aucun doute un débat plus large. Il ne s'agit pas de voir et d'examiner sous toutes les facettes imaginables cette masse qui est déjà payée et de dire: Bon, qui devrait en payer plus à l'intérieur de cette masse et qui devrait en payer moins? Il faut peut-être examiner, je ne dirais pas l'orientation, mais le mouvement de cette masse qui, peut-être inévitablement, doit augmenter, compte tenu des volontés qui s'expriment, des besoins qui se manifestent dans notre société et des interventions tellement nécessaires.

Alors, c'est un débat plus large, plus fondamental aussi, et je suis fort heureux qu'une proposition comme celle que nous mettons de l'avant reçoive un accueil très ouvert, sinon enthousiaste - je ne veux pas vous mettre des mots dans la bouche. Nous connaissons tous le poids que vous avez au sein du gouvernement actuel.

Une voix: 40 % des dépenses.

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est très enthousiaste.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Daoust: De voir que vous allez véhiculer une idée comme celle-là, en tout cas, ça nous réjouit. Mais ça nous semble fondamental qu'il y ait un débat là-dessus, encore une fois, très rigoureux et très transparent, afin que soient dissipés tous les malentendus qui peuvent exister de part et d'autre et que des débats comme ceux-là ne soient empreints d'aucune espèce de démagogie. Ça me semble fondamental, encore une fois, qu'on l'ait au Québec.

M. Côté (Charlesbourg): Mais je pense qu'on est rendu à un stade où la maturité de tous les intervenants est à un niveau suffisamment intéressant pour être capable d'avoir un débat comme celui-là, transparent et ouvert. Je le dis; ça n'engage personne d'autre que moi, mais juste avec mon petit poids...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...je suis favorable parce que je pense qu'on est rendu là. Lorsqu'on fait appel à une responsabilité collective pour maintenir des acquis, ce que nous voulons tous, il est clair qu'il faut faire des démonstrations de part et d'autre. On en est rendu là et je vais personnellement supporter une démarche comme celle-là.

M. Poulin (Claude): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Poulin (Claude): Au chapitre de la

compétitivité...

M. Côté (Charlesbourg): Il ne me reste pas grand temps; j'ai d'autres questions. Et ça peut être intéressant pour vous, ma question, à part ça.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. Poulin.

M. Poulin (Claude): Présentement, c'est les employeurs américains qui paient la note au niveau de l'assurance-maladie. Ça leur coûte, je l'ai dit tout à l'heure, 500 \$ ou 600 \$ par mois, et les statistiques dont on parle, c'est 11 % du produit Intérieur brut; et c'étaient même les statistiques de 1989. Maintenant, ça dépasse 12 % du produit Intérieur brut aux États-Unis. Puis, c'est en dépit du fait qu'en 1988 il y avait 35 000 000 d'Américains qui n'étaient couverts par absolument aucune forme d'assurance; ça a passé, depuis trois ans, à 40 000 000 d'Américains. Alors, les coûts sont énormes.

Évidemment, les 40 000 000 d'Américains reçoivent un minimum de soins de santé qui sont payés par les employeurs. Toutes les études démontrent présentement que les employeurs américains, au chapitre de la sécurité sociale et aussi au chapitre des services de santé, sont désavantagés par rapport aux employeurs canadiens.

M. Côté (Charlesbourg): On va avoir l'occasion, dans un débat plus large, de s'en reparler abondamment, avec grand plaisir.

Je vais m'adresser à vous. D'abord, ce que je comprends, c'est que, si on a un débat sur la fiscalité, on vient de vous trouver de l'ouvrage pour quelques mois, avec toute l'expérience et l'expertise que vous avez. Vous avez cité l'exemple du Japon tantôt; ça m'a éveillé une question qui ne se veut d'aucune manière vicieuse. Il faut que je le dise avant parce qu'on me prête des motifs de cette nature-là, à l'occasion.

Vous favorisez davantage le retour à l'impôt-santé, si jamais on devait aller dans ce créneau-là, et vous éliminez la tarification. Oublions l'exemple des États-Unis. Pour moi, ce n'est pas un exemple. Je le répète, ce n'est pas un exemple et ce n'est pas un modèle à suivre. Vous avez parlé du Japon. Je vais ajouter la Suède qui a quand même des indicateurs de santé assez élevés, merci, et qui a aussi une tarification. En Suède, c'est avant même que ça change de régime - donc un régime plus libéral, dans le sens très politique du terme - qu'on a introduit une tarification, par exemple, sur les visites et services médicaux, que ce soit de base ou en spécialité. Le Japon, depuis le début des années quatre-vingt, a introduit aussi une tarification et, pourtant, les indicateurs de santé ont continué à s'améliorer, ayant une tendance à faire la démonstration que la tarification n'a pas de

conséquences dramatiques sur les indicateurs de santé. J'aimerais, là-dessus, vous entendre.

M. Poulin (Claude): Je pense que la tarification non plus n'a pas d'impact sur les coûts. Des études ont démontré aux États-Unis que le...

M. Côté (Charlesbourg): Sortez des États-Unis. Ne me donnez pas les États-Unis. Je ne veux plus rien savoir de ça.

M. Poulin (Claude): Moi, je travaille aux États-Unis.

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas le modèle, ça.

M. Poulin (Claude): Non, mais des études ont été...

M. Côté (Charlesbourg): Je vous parle de la Suède, je vous parle du Japon. Parlez-moi de ça. Les États-Unis, oubliez ça.

M. Poulin (Claude): Des études ont démontré que les tickets modérateurs, partout, ça ne comprime pas vraiment les coûts. C'est que les décisions au niveau de la santé ne sont pas prises par les individus. On n'achète pas une journée d'hôpital comme on achète une automobile. Les décisions sont prises par les professionnels de la santé. À ce moment-là, qu'il y ait ticket modérateur ou non, la personne va aller à l'hôpital, la personne va utiliser les services de santé.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais ça, c'est le beau grand principe du ticket modérateur, de l'objectif d'un ticket modérateur. Moi, je vous parle d'une tarification. On peut, bien sûr, l'identifier à l'objectif premier **qui** est celui d'amener de l'argent, **mais** on est dans une situation où, sans qu'il y ait de consommation abusive de manière globale, il y a une certaine consommation qu'on peut éliminer et qui n'apporte rien à la santé. Je pense que, dans ce sens-là, il y a peut-être du chemin à faire et l'exemple de la Suède et celui du Japon sont des exemples qu'il faut aussi examiner de près. Sans pour autant dire qu'on se lance directement dans la tarification, on l'a mis comme option, on l'a mis au même titre que les autres pour tenter de voir les expériences des uns et des autres et tenter d'éviter les conséquences de tout ça, aussi.

M. Daoust: Est-ce que je pourrais demander à...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très très rapidement, le temps qui nous était imparti est malheureusement terminé.

M. Daoust: Il nous restait quatre ou cinq minutes, nous autres.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Non, non. Il reste l'**Opposition**. Il reste notre collègue.

M. Massé: C'est un des éléments qu'on trouve très important, la tarification. Très important. D'abord, il y a une étude canadienne qui nous démontre que, même avec la tarification, les coûts sont demeurés les mêmes. C'est les plus défavorisés qui ont diminué la consommation des services.

M. Côté (Charlesbourg): M. Massé, dans notre document on dit qu'on protège les démunis.

M. Massé: Oui. Ça, on peut le dire mais, **au-delà** de ça, qu'est-ce qui va arriver si on met une tarification? Qu'est-ce qui va arriver? J'écoutais cette semaine l'entreprise d'assurances qui est venue devant vous la semaine passée, et ils veulent entrer dans le marché. Qu'est-ce qui va arriver s'il y a une **tarification**? Il faut se le dire bien ouvertement, là. La classe moyenne va **mutualiser** les risques. Ce n'est pas vrai que chaque individu va payer. Dans les syndicats où on va négocier des conventions collectives, on va négocier des assurances qui vont venir couvrir la tarification. Finalement, au Québec comme aux États-Unis, on va se ramasser avec **80 %** ou **85 %** des gens, des personnes qui auront la chance d'avoir une assurance. Mais là on est loin d'être sûrs, M. le ministre. On est loin d'être sûrs que, si c'est des assurances privées qui entrent dans ce marché-là, elles feront la job que le gouvernement du Québec a **fait** depuis une couple d'années. Ça, il faut le reconnaître. Je ne pense pas qu'il y aura grand monde qui aura **peut-être** le courage politique de le faire. Vous ne voulez pas entendre parler de l'expérience américaine, mais c'est un peu ce qui se passe. Aujourd'hui, si on prenait le régime du Québec et qu'on essayait de l'amener aux États-Unis demain matin, d'un coup sec, moi, je pense que ça ne pourrait pas marcher parce que les médecins, par exemple, il n'y a pas eu de contrôle au niveau des médecins. Ça coûterait beaucoup trop cher, un régime comme ça, de l'implanter demain matin.

La même chose au niveau des compagnies d'assurances. Je veux dire, ils n'ont pas contrôlé, ils n'ont rien fait à ce niveau-là. Il y aurait une levée de boucliers aux États-Unis de la part des médecins, de la part des assureurs. Et, là, on nous parle d'un régime. On dit: C'est bien beau une tarification, mais c'est ça qui va arriver et, à moyen terme, on se ramassera devant la même situation. Personne n'aura le courage politique de contrôler ça. Quand le monde dira: On manque d'argent dans le réseau hospitalier...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): En conclusion.

M. Massé: ...bien, c'est plus facile de monter les tarifs, à ce moment-là, peut-être, que de serrer la vis, tu sais. C'est ça qui nous fait peur dans tout ce système-là.

M. Côté (Charlesbourg): On va continuer avec ceux qui vont vous suivre. Évidemment, J'aurais pu parler du normatif lourd, mais je pense qu'on aura l'occasion d'en reparler ce matin. Mais fondamentalement, ce qui est dans le document, c'est un système public qui est maintenu public. Je pense que, dans le document, ça ne peut pas être plus clair que ça. Ce n'est pas l'idée de glisser vers la privatisation. Je vous comprends, dans vos rôles respectifs, de craindre. Évidemment, s'il n'y avait personne qui craignait aujourd'hui et qui nous l'exprimait de la manière dont vous le faites, il y aurait **peut-être** possibilité d'en arriver là. Mais c'est quand même un système dont on parle qui est maintenu public, de manière substantielle, avec des hypothèses d'impôt et de tarification, et protégeant les plus démunis. C'est quand même pas mal avancé sur le plan social aussi...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): ...et en termes de responsabilité de l'État.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Maintenant, la parole est au député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. M. le président de la FTQ et les gens qui vous accompagnent, bienvenue. C'est un document assez remarquable que vous nous présentez ce matin, avec une vision qui nous donne de la profondeur sur les acquis du système de santé et des services sociaux public au Québec et les dangers qui le guettent. Voyez, même le ministre, dans la dernière phrase qu'il vient d'employer, dit: Notre document... La première moitié de sa phrase, c'est: Dans notre document, nous préconisons le maintien d'un système public de santé et des services sociaux. Et il dit dans la dernière phrase: Le système va demeurer substantiellement public. «Substantiellement **public**»; c'est ce qu'on appelle la dérive, parce que ça commence par être public, substantiellement public, à peu près public, presque public et, tantôt, on le fait dériver. On le fait dériver vers d'autres sources, tel que vous le mentionnez, je pense, dans votre document. Si c'est heureux de constater que le ministre n'achète pas l'hypothèse Bush sur la «gangrène socialiste que constitue le régime de santé et de services sociaux au Canada et au Québec», il faut se garder des éléments de politique qui sont clairement préconisés dans le document et qui vont nous amener, mais on ne peut plus clairement, à une «bushilisation» du

régime de santé et des services sociaux, à n'en pas douter.

Une première question quant à moi sur la **concurrentialité**, néologisme inventé par ce document. Est-ce qu'il vous apparaît que les modes, les nouveaux modes de financement annoncés ou tâtés dans le document vont mettre carrément en danger cette espèce de notion de concurrence de la part des entreprises, et donc aussi des travailleurs qui sont dans ces entreprises, dans le contexte actuel du développement de la production nord-américaine? Est-ce que ça vous apparaît comme un problème grave de dire que, si on ajoute un sou au niveau fiscal, on vient, en quelque sorte, de briser l'économie générale de la concurrentialité dans l'Amérique du Nord de la part des entreprises et des travailleurs au Québec?
(10 h 30)

M. Daoust: Non. Nous abordons le sujet que vous soulevez dans notre mémoire; pas de façon intensive, parce qu'un mémoire, tout de même, ce n'est pas une étude de centaines de pages, mais, à l'égard de ce qu'on appelle la compétitivité ou la concurrentialité de l'économie québécoise, nous l'avons mentionné: Quand on examine ce qui se passe aux États-Unis, où le pourcentage du PIB qui est consacré aux soins de santé et aux services sociaux est de 2 % ou 3 % plus élevé qu'au Québec, et qui est assumé donc par l'ensemble de la collectivité québécoise, les citoyens et les citoyennes du Québec, aussi bien que les entreprises, le Québec, de ce côté-là, est nettement concurrentiel et compétitif. À l'égard de ce qui se fait dans les pays de l'OCDE, Henri Massé vous a donné quelques données, vous a donné quelques statistiques, précédemment, qui établissent carrément que, là aussi, le Québec n'est pas au-delà de ce qui se fait dans la plupart des pays avec lesquels il est en concurrence sur le plan des soins de santé et des services sociaux. Ça ne nous semble pas être un danger, oui, il est souligné dans le document du ministre, mais on ne le perçoit pas comme un danger; loin de là, on réfute cette orientation qu'on retrouve dans le document du ministre.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Effectivement, je ne pense pas que la démonstration a été faite là-dessus et vous n'y voyez pas non plus, vous n'avez pas vu, vous n'avez pas observé d'éléments qui nous permettent de justifier une telle conclusion pour l'instant. J'aimerais, moi, aller un petit peu plus loin du côté des États-Unis. Je veux le regarder un petit peu parce que c'est le voisin le plus proche. C'est très clair que, dans ce document-là, qu'on le veuille ou non, il y a de l'américanisation là-dedans. C'est très clair.

M. Poulin: vous **semblez** et vous avez, d'évidence, par vos réponses, une connaissance assez profonde, exacte du non-système américain en matière de santé et de services sociaux. Les

quelque 45 000 000 d'Américains qui passent à travers le filet, qui sont, si on comprend bien, ni à Medicare-âgés ni à Medicaid-démunis, qui sont-ils? C'est quelle classe? C'est quel monde? Je vais vous dire pourquoi je pose cette question-là. On a souvent l'impression dans le débat public que, quand on parle des 46 000 000 d'Américains qui ne sont pas couverts par ce merveilleux monde de l'entreprise privée qui couvre les gens qui ne sont pas à risque, forcément - les gens des assurances nous ont expliqué ça de façon très claire et c'est normal puisqu'ils sont en business, dans ce sens-là... C'est qui, ces 45 000 000 d'Américains qui ne peuvent, qui n'ont pas de système et qui n'ont pas les moyens de se servir d'un système?

M. Poulin (Claude): Comme vous l'avez mentionné, les 40 000 000 ou 45 000 000 d'Américains, ce ne sont pas les personnes âgées qui sont couvertes par le système Medicare, les personnes de 65 ans et plus, ce ne sont pas non plus les indigents qui sont couverts par le système Medicaid, c'est-à-dire tous ceux qui sont en dessous du seuil de la pauvreté ont un système Medicaid, État par État. Ces 40 000 000 d'Américains, c'est la classe moyenne, c'est les travailleurs dans les petites entreprises, ce sont les chômeurs, ce sont ceux qui ont changé d'emploi, ce sont ceux qui ont été frappés par la récession dans les trois dernières années, mais ce sont aussi des avocats, des médecins, qui, même s'ils font des salaires faramineux, ne peuvent pas ou qui décident de ne pas s'assurer parce que les coûts sont prohibitifs. Si, par exemple, vous avez eu une crise cardiaque, que vous avez 45 ans et que vous êtes à votre compte, ne pensez pas pouvoir acheter une police d'assurance-maladie, c'est impossible, à moins de payer 25 000 \$ par année; à ce moment-là, on est aussi bien de rencontrer les frais soi-même. Alors, c'est un «cross-section», c'est la population américaine qui, en grande partie... C'est la classe moyenne qui est affectée par l'absence de système, présentement.

M. Trudel: Moi, ça me semble fondamental de refaire cette description parce que, effectivement, au niveau du débat public, on a toujours l'impression que ce sont les plus démunis. Quand on dit, au Québec, qu'on va, par exemple, désassurer un certain nombre de services, on sait comment ça commence, on ne sait pas comment ça finit, mais qu'on va toujours s'assurer que, par les crédits d'impôt, on va protéger ce qu'on appelle généralement les plus démunis, il faut bien se rendre compte que ce système a comme effet de flouer la classe moyenne et de faire en sorte que ceux qui passent à travers les trous du filet, c'est les gens de la classe moyenne qui vont devenir, soit non assurables, comme vous le dites, qui n'auront pas les moyens ou encore qui vont payer l'augmentation substantielle des coûts

parce qu'ils devront s'assurer ou faire en sorte que ce soit de source privée qu'ils se donnent les soins, et que ce sera la classe moyenne. Dans le débat de la fiscalité actuel - admettons que ce n'est pas une petite question, une petite conséquence de dire que c'est encore la classe qui est sur le... vous le savez très bien, c'est vos gens, c'est nos gens, c'est la majorité de la société qui est sur le bord de la révolte - on franchira peut-être un pas irréversible là-dessus. Ça me semble important de le dire.

Qu'est-ce qui fait, à votre avis, M. Daoust, M. Poulin, ou les gens qui vous accompagnent, que plus les dépenses de santé sont publiques mieux on contrôle les coûts, et c'est bien reflété dans le document? Parce qu'on peut avoir des reproches à faire sur le document, mais il y a quand même des éléments, des descriptions qui sont assez bien. C'est bien démontré que plus la part des dépenses publiques de santé est grande mieux on contrôle nos coûts. Qu'est-ce qui fait, à votre avis, que plus nos dépenses de santé sont publiques mieux on contrôle nos coûts, et l'inverse, plus on privatise, par exemple les États-Unis, je ne sais pas si on peut dire: plus on perd le contrôle, mais ça augmente substantiellement? Quel serait l'élément majeur du système qui ferait qu'on en arrive à un meilleur contrôle des dépenses publiques?

M. Daoust: Bien, écoutez, Claude pourrais vous en dire quelques mots, mais il y a la notion de profit. Dès le moment où on parle de privatisation et d'intervention du secteur privé dans le domaine de la santé, il y a inévitablement des rentabilités qu'on va exiger des capitaux qui sont investis, des investissements qui sont faits. Et, de temps à autre, ces profits-là n'ont pas de limite, vous le savez fort bien, ils sont limités par les lois du marché, sans aucun doute. Mais c'est un des facteurs qui doit être pris en considération quand on fait la comparaison entre les systèmes. Il y a le fait que, quand c'est assumé par un organisme public, il y a une volonté politique qui se manifeste, il y a un examen public de tout ce qui se fait, il y a un contrôle démocratique qui est exercé, il y a un débat qui accompagne toutes les dépenses de santé, il y a une transparence inévitable qui dort s'instaurer dans le système. Somme toute, il est la propriété collective de l'ensemble des citoyens et des citoyennes d'un pays. Et moi, je trouve ça extrêmement stimulant de voir que les organismes publics de cette nature-là - et ce n'est pas le seul et je ne ferai pas une longue intervention là-dessus - font la preuve que, dans leur fonctionnement, c'est moins coûteux que si c'était privatisé. Il n'y a pas rien que la notion de profit non plus. Il y a une conception fondamentale d'un fonctionnement en société et d'un examen méthodique quotidien rigoureux et d'un contrôle, évidemment, qui est assumé par l'ensemble de l'appareil démocratique dans notre

société. En tout cas, le système québécois fait bien la preuve qu'il est moins coûteux que le système privé américain et Claude Poulin pourra compléter la réponse là-dessus.

M. Poulin (Claude): Ce qui caractérise présentement le système américain, c'est un gaspillage énorme des ressources au niveau de la santé. Il y a une bureaucratie, des millions de fonctionnaires qui s'occupent de la paperasse au niveau des services de santé. Il y a une étude qui a été faite il y a deux ans, au Massachusetts, par Blue Cross/Blue Shield, la Croix Bleue. Ils se sont aperçus qu'il y avait plus d'employés de Blue Cross/Blue Shield au Massachusetts qu'il y avait d'employés de l'OHIP en Ontario. C'est aberrant, et c'est en plus des employés de Aetna, puis Metropolitan et Equitable qui ont toutes leurs petites polices, qui sont toutes des polices indéchiffrables. Ce sont des documents d'une trentaine de pages. Il y a des consultants, comme moi, qui font de l'argent aux États-Unis même si on ne fait pas du tout partie du secteur de la santé, parce que des gens viennent nous voir soit pour négocier des augmentations ou pour contrer des transferts de coûts de l'employeur aux employés, même si c'est tout à fait inefficace au niveau fiscal. Si c'est un employeur qui paie 10 \$ pour une prime d'assurance-maladie, c'est avant impôt; si un employé paie 10 \$, c'est après impôt. Mais en dépit de ça, présentement, il y a un transfert, ce qu'ils appellent «cost shifting». Ensuite, l'absence de rationalisation quand c'est privatisé.

Je demeure dans une région de Washington où il y a quatre hôpitaux. Chacun des quatre hôpitaux a son CATscan. Il y a des machines de diagnostic qui coûtent 5 000 000 \$ à 6 000 000 \$ chacune, même s'il y en a une autre à un quart de mille de là. Chacun des hôpitaux a son unité de radiologie, de cardiologie, de psychiatrie; à ce moment-là, il y a un doublement des services. Et ce qui arrive, c'est que les hôpitaux, maintenant, annoncent dans les journaux et annoncent à la radio, pour faire venir les patients, et là ça va être une piscine, ça va être des choses tout à fait aberrantes. Vous ne pouvez pas imaginer ici ce qui se passe là-bas. Pour attirer les gens, à ce moment-là, ils ont des télévisions en couleur, le câble, la piscine. C'est ça qui augmente les coûts.

M. Trudel: Ils ont avantage à être malades, quoi!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Quasiment!

M. Poulin (Claude): Présentement, ça coûte 700 000 000 000 \$, probablement plus de 700 000 000 000 \$, parce que je suis certain qu'il y a des coûts déguisés là-dedans. Ensuite, il y a

les procès aussi. Il y a des gens qui font carrière à témoigner comme experts dans des cas de «malpractice», d'assurance professionnelle, et aussi dans les cas où un employeur, parce que les coûts des retraités sont tellement élevés... Il pouvait y avoir une convention collective qui avait été entérinée il y a cinq ans et qui disait que tous les retraités étaient pour être couverts à vie. Là, maintenant, arrive un nouveau règlement du Financial Accounting Standards Board, FASB, qui dit aux compagnies américaines: Là, maintenant, vous allez devoir comptabiliser la valeur présente, la valeur actuarielle de tous les coûts de la santé que vous allez payer à vos retraités et aux employés dans les 25, 30 prochaines années. Alors, tout à coup, ça va faire partie des états financiers, puis ce sont, pas des milliards, des trillions - je ne sais pas le terme en français - mais c'est des montants extraordinaires. Donc, ce qui arrive, c'est que les compagnies transfèrent les coûts à leurs employés parce qu'elles ne peuvent pas... Ce qui arrive aussi, c'est que là les syndicats et les employés poursuivent l'employeur et on se retrouve en cour, d'autres coûts.

M. Trudel: Oul. C'est à se demander de quel côté de la frontière est la gangrène socialiste, n'est-ce pas?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Poulin (Claude): C'est très idéologique, c'est un problème idéologique.

M. Trudel: Tout à fait.

M. Poulin (Claude): Les Américains, depuis 1918, parce qu'ils avaient peur du bolchevisme, parlent de «socialized medicine» et ils ne s'aperçoivent pas et ils ne veulent pas voir que la médecine au Québec, de fait, est moins socialisée, que les professionnels de la santé ont plus de latitude ici qu'ils en ont dans le système d'un HMO aux États-Unis, que la population a plus de latitude ici qu'elle en a aux États-Unis, parce que, quand on est dans un HMO, on ne peut pas aller voir le psychiatre de notre choix ou le dermatologue de notre choix, c'est le HMO qui a son propre staff. Dans un sens, c'est une atteinte à la liberté privée, mais on a dépassé ça là.

M. Trudel: Si on est des affreux socialistes, Dieu merci! ils nous protègent de ce système.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Peut-être une dernière question, M. le député?

M. Trudel: Une dernière question et je vais passer la parole à ma collègue de Marie-Victorin. Écoutez, c'est incroyable qu'on manque de temps ici parce qu'il aurait fallu parler du virage CLSC

que vous proposez dans votre mémoire. Il nous aurait fallu parler de l'inévitable question, à la page 102 du document: la proposition gouvernementale, c'est de geler tout votre monde, pour le prochain cycle budgétaire, à **IPC** au niveau des salaires. La question, c'est, comme j'ai envie plutôt de la poser: Comme il faut sauver les acquis du régime, est-ce qu'une garantie du respect de la négociation et de participation à la richesse collective pourrait nous amener à une table pour réexaminer - je n'ai pas dit «réviser» - réexaminer ce qu'on appelle généralement la polyvalence, la rigidité des conventions collectives? Enfin, il y a un ensemble de questions et d'éléments de réponses que vous soulevez dans votre mémoire qui me semblent particulièrement intéressants. Je vais vous laisser là-dessus. Si vous avez l'occasion de me répondre à travers la question de ma collègue de Marie-Victorin, vous irez. J'ai promis, alors je lui laisse, M. le Président.

(10 h 45)

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Mme la députée de **Marie-Victorin**.

Mme Vermette: Tantôt, je vous écoutais parler, dire qu'ici les médecins ont beaucoup plus de latitude et de facilité pour faire leur pratique même si on dit qu'on est, entre guillemets, socialisant. Ce qui m'amène à vous parler d'une question, le panier de services. Vous dites qu'on a un éventail de services et qu'on produit mieux à des frais plus petits que ceux de l'Ontario, malgré tout, malgré notre éventail de services. Souvent, le ministre pense qu'il faudrait réduire notre panier de services. D'après vous, est-ce qu'il y aurait, justement, nécessité de réduire ou s'il faudrait regarder davantage, d'une façon plus globale, avant de réduire le panier de services?

Une voix: Revoir, ce n'est pas...

Mme Vermette: Non?

M. Côté (Charlesbourg): Revoir, c'est bien différent.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. Massé.

Mme Vermette: O.K. Revoir. Écoutez, je vais reprendre le terme parce que je ne veux pas offusquer le ministre, d'aucune façon.

Oes voix: Ha, ha, ha!

Mme Vermette: Alors, je vais reprendre, je vais dire revoir le panier de services, si vous voulez.

M. Trudel: Ce n'est pas gênant de le faire...

Une voix: Revoir à la baisse ou à la

hausse?

Mme Vermette: Ah bien! là...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Vermette: On peut faire des transferts aussi.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. Massé.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non, juste pour être bien clair. C'est que, si on est pris avec des problèmes de coûts et que tu veux ajouter des problématiques nouvelles dans ton panier, il va falloir que tu questionnes quelles problématiques sont un petit peu vieillottes dans notre panier. C'était ça, la question. Je vais avoir des bons exemples avec les prochains groupes.

M. Massé: Effectivement, on pense qu'on devrait revoir notre panier, mais à la hausse.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Massé: Je pense que, pour le moment, on est encore au creux de la récession, et tout ça. Mais on pense que la question devrait être posée autrement. C'est la question: Nos contrôles sont-ils encore aussi assez efficaces? Et, effectivement, au niveau des dépenses de santé, dans notre mémoire on vous présente plusieurs suggestions sur la carte d'assurance-maladie. On sait qu'il y en a encore 400 000 en circulation au Québec. Vous pourriez vérifier ça, je vous donne ça dans le mille, la carte de René Lévesque, il y a quelqu'un de nos connaissances qui nous a dit dernièrement qu'il recevait encore chez lui le renouvellement de la carte de René Lévesque. Et ça, on voit ça un peu partout. Il y a toute la question aussi des actes médicaux. Moi, je suis convaincu que la majorité des médecins, c'est du monde fiable, c'est du monde honnête, mais on sait quand même qu'il y a une fraude là. Des examens médicaux: dernièrement, dans ma parenté proche, j'allais chercher des certificats médicaux pour ramener à un autre médecin et on voulait me charger une visite. Et ça, c'est courant, on voit ça à tous les jours. Ça, c'est des affaires qu'il faudrait réviser. Toute la question d'aller chez un généraliste qui nous envoie chez un spécialiste qui nous retourne chez le généraliste, on voit ça à tous les jours aussi. On pense qu'il faut resserrer des contrôles à ce niveau-là.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): En terminant.

M. Massé: En tout cas, je pense que toute la question est là. Vous avez soulevé tantôt la question de l'organisation du travail. Quant à

nous, à la FTQ, on est prêts à regarder et à réfléchir de façon très **sérieuse** sur l'organisation du travail. On se cherche un partenaire pour réfléchir, en face de nous autres.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci.

M. Trudel: Je veux vous remercier tout de suite...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Rapidement.

M. Trudel: ...parce que notre temps, évidemment, est aussi précieux et ça s'écoule rapidement. **Peut-être** le ministre aura-t-il une question, lui, en terminant? Je vous remercie. Je pense que la phrase la plus simple qu'on peut dire ce matin, c'est: fidèle à la tradition de la FTQ. La qualité: fouiller des avenues qui sont assez originales, bien saisir le problème. Et d'avoir amené avec vous, ce matin, M. Poulin, actuaire, nous démontrer les véritables acquis du système et comment on peut les protéger, ça aussi, c'est encore fidèle à l'ouverture d'esprit et à la créativité de la FTQ. Merci beaucoup de cette contribution.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le ministre, rapidement.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, M. le Président, tout en remerciant la FTQ de sa contribution, ce que je comprends, c'est que ce n'est pas la dernière parce qu'il y aura d'autres débats encore plus larges, nous le souhaitons. Premièrement, un petit défi très simple à tous ceux qui vont venir, parce qu'on en a encore pour deux jours, y compris la FTQ, y compris ceux qui sont passés: Trouvez-moi dans ce document-là une place où on dit: C'est le modèle américain qu'on veut prendre. Je mets au défi tout le monde.

Une voix:...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): On remercie les gens...

M. Côté (Charlesbourg): Un instant. Je n'ai pas fini. S'il vous plaît!

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Oui. On est (ci jusqu'à jeudi).

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Si on veut un débat ouvert, transparent et non démagogique, on va pouvoir se dire un certain nombre de choses et, lorsqu'on tire la conclusion qu'à partir du moment où le régime est à 77 % public et qu'on le maintient substantiellement **public**, on ne tirera pas la conclusion qu'on glisse vers un

système privatisé. S'il vous plaît, là! Je pense qu'il y a un certain nombre de choses qu'on va se dire au cours de la journée. Finalement, je pense que c'est assez intéressant, lorsqu'on regarde la page 115, M. le Président, on a tendance à vouloir se comparer aux États-Unis alors qu'on dit que c'est le pire. Alors, regardons ce qui se passe en bas, la page **115** est assez révélatrice à ce niveau-là, et on va voir ce qu'on peut faire pour améliorer notre système.

En terminant, un petit message à la FTQ: Dites à vos gars de construction que je ne peux pas en même temps vous recevoir ici et vous recevoir à mon bureau de comté, parce qu'ils sont là puis ils m'attendent.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Bon. Très bien. Merci aux gens de la FTQ. J'invite maintenant la Confédération des syndicats nationaux.

Bienvenue à la Confédération des syndicats nationaux. M. **Larose**, vous avez des Invités qui vous accompagnent?

CSN

M. Larose (Gérald): Je vous présente, à ma gauche, la vice-présidente responsable à l'exécutif de la CSN du dossier santé, Mme Céline **Lamontagne**, accompagnée de Francine Lévesque, responsable politique et vice-présidente à la Fédération des affaires sociales, accompagnée de Hélène Choquette, du service de la recherche de la CSN, et de Suzanne Clément, qui est la présidente du secteur des technologies médicales à la CSN; à ma droite, Claude Saint-Georges, du service de la recherche de la CSN, et Serge Landry, de la Fédération des professionnels salariés et des cadres du Québec.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, vous connaissez la procédure. Allons-y.

M. Larose: On vous a fait parvenir un mémoire d'un certain nombre de pages. C'est mon intention plutôt de le résumer, un peu à ma manière, pour ouvrir le débat et y participer pleinement avec l'ensemble de la délégation qui m'accompagne.

Je n'ai pas à élaborer longtemps sur l'intérêt que la CSN porte à cet acquis social fort important. Depuis 30 ans qu'on s'y intéresse, on s'est largement impliqué dans chacune des opérations, plus particulièrement notamment à la faveur de (a) commission Rochon; notre organisation en a profité à ce moment-là pour pouvoir développer l'ensemble de ses positions sur chacun des éléments. De cette opération, nous attendions une politique de la santé et du bien-être qui se fait toujours attendre. On nous la promet pour mai-juin, mais il faut déplorer qu'on soit appelés

à disposer d'éléments qui pourraient être la conséquence d'une politique de santé et de bien-être, mais on procède un peu à l'envers pour l'instant.

On s'est beaucoup investi dans le dossier de la restructuration, la loi 120. Aujourd'hui, on nous demande de disposer de la question du financement. On a devant nous un document ministériel fort imposant, **mais** ce qui nous surprend un peu, c'est le rythme de la réflexion que le ministre souhaite faire. Il souhaite mener ça tambour battant. On a très exactement deux mois. Vous l'avez déposé le 18 décembre; le 14 février, tout doit être emballé. C'est beaucoup pour un contrat social qui lie les riches et les pauvres, les jeunes et les vieux, les bien-portants et ceux qui le sont moins. Il me semble que deux mois, c'est pas mai. Mais, **si** ça augure d'une certaine célérité pour d'autres débats, celui de la fiscalité, on est prêts à relever ce défi-là et en comptant que vous serez un partenaire efficace pour précisément commettre le gouvernement sur une réflexion sur la fiscalité.

Mais, pour l'instant, sans être soupçonneux outre mesure, on pense qu'il y a là une job de bras qui est en train de se faire avec beaucoup, je dirais, de fantaisie dans les mouvements, mais il nous semble que la tendance lourde nous conduit à quelque chose qui va représenter un moins plutôt qu'un plus pour la société québécoise.

Rentrons dans le **vif** du sujet. Apparemment, nous aurions des problèmes de financement. On va en convenir rapidement, **mais** il faudrait d'abord se l'expliquer. Je vous rappelle que, lorsque vous êtes arrivés au pouvoir, vous nous avez soumis à deux traitements de choc: un document qui s'est appelé «L'urgence d'un redressement», c'était un énoncé de politique budgétaire **qui** disait qu'il fallait casser le cercle infernal de la taxation-chômage-taxation, et là il y avait un certain nombre de mesures très libérales, plutôt rétrolibérales; en même temps, vous nous avez fait subir la lecture de trois floppées de sages qui ont commis toutes sortes de propositions. Mais tout ça était la même sauce. C'est le **privé** qui génère la richesse, l'emploi, le bien-être. Les investissements sont bien plus productifs quand ils sont faits par le privé que par le public. Le public a le grave défaut de procéder à des ponctions sur la richesse collective. Donc, moralité: il faut que le **public** se retire pour laisser toute la place au privé, mais, si possible, en aménageant quand même quelques bonnes conditions pour permettre au privé de faire sa job. Donc, la privatisation, la déréglementation, puis une fiscalité moins pénalisante pour les gagnants.

Puls, vous n'avez pas tout **fait**, **mais** vous en avez **fait** des grands bouts, précisément sur la fiscalité. Je vous rappellerai que, si on a des problèmes dans la caisse en 1992, c'est parce que vous avez couru après. Vous avez très exacte-

ment procédé à une réforme fiscale et, là-dessus, vous n'étiez pas très société distincte, vous avez copié le fédéral, en abaissant radicalement les «brackets» d'impôt pour les hauts salariés, en abaissant également du côté des entreprises et en procédant également à un transfert de la fiscalité vers la consommation. C'est ce qu'on a appelé des pratiques fiscales rétrolibérales **qui** étaient supposées nous amener vers un mieux-être collectif sensible.

(11 heures)

Résultat net, au moment où on se parle, c'est 20 % d'exclus du marché du travail, c'est un appauvrissement réel de l'ensemble de la population, c'est un taux de morbidité sociale qui a augmenté, c'est une sollicitation accrue auprès des services publics qui, entre-temps, eux, ont quand même continué à subir des restrictions. On manque d'argent. C'est parce que, pour la période de croissance économique la plus longue depuis la dernière guerre, où les taux de profit, notamment, ont augmenté de 132 % alors que le produit intérieur brut a augmenté de 35 %, le gouvernement a décidé de faire des cadeaux. C'est ça qu'il a **fait**, il a décidé de faire des cadeaux, et il se retrouve, en 1992, avec une caisse qui, apparemment, ne pourrait plus supporter l'ensemble de ses responsabilités.

Il est clair qu'on est dû pour un débat sur la fiscalité. L'exécutif de la CSN est en tournée. Hier, nous étions à Sherbrooke; demain, nous serons à Trois-Rivières; la semaine dernière, nous étions à Québec; la semaine d'avant, à Rimouski. Nous sommes en tournée sur la fiscalité pour réhabiliter la fiscalité dans l'opinion publique et, là-dessus, j'ai hâte qu'une couple de politiciens prennent le relais parce que c'est leur job. La fiscalité, ce n'est pas une maladie honteuse pour une société, c'est l'outil principal de la vie en société parce que c'est la caisse commune qui nous permet de financer nos choix collectifs. On reviendra sur la fiscalité dans le débat si ça vous intéresse.

Parions du coût du système de la santé et des services sociaux. On prend pour acquis que l'ensemble est sous contrôle, puis tout le monde nous le dit et vous l'affirmez aussi dans votre document; grosso modo, l'ensemble est sous contrôle. On note, par ailleurs, qu'il y a une expansion accélérée du secteur privé dans le domaine de la santé. Le Québec a gagné ses galons **là-dedans** depuis les dernières années. Mais on note que depuis au moins 10 ans il y a une offensive permanente des gouvernements à vouloir agresser le régime tel qu'il existe. On nous parie de ticket modérateur. Les rapports des sages avaient toutes sortes de propositions pour en privatiser des grands bouts. On parle d'impôt-services. Bref, on note qu'il y a une offensive **qui** se met en place depuis un certain temps pour essayer de diminuer les coûts, nous dit-on, et diminuer le financement par les impôts et les taxes. Nous, on ne se paye pas d'illusions,

et on vous le dit carrément, on ne peut pas diminuer les coûts, on ne peut pas diminuer le financement par les impôts et les taxes. Il va falloir en mettre davantage parce que les besoins évoluent et changent, le vieillissement de la population est une réalité, le renouvellement des installations, des équipements est une réalité également. Mettre l'équivalent de l'IPC plus 3, 5 %, il n'y a pas là de scandale. Il s'agit de savoir ce qu'on fait avec ce qu'on a et ce qu'on va faire avec les 3, 5 % qu'on veut rajouter. Je pense que vous vous adressez à des gens qui connaissent un peu le réseau. La CSN en représente 100 000 dans toutes les catégories. On sait c'est quoi la situation actuelle de l'ensemble des réseaux.

Il n'y a aucune démonstration qui a été faite, soit dit en passant, contrairement à ce que le Conseil du patronat essaie de valider, que la gratuité nuit à l'accessibilité ou que la gratuité invite à la surconsommation. Il n'y a pas d'étude très évidente qui conclut à ça. Nous, on pense que, s'il y a des abus dans les entourmures, il y a moyen de les régler. Vous avez réglé les urgences, oui ou non? En ajoutant beaucoup ou bien en réorganisant autrement? Alors, on pense que c'est la piste à exploiter.

Alors, c'est quoi nos objectifs à nous? Nos objectifs sont les suivants: faire plus avec ce qu'on a, parce qu'il n'y a pas de drame au niveau des coûts, c'est sous contrôle; on veut élargir le régime parce que c'est «capitaliste» rentable et, surtout, on voudrait que ceux qui sont les responsables politiques des services publics redonnent la fierté de nos instruments collectifs. Ça, ça fait trop longtemps qu'il y a des gens qui ont méprisé et qui dévalorisent un acquis aussi important.

Faisons quelques critiques d'un certain nombre de propositions que vous nous faites. La première, un impôt-santé, c'est un gadget. C'est un gadget, l'impôt-santé. On n'est pas du tout d'accord pour une fiscalité élargie. Pourquoi on n'aurait pas un impôt-SQ avec une case «combien nous coûtent les délateurs»? Pourquoi pas? Bon! Alors, on trouve que c'est farfelu, un impôt-santé.

Deuxième critique qu'on va vous faire. Vous dites: Il ne faut pas augmenter les impôts, les taxes, mais on pourrait faire tarifier un certain nombre de services. Donc, en fait, taxer la maladie. Bien, taxer la maladie! Vous taxez les spectacles, c'est des taxes. On pense que celle-là est plus dégradante, par ailleurs, au plan social.

Les éléments de privatisation, je viens d'entendre le débat sur le système américain, je n'en rajoute pas. Un autre, c'est de faire payer les médicaments pour les personnes âgées, on vous trouve un peu... un peu Rambo là. Je ne voulais pas le dire trop fort.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): J'ai...

M. Larose: On trouve ça gros. Parce que, quand on est une personne plus âgée, qu'on a payé ses médicaments par des assurances quand on était au travail, y «aurait-u» moyen de profiter de la solidarité «intergénérationnelle», si on peut dire? Il me semble que c'est là une certaine qualité de civilisation qu'on s'est donnée et qu'on peut continuer à se donner.

Maintenant, ces critiques étant faites, 10 propositions. On n'est pas rien que des «critiqueux», on fait des propositions. Nous, on dit qu'il faut d'abord prendre les problèmes par le gros bout, pas prendre le problème par tous des petits bouts, le prendre par le gros bout, revoir l'utilisation des ressources. Lors de la commission Rochon, nous, on avait fait des grands plaidoyers pour dire que, globalement, notre système souffrait du fait qu'il était trop médico-hospitalier. Il n'y a rien que des docteurs dans votre patente. C'est important des docteurs, mais la maladie, ce n'est pas rien qu'un «body» qui ralentit et qui tombe en panne. La maladie, c'est quelqu'un qui a mal dans tout son être et ça a des questions d'environnement, puis ça a des questions de vie en société. Bref, c'est une réalité biopsychosociale. Donc, trop médico-hospitalier, pas assez de prévention, sous-développement du secteur social et sous-alimentation des institutions de première ligne, notamment les CLSC. Depuis que ça a sorti, ce rapport-là, aucun correctif n'a été apporté. Je vous rappelle que, dans le socio, ça a augmenté de 60 %, mais, dans le médical, de 73, 5 %. À part de ça, les médecins, eux autres, par rapport à la population qui a augmenté de 0, 44 %, ont augmenté de 2, 7 %. Mais on n'en veut pas aux médecins, là. On veut seulement qu'ils occupent la vraie place qu'ils doivent occuper.

On prend note qu'on n'a pas de pénurie au niveau des médecins, ni des spécialistes, ni des généralistes, mais notre premier point, par exemple, c'est de revoir leur statut et leur salaire. Oh, mon Dieu! ça va faire mal là. On est dans un système qui permet l'«entrepreneurship» privé dans un système, disons, de gestion collective. Ça a des graves défauts. Il y a des études qui nous disent que, de 1970 à 1983, 33 % de l'augmentation des frais est due à l'augmentation des actes. On ne veut pas dire qu'il y a des actes superflus, mais, si c'est la stratégie principale pour maintenir le niveau de revenu, on trouve qu'il y a là un vice de mécanique.

Notre proposition, c'est de promouvoir le salariat. D'ici deux ans, 50 % des médecins devraient être à salaire. Et, au plan des salaires, eux autres, ça monte en escalier roulant alors que le monde ordinaire, ils y sont par l'escalier de secours. Par rapport à la moyenne salariale, les médecins sont, à l'heure actuelle... attendez que je retrouve mes chiffres, à 3, 85 %. En 1981, ils étaient à 3, 57 % par rapport au salaire moyen.

Savez-vous qu'au Danemark et en France - tout le monde connaît la France - c'est autour de 2 %? Alors, **il** faudrait **peut-être** à un moment donné qu'on trouve le moyen d'attacher au minimum la moyenne salariale des médecins à la moyenne qui est payée dans le réseau. Je pense que ça ne serait pas une mauvaise affaire. On se faisait des calculs. Au lieu de 3,85 %, si c'était 3,50 %, il y aurait là une économie de 144 000 000 \$. **Imaginez-vous** si c'était à 2 %! On n'ose pas... ce n'est pas ça qu'on propose, mais...

Deuxième proposition: réallouer les ressources. **Il** faut déplacer vers les CLSC, il faut déplacer vers les centres d'accueil d'hébergement, il faut déplacer en région, en même temps qu'on doit déplacer des services ambulatoires et de chirurgie mineure. Là-dessus, votre saga de cet été, ça n'a pas été un succès. Votre restructuration pour permettre des déplacements de ressources comme ça, ça n'a pas été tout à fait un succès. Comme vous le disiez, ils allaient rencontrer Jésus-Christ; comme de fait, ils l'ont rencontré et ils l'ont crucifié.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Troisième proposition...

M. Côté (Charlesbourg): Mais on va compléter le cycle tantôt.

M. Larose: O.K.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense que l'histoire...

Une voix: Il ressuscite.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, il ressuscite aussi.

Une voix: La résurrection.

M. Larose: Ah, il est ressuscité après!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Bien, on a hâte. On a hâte. On va se faire des agapes.

Une voix: Pâques s'en vient.

M. Trudel: Il faut dire que le diable s'en est mêlé aussi.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Troisième proposition...

M. Côté (Charlesbourg): Ça, c'est Augustin?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Troisième proposition...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Je ne veux pas être l'empêcheur de tourner, mais **il** vous resterait deux minutes...

M. Larose: Deux minutes?

Le Président (M. Paradis, Matapédia): ...si vous voulez échanger par la suite avec les parlementaires.

M. Larose: O.K. Bien, je vous résume ça. La délégation d'actes. **Il** faudrait qu'on **slaque** sur la poulie pour permettre à d'autres professionnels d'assumer des actes qu'ils sont capables d'assumer; on pense aux infirmières, notamment aux médecines alternatives.

Quatrième proposition: la régionalisation qui est déjà en route. On espère qu'en bout de ligne ça va vouloir dire plus de transparence.

Cinquième proposition: accroître des ressources dans le social. Je vous rappelle que 1 \$ dans la prévention, c'est 3 \$ de sauvés dans le **curatif**. Et on a à peine 22 % de notre budget qui va dans le social, encore moins dans le curatif. Alors, il faudrait faire des «moves» de ce côté-là.

Sixième proposition: nous, on veut que vous bloquiez les ressources dans le secteur hospitalier à **IPC**, un point c'est tout. Les 3,5 %, ça devrait aller du côté du maintien à domicile, dans le psychosocial et dans la prévention.

Septième proposition: une **assurance-responsabilité** pour les médecins, type «no fault», pour ne pas qu'on connaisse les folles que les Américains se paient de ce temps-là.

Huitième proposition: dans le but, précisément, de réduire l'écart au niveau de la santé et de réduire les coûts globaux, nous, nous proposons que le système s'élargisse pour le système dentaire et pour les médicaments. Si on convertissait toutes les assurances privées et que ces assurances privées là étaient investies dans le système **public**, on pourrait couvrir toute la population. Donc, élargir pour les dents et pour les médicaments.

Neuvième proposition: la commission sur la fiscalité. Vous en avez parlé tantôt, on pourra en parler.

La dixième proposition, c'est: oui, au plus sacrant, à une politique de santé et de bien-être pour qu'on puisse travailler sur l'environnement à toute cette réalité-là, pas rien que sur les pots cassés qu'on a à ramasser. Je vous remercie.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. Larose. M. le ministre.
(11 h 15)

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Évidemment, c'est une présentation très imagée et on n'en attendait pas moins...

M. Larose: Et synthétique, hein?

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Dans un premier temps, est-ce que je vous saisis bien en disant: il y a **peut-être** un problème de finances publiques, mais, s'il y en a un, c'est de votre faute, comme gouvernement?

M. Larose: Oui. Et vous n'êtes pas tout seul, il y a l'autre aussi de l'autre bord.

M. Côté (Charlesbourg): L'autre bord de l'Outaouais, là?

M. Larose: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Mais il peut y avoir un problème, effectivement, de finances publiques, et on fait porter le débat sur la fiscalité, ce qui est votre affirmation, en disant qu'il y a **peut-être** eu des mauvais choix sur le plan de la fiscalité qui ont été faits et les marges de manoeuvre, ce que j'ai compris tantôt, qui se sont dégagées sont davantage allées vers le développement davantage privé, ce que vous appelez tantôt le miracle privé. Est-ce que je vous saisis bien quand on dit ça? Et je vais vous dire où je veux déboucher. Le débat sur la fiscalité - je n'ai pas caché mes couleurs, tantôt, sur le plan personnel - est-ce que vous êtes du même avis que la FTQ, puisque, tantôt, on a abordé la question sur le plan de la fiscalité... Si l'exercice d'une discussion publique sur la fiscalité doit nécessairement déboucher sur une même masse de revenus, globalement, **et** que c'est la répartition de la charge fiscale qui doit être vue, si ça nous mène vers un meilleur équilibre, **dépendamment** des points de vue dans notre société, un meilleur équilibre entre le riche et le pauvre, entre la compagnie et l'individu, mais, au bout de la ligne, ça ne débouche pas sur des revenus additionnels dont le gouvernement aurait besoin, est-ce que votre ouverture est aussi grande que celle de ceux qui vous ont précédés à la barre sur... À partir du moment où on fait une discussion, on en fait une qui est large et on ouvre des portes, dans le sens que si elle doit être transparente, fa discussion, on va l'être, mais, évidemment, elle va aboutir sur un certain nombre de constats, j'imagine.

M. Larose: O.K. On est en train de faire une tournée, nous, à travers le Québec, précisément sur la fiscalité. On sent qu'il y a un ras-le-bol par rapport à tout ce qui est taxe, impôt, TPS, TVQ. D'où vient ce ras-le-bol? Le ras-le-bol ne vient pas du fait, contrairement à un cliché que les lignes ouvertes essaient de répandre rapidement, que le Québec serait la

province la plus taxée au monde. On est les 17e sur 23. Notre problème, ce n'est pas qu'on est trop taxés. Notre problème, c'est que la répartition est mal faite. Il y a du monde qui paie trop d'impôt pour d'autres qui n'en paient pas assez. Donc, le premier objectif, oui c'est un objectif d'équité. Le deuxième objectif, c'est un objectif de volume. Nous, derrière notre proposition, notamment pour la santé, c'est de dire: Si on en met plus dans le système pour assumer davantage de responsabilités comme société, nous faisons des économies. Alors, c'est ça, notre objectif, nous, c'est de régler d'abord, et c'est évident qu'il faut le régler parce que c'est dangereux d'alimenter une révolte populaire comme celle qui se dessine à l'heure actuelle, régler la question de l'équité. À partir du moment où on règle la question de l'équité, on pense qu'on aura bien moins de problèmes à discuter de la question du volume de la taxation.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, c'est presque un rendez-vous qu'on se doit d'avoir, à mon point de vue, pour, effectivement, faire en sorte que les gens en aient pour leur argent et qu'il y ait aussi la démonstration qu'ils en aient pour leur argent. Je pense que c'est un débat que nous devons avoir au Québec actuellement. Encore une fois, avec la distinction que c'est mon opinion personnelle et j'aurai mon travail à faire sur le plan de convaincre des collègues de cela aussi.

M. Larose: Il paraît que, quand vous vous exprimez, ça compte.

M. Côté (Charlesbourg): Bah! On verra.

Une voix:...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, M. Morin?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Il ne fait pas partie de notre délégation, hein!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je vais y aller d'une question qui nous amène à parler d'efficacité, d'efficacité. Je me retrouve dans plusieurs des mesures que vous proposez. Évidemment, il y a des variantes. Sur le plan médical, je pense qu'il faut quand même dire, au-delà de notre interpellation du corps médical, que, lorsque dans le document on dit que nos coûts sont sous contrôle, dû en bonne partie au contrôle qui a été imposé sur le plan des salaires, ça inclut aussi les médecins sur le plan du contrôle de la rémunération. Je pense qu'on ne serait pas corrects aujourd'hui si on ne le répétait pas. Ils en font partie aussi. Ils sont

peut-être en nombre supérieur par rapport à nos besoins, mais, de manière globale, sur le plan de la rémunération, lorsqu'on compare à ce qui se fait en Ontario, à ce qui se fait aux États-Unis, je pense qu'on est dans une situation aussi où il y a eu des contrôles qui **sont** assez importants. **Ceci** étant **dit**, ça ne veut pas dire qu'il ne reste pas de l'espace et du travail à faire à ce niveau-là.

Si, demain matin, on disait au chef d'une centrale qui représente plus ou moins 100 000 personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux qu'il y a des gains de productivité à avoir, qu'il y a une interpellation du normatif lourd **qu'il** faut avoir, et qui soit une discussion très ouverte à ce niveau-là, et qu'on remette un certain nombre de choses dans la discussion, est-ce que vous seriez ouvert à ce genre de discussion? Et je vais aller plus loin.

Tout le monde qui est passé ici la semaine dernière est venu nous dire: Voici telle place où on peut avoir des économies. Les médecins sont venus nous le dire, l'AHQ est venue nous le dire, à peu près tous les intervenants, les médecins de départements de santé communautaire. On nous a identifié un certain nombre d'endroits où il y avait des économies possibles. Ils ont dit: Votre problème, c'est que vous n'avez pas à l'intérieur de vos systèmes de l'incitatif. Donc, si vous avez de l'incitatif, il va **peut-être** y avoir des chances qu'au bout de la ligne on vous indique des pistes et de travailler ensemble à avoir ces rendements-là sur le plan des économies. Est-ce que vous seriez ouvert à une discussion plus large sur l'ensemble des mesures - oublions le salarial, ça, c'est une autre affaire - mais des discussions sur le normatif lourd et qu'on puisse, au bout de la ligne, trouver le moyen d'avoir certains incitatifs pour les travailleurs dans la mesure où il y a des mesures qui pourraient être revues?

M. Larose: Quand vous parlez d'incitatifs, c'est quoi ces incitatifs?

M. Côté (Charlesbourg): C'est-à-dire que ça pourrait être... S'il y a des économies, il pourrait y avoir un partage de ces économies-là.

M. Larose: D'abord, je vais vous dire: Nous, on ne croit pas du tout aux incitatifs économiques. C'est-à-dire, si on se donnait des stratégies pour que les gens soient fiers de leur travail, c'est le principal incitatif. Donc, c'est tout le dossier de l'organisation du travail. Je pense que notre organisation, dans le passé, a fait un certain nombre de propositions pour essayer de travailler sur l'organisation du travail. Je vous donne juste l'exemple de la précarisation des emplois ou les emplois à temps partiel sur lequel on a essayé, **puls** on a réussi en partie, à faire en sorte qu'on puisse recomposer des postes à temps complet, etc. Il y a eu bon nombre de propositions pour améliorer ou réorganiser le

travail.

En étant très clairs entre nous, la CSN et, je suis sûr, les travailleurs du réseau, dans un débat, j'allais dire, d'égal à égal, dans un débat où on met sur la table toute la réalité, on sera toujours heureux d'ouvrir le dossier de l'organisation du travail. Mais, si ça veut dire la consolidation de la structure telle qu'elle existe, de la structure très médicalisée, si ça veut **dire** le renforcement de l'autoritarisme de la structure d'encadrement, ça, on ne fera pas partie de ce voyage-là, pas du tout! Les intuitions que nous avons concrétisées dans bon nombre d'Institutions et d'entreprises, c'est lorsqu'on réfléchit une organisation du travail qui responsabilise les travailleurs et les travailleuses, qui leur donne une autonomie d'action et une capacité, je dirais, collectivement d'assumer leurs responsabilités. Bref, un cadre de travail qui fait en sorte qu'on investit davantage dans la **main**-d'oeuvre. Là-dessus, je suis sûr que les gens vont être heureux de faire ces **débats-là**.

M. Côté (Charlesbourg): J'aborde cette **question-là** parce qu'elle me paraît au coeur de nos échanges futurs. Quand on regarde ce qui se passe en parallèle dans le secteur privé, les syndicats ont fait une démonstration de leur ouverture à un contrat qu'on **dit** social avec l'entreprise privée, et il y a des exemples dans lesquels vous êtes impliqués, où il y a eu, bien sûr - j'imagine que ça a été fait d'égal à égal, comme vous venez de l'évoquer - une révision d'un certain nombre de choses qui permettent, à l'occasion, de sauver l'entreprise privée et de continuer à procurer de l'emploi aux travailleurs. Quelles sont les conditions qu'on devrait mettre sur la table pour qu'on puisse entreprendre une démarche comme celle-là dans le secteur public, disons pour celui qui nous préoccupe actuellement, santé et services sociaux? Puis le message de la fierté que l'AHQ est venue nous dire aussi, et d'autres intervenants la semaine dernière, des cadres intermédiaires, sont venus nous dire aussi que c'était une question de fierté, qu'il y avait des travailleurs qui étaient moroses et **qui**, à l'occasion, prenaient une journée de congé de maladie parce qu'ils n'en pouvaient plus à l'intérieur du système ou de la manière dont ça s'exerçait. Quelles sont les conditions qu'il faut mettre sur la table pour qu'on puisse amorcer un échange comme celui-là, comme vous le souhaitez, d'égal à égal? C'est quoi les conditions qu'il faut mettre là?

M. Larose: Bon. Mol, je pense que la première chose, c'est qu'il faut d'abord qu'on reconnaisse l'héritage qu'on a à gérer. Dans le secteur public, particulièrement dans le réseau des affaires sociales, on a un héritage très lourd. Je ne veux pas remonter trop **loin**, mais le matraquage systématique que les salariés du secteur public ont subi, les agressions carac-

térisées notamment à travers la loi 160, je vous dirai que ça a passablement - j'essaie de trouver le terme parlementaire - perturbé, disons, les climats, et la dose de scepticisme est très forte. Je pense que la première condition, en mettant en plan... En tout cas, si on prend notre propre expérience dans d'autres lieux de travail, c'est d'abord la reconnaissance pleine et entière des parties qui se font face et, ensemble - quand je dis ensemble, c'est au niveau de ceux qui sont mandatés pour ça - il faut qu'il y ait un diagnostic très précis de partager à la fois sur **l'héritage** et c'est quoi qu'on veut atteindre comme objectif. Parce que, derrière votre question, je soupçonne que vous aimeriez que je vous dise qu'on va renvoyer ça dans le champ, comme ça, **puls** chacun va faire ce qu'il va vouloir. Là, on va scraper tout le procédé.

M. Côté (Charlesbourg): C'est-à-dire que, quand on parle de normatif lourd, vous savez ce dont on parle et on parle aussi de mobilité parce que ça a été la question qui a été évoquée à quelques reprises.

M. Larose: Oui, mais...

M. Côté (Charlesbourg): Quant à l'inquiétude de dire: On va envoyer ça dans le champ sur le plan local, moi, je pense qu'il y a des choses à faire sur le plan **local** et, évidemment...

M. Larose: Mais à partir du moment où on s'est entendus en haut: C'est quoi qu'on fait...

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui, c'est ça.

M. Larose: ...c'est quoi qu'on veut faire et c'est quoi les objectifs qu'on veut atteindre?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, et je pense que ça prend un cadre assez clair en termes d'orientation. Évidemment aussi, il ne faut pas que, tant du côté syndical que du côté gouvernemental... parce que le pouvoir central fort, ça vaut aussi au niveau des gouvernements et ça vaut aussi au niveau des syndicats - ça, c'est clair, bon, il faut se le dire de manière très claire. Par nos parties patronales ou par des organismes centraux, c'est toujours plus facile de gérer sur le plan central puis de descendre en bas, et j'imagine pour vous autres aussi, que de laisser du souffle un peu sur le plan local pour faire un certain nombre d'aménagements qui pourraient être profitables au système. Si ça prend un cadre général pour être capable d'aller en bas, de discussions à votre niveau et au niveau gouvernemental, que l'ouverture soit là, je trouve ça bon et il va falloir finir par s'adresser à ça.

M. Larose: Est-ce que vous permettriez?

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui.

M. Larose: Je pense que Céline, c'est là-dessus que...

Mme Lamontagne (Céline): Je veux ajouter peut-être deux ou trois remarques. D'abord, quand on **parle** de remettre en question ou de discuter du normatif, je voudrais juste rappeler que, dans le passé, les travailleurs et les travailleuses du réseau ont fait la preuve qu'ils étaient capables de s'asseoir et de s'ajuster à de nouvelles réalités. Je prends la question de la désinstitutionnalisation où c'était toute une nouvelle façon de voir, une nouvelle organisation des services dans ce secteur-là, et où on s'est assis et on a regardé comment on pouvait réorganiser notre propre travail. Les succès de la «désins», on pourra en réparer à une autre table, ce n'est pas si merveilleux que ça, sauf qu'il y a eu un effort puis il y a une volonté encore des éducateurs et des **éducateurs**, particulièrement dans ce réseau-là, de se réorganiser pour donner de bons services, quitte à ce que leur travail soit transformé ou changé. Je pense que c'est un témoignage qu'on est capable de faire ça.

(11 h 30)

Deuxièmement, l'organisation du travail, **Gérald** en a glissé un mot. Actuellement, c'est les médecins - on revient toujours là - qui décident des actes de chacune des professions dans le réseau, en tout cas, qui en décident une bonne partie. Donc, c'est subordonné continuellement à la décision du cadre médical. Ça aussi, il faut regarder ça si on veut rendre les autres professions autonomes et confortables avec le travail qu'ils ont à faire.

Troisième remarque, c'est qu'il faut aussi que les administrations locales changent. Je sais que, la semaine passée, vous avez parlé de la santé et de la sécurité au travail et que ça coûtait bien cher dans le réseau. Bien, je comprends que ça coûte très cher dans le réseau parce que, entre autres dans les centres hospitaliers, les employeurs se comportent comme les plus arriérés du secteur privé face aux accidents du travail. Je peux sortir des tas d'exemples. Vous parliez de mobilité, tout à l'heure. **Il** y a un cas qui a été porté à ma connaissance, celui d'une travailleuse. Ses camarades de travail étaient prêtes à changer l'organisation du travail pour permettre qu'elle revienne au travail parce qu'il y a des tâches qu'elle ne pouvait pas faire dans la cuisine; l'employeur ne veut pas la reprendre et on va payer sur la CSST pendant deux ans. **Il** y a plein de cas de même dans les hôpitaux. Je pense qu'il y a aussi des attitudes qu'il faut changer chez les administrateurs.

M. Côté (Charlesbourg): On prenait l'exemple de un qui a été très actif, la semaine dernière, et qui a donné des résultats. C'est clair

que ce n'est pas blanc et noir. Je pense qu'il y a du travail à faire d'un côté comme de l'autre. C'est là qu'on est rendus aujourd'hui. Quand on s'interpelle de cette manière-là, c'est pour bonifier ou tenter de bonifier le système ou maintenir des acquis. Donc, l'objectif est, à ce **niveau-là**, très **intéressant**. Merci.

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

M. Trudel: Merci beaucoup, M. le Président. Bienvenue à la délégation de la CSN. C'est particulièrement agréable parce que c'est la première fois, pendant cette commission, qu'on peut dire, en souhaitant la bienvenue: Bienvenue, mesdames et messieurs. C'est la première délégation à se présenter devant nous où il y a une majorité de femmes. Les gens qui sont venus, nonobstant le contenu, c'était très masculin, merci. Je pense que ça reflète non seulement un discours, mais une pratique chez vous, et ça, il faut le noter, aussi parce que, comme représentants de 100 000 personnes qui font le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, c'est largement féminin. Et ça, il faut le noter aussi parce que, quand on va s'adresser aux gens du réseau pour faire le débat, pour le compléter et, possiblement, pour employer votre expression, pour en faire plus avec ce que l'on a, eh bien, on va s'adresser, comme souvent dans notre société, à des femmes majoritairement. Et ça, il faut le noter.

À la mode de la CSN, je dirais: C'est franc, c'est clair, c'est direct. Allons-y dans le même sens, quant à moi, et commençons par poursuivre, je dirais, un petit peu dans le sens du diagnostic en premier. Comme disaient les collègues de la FTQ tantôt, «le trou», il faut bien diagnostiquer d'où vient le trou. Grosso modo, la table des matières du document, les 10 premiers points abattent 10 mythes qui sont véhiculés plus ou moins largement. On était rendus à 12, la semaine passée, 12 mythes, à aller des citoyens abuseurs jusqu'au mauvais contrôle financier, je vous l'ai rappelé, à aller jusqu'à: Les Québécois, tous gouvernements confondus, ne font pas si mal les affaires. Ma question est double. Dans la mesure où, et on reviendra là-dessus, on va essayer de... on devrait faire plus avec ce qu'on a, est-ce qu'on doit aller nécessairement vers **IPC** plus 3,5 % au niveau des dépenses de santé publique au Québec au cours des prochaines années et avez-vous l'impression qu'on va y arriver financièrement, compte tenu de l'ampleur du trou? Est-ce que c'est vrai qu'on peut sauver les bases, qu'on peut poursuivre et conserver les acquis précieux à **IPC** plus 3,5 %, compte tenu de la situation financière dans laquelle nous sommes et, apparemment, la situation financière dans laquelle nous serons au cours des prochaines années?

M. Larose: Il est évident qu'on fait le présent débat dans une conjoncture plutôt déprimante. Ça, on le reconnaît. Mais on ne pense pas qu'on doive profiter de cette période-là pour sabrer dans des acquis importants qui, précisément dans ces périodes déprimantes, ont un rôle capital à jouer. Ce qui va faire la différence, c'est le courage et la détermination que les élus peuvent avoir pour faire le débat avec la population et lui montrer leur intérêt à consentir les revenus nécessaires pour assumer cette responsabilité collective.

Nous, ce qu'on dit, IPC plus 3,5 %... Et là je veux qu'on soit clair entre nous. Quand je prends l'expression «en faire plus avec ce qu'on a», ça ne veut pas dire sortir le fouet, etc. Ça veut dire mieux s'organiser pour que les gens puissent - j'allais dire - agréablement assumer leur métier, leur profession et, ce faisant, être effectivement plus productifs. Alors, le trou dont on parle est un produit qu'il nous faut combler collectivement et il n'y a pas 36 façons de le faire; c'est effectivement en levant les revenus qu'il faut.

Je sais que, pour une réforme de la fiscalité, on ne pourra pas faire ça dans les 15 jours qui viennent. Mais il y a un **minimum** de décisions qu'on devrait prendre pour faire en sorte qu'on assume quand même, dans cette période difficile, nos responsabilités. Ceci dit, j'espère qu'on n'est pas en récession pour cinq ans. Il y aura **peut-être** une conjoncture plus favorable qui sera **peut-être** plus généreuse pour les revenus de l'État, indépendamment des décisions qu'il aura prises itou.

Dans ce sens-là, on ne pense pas que ce soit insurmontable ou que ce soit la catastrophe. Il n'y a pas là un **impossible** devant nous.

M. Trudel: En faisant remarquer que votre proposition est dans l'ordre du superraisonné, si je peux employer l'expression, parce que votre proposition, c'est d'augmenter de 0,5 % les dépenses de santé, de 0,5 % supérieures à la progression du PIB. Il ne faut pas oublier que les hypothèses du ministre, à la page 101 du document du gouvernement, c'est comme dans les contrats d'assurance, c'est dans les petites écritures qu'est la vérité. Quand on dit IPC plus 3,5 %, c'est basé sur l'hypothèse que le PIB va augmenter de 6,5 % au cours du prochain cycle budgétaire et que l'inflation va être à 3,5 %. Ça veut dire que la proposition de **IPC** plus 3,5 %, elle n'est que de 0,5 % supérieure à la croissance du PIB et au rendement général des impôts. Il n'y a pas de drame là.

Évidemment, je vais vous amener sur un autre terrain, M. Larose, en disant cela. Mais d'où vient le trou? Voilà. D'où vient le trou? On le sait d'où il vient, le trou. Dans ce sens-là, il vient du gouvernement fédéral qui, lui, a décidé que, pour les Québécois, la santé et les services sociaux, c'est uniquement 14,2 % de nos impôts,

au lieu de 31 % comme on a fait comme choix collectif.

Si on veut conserver les acquis, si on veut poursuivre dans le sens où vous l'avez décrit, je dirais assez simplement: Mais qu'est-ce qu'on va leur faire? Parce que la seule solution qui est **apparue** jusqu'à maintenant pour le grand fauteur de troubles qui est en train de provoquer la chicane de famille ici, c'est un voyage organisé en autobus avec le ministre pour aller faire beuh! beuh! beuh! à Ottawa. Qu'est-ce qu'on va faire pour faire en sorte qu'ils révisent leur position et qu'ils respectent le choix des Québécois et des Québécoises en matière de santé et de services sociaux et qu'on arrête de se faire accroire que le drame, c'est les dépenses publiques en santé et en services sociaux, au Québec, qui causent notre déséquilibre des finances publiques? Qu'est-ce qu'on leur fait? Et, du même coup - vous n'en avez pas parlé beaucoup dans votre mémoire, il faut que vous nous le disiez, je pense, **là-dessus** - la dérive est aussi commencée avec ce qui s'est passé hier. Voilà qu'on commence à dire: Bien, C-3, peut-être... peut-être qu'on pourrait réviser ça, comme l'a suggéré d'ailleurs le gouvernement actuel à partir du 7 décembre, l'an passé. On devrait faire sauter cette barrière pour nous permettre d'aller vers la tarification, les impôts-services et des trucs comme cela. Double question.

M. Côté (Charlesbourg): 7 décembre 1990.

M. Trudel: 1990, je m'excuse.

M. Larose: Pour répondre à la première, je serai bref. Je pense que, dans la dynamique politique du Québec, une erreur a été commise. C'est qu'il y a un parti politique qui a un projet constitutionnel que l'autre parti ne veut absolument pas partager, d'aucune manière. Si le premier parti **ne** s'était pas emparé de cette question, le deuxième, vraisemblablement, l'aurait **fait**. Mais, dans le parlementarisme britannique que nous avons, j'ai l'impression que c'est le principal frein. Ceci étant dit, je pense qu'ils vont tomber en panne d'arguments tantôt. Le fédéralisme, tel qu'il se pratique, est malheureusement moins rentable qu'il ne l'était. Certains disent que c'est devenu un boulet. Nous avons adhéré à ces analyses. On espère que la panne d'idées des fédéraux fera en sorte que le gouvernement au pouvoir actuellement au Québec procédera tel qu'il s'est engagé dans la loi 150 et peut-être que ça va clarifier une partie du paysage. Il est clair, à terme, **qu'il** n'y a pas de solution de ce côté puisque... Quand est-ce qu'il ferme le robinet au grand complet?

M. Trudel: 1997.

M. Larose: 1995?

M. Côté (Charlesbourg): 1995-1996, 1996-1997. Ça dépend de...

M. Trudel: 1997.

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas le robinet au grand complet. C'est celui sur...

M. Trudel: Les transferts.

M. Côté (Charlesbourg): ...les transferts concernant la santé.

M. Larose: Oui. Mais disons que, quand ça occupe... C'est vous... Quand vous disiez que ça occupe à peu près 40 % si on enlève le financement de la dette.

M. Côté (Charlesbourg): Je n'essaie pas d'amoindrir ni de défendre aucune thèse à ce moment-ci.

M. Trudel: On a un pas de fait.

M. Larose: Mais on aimerait ça que vous défendiez des thèses, les nôtres.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): J'ai compris ça depuis longtemps.

M. Larose: Alors, sur la...

M. Trudel: La C-3.

M. Larose: Pardon?

M. Trudel: Sur la C-3, après ça.

M. Côté (Charlesbourg): On ne veut quand même pas vous arrêter sur ce débat de fond parce que...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Non. Mais ça, je pense que...

M. Côté (Charlesbourg): ...compte tenu des idées qui sont partagées.

M. Larose: Sur la tarification et tout, je vous entendais parler tantôt de la Suède. C'est habituellement un des modèles qu'on met de l'avant. On va vous dire que, sur la santé, à éviter, pourri, régime deuxième plus cher au monde, largement tarifé. Moralité: la tarification, ça ne m'a pas l'air d'être - vous parliez d'autobus - le jet...

M. Côté (Charlesbourg): Il y a le salariat des médecins aussi.

M. Larose: Oui. Alors, imaginons le salariat des médecins sans tarification.

M. Côté (Charlesbourg): Ça fait pas mal de variantes.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Moi, je suis prêt à travailler cette hypothèse...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose:... surtout pour des objectifs de prévention.

M. Trudel: Un morceau de robot!

M. Larose: Moi, je vous dirai que mon médecin de famille est un médecin de CLSC à salaire. En plus, il est homéopathe. Je trouve que c'est bon en *monsieur parce* que, lui, il est là pour l'art en même temps que pour la prévention. Il n'est pas là pour faire tourner une machine. Je ne veux pas dire que le monde fait tourner la machine. Non. Je pense que je suis démagogique quand je dis ça, mais il est clair que la pratique médicale, qui pourrait se faire avec un autre incitatif que celui qu'on a, pourrait dégager des avenues plus intéressantes, y compris au plan de la prévention, y compris au plan des médecines alternatives.
(11 h 45)

Alors, je reviens à la tarification et je n'insiste pas sur le modèle américain, vous en avez abondamment parlé tantôt, mais il est clair qu'à partir du moment où on met une tarification on met en place une bureaucratie. Si on met en place une bureaucratie, c'est autant de ressources disponibles qui ne vont pas en termes d'intervention, mais qui vont en termes de gestion, et il y a des études qui le disent. Quand c'est un «single provider» c'est bien mieux que lorsque c'est une série de sources de financement. Alors, là-dessus, si c'est pour satisfaire certaines velléités idéologiques - parce que, moi, j'ai lu les mémoires patronaux, il n'y a rien d'écrasant comme logique là-dedans, y compris pour des gens qui sont supposés savoir compter. La meilleure, c'est le paragraphe 7 du Conseil du patronat qui nous renvoie à une démonstration éclairante du paragraphe 2; je retourne au paragraphe 2, il y avait «affirmer idéologiquement leurs prémisses». Non, c'est bon de venir faire un peu d'idéologie ici, mais je pense que vous vous attendez à ce qu'on chiffre un peu plus les affaires. Alors, ce qu'on vous dit, c'est qu'au plan de la tarification ça va vous coûter cher et c'est des ressources qu'on va consacrer collectivement à de la gestion plutôt qu'à de l'intervention directe.

M. Trudel: Un petit mot supplémentaire,

parce qu'on est comme, à mon avis, trappe aussi sur C-3, il faut en parler. On voit qu'encore une fois ça se gruge vite, à partir d'hier, McKenna qui dit: Oui, je pense qu'on va enlever le verrou, on va le faire sauter. Je le répète, le Québec avait initié cette procédure le 7 décembre 1990 en disant: Nous, on va demander la révision, l'ouverture de C-3 pour nous permettre d'aller du côté de l'impôt-services, la tarification. Je vois votre réponse, bien sûr, sur la tarification, mais on est obligé, actuellement... On serait comme obligé de dire: Faites attention à C-3 parce que, qu'il soit placé où l'on veut, le verrou, il existe quand même. Je pense qu'il faut être capable de dire, dans le débat actuel, à ceux qui ont les poignées entre les mains: C'est correct, allez-y pour faire sauter C-3 ou: Prenez garde, c'est le dernier verrou qu'il nous reste sur l'universalité, l'accessibilité dans le système actuel. Comme vous, vous dites que ce n'est pas nécessairement structurel, ce qu'on vit, que c'est conjoncturel, il faut faire attention.

Alors, est-ce qu'il faut que le gouvernement du Québec, en clair, embarque dans le train, fasse réviser C-3, fasse rouvrir C-3 et débarrasse le système?

M. Larose: Non. Nous, ce qu'on veut, c'est conserver intégralement les caractéristiques actuelles du régime - intégralement - l'accessibilité, la gratuité, la gestion publique, etc. Ouvrir C-3, si j'ai bien compris l'opération, pour précisément échapper, la modifier pour échapper à certaines caractéristiques, on ne fera pas partie de ce voyage-là. On n'en fera pas partie pour des considérations sociales; on n'en fera pas partie pour des considérations économiques. Ça s'adonne que, quand on entre - c'est ce que j'essayais de dire tantôt - des éléments de tarification notamment, de privatisation, etc., globalement, ça nous coûte plus cher. Alors, nous, on n'est pas du tout de ce voyage-là.

M. Trudel: Très bien. Il me reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Trois minutes.

M. Trudel: Ah! Trois minutes.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Ou quelque chose comme ça.

M. Trudel: C'est quand même rafraîchissant de décrire la réalité au niveau de ce qu'on appelle généralement les services complémentaires: les yeux, les dents, les médicaments. Contrairement à ce qui est avancé dans le document, ce qui s'est assez largement promené en disant: Ah, écoutez, c'est dans le complémentaire, ça; ça, on pourrait y toucher parce que c'est dans le complémentaire... Beaucoup de gens

sont venus nous **dire** ici: Ne touchez pas à la base, mais, s'il le faut, touchez au complémentaire, les yeux, les dents et les médicaments. Vous, vous dites: Non, non; non seulement il ne faut pas toucher aux yeux, aux dents et aux médicaments, mais par souci - j'adore votre expression, il faut que je la répète - c'est parce que c'est **«capitalistement»** rentable de mettre ça dans le panier de base. Est-ce que, cependant, sur ce qu'on appelle généralement le panier de services, il vous apparaît qu'il y a un certain nombre d'actes qui sont actuellement assurés, couverts par le régime, et qui auraient avantage à subir le test ou un examen supplémentaire pour continuer d'être couverts? L'exemple le plus spectaculaire, c'est le ministre lui-même qui l'a employé: Est-ce qu'on doit conserver dans le panier de services le collage des oreilles, par rapport à couper les dents, les yeux et les médicaments? Est-ce que vous êtes ouvert à une révision des actes, à un examen et à une révision des actes contenus dans le panier de services?

M. Larose: Combien ça nous coûte, le décollage des oreilles?

M. Trudel: Ça a l'air qu'il y en aurait pour 6 000 000 \$ d'oreilles.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Il ne veut quand même pas proposer qu'on fasse ça à moitié?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Pour quelqu'un qui est débalancé, oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: Écoutez, moi, je ne répugne pas à regarder des choses qui pourraient paraître aberrantes. Le décollage des oreilles, moi, ça ne me paraît pas aberrant. C'est-à-dire que, compte tenu... Il faut dire que, pour nous deux, ça ne nous influence certainement pas, mais, compte tenu des canons...

M. Côté (Charlesbourg): Il ne vous reste plus rien pour les cacher.

M. Larose: ...de beauté ou des canons, disons, physiques qui sont imposés, ça se peut qu'il y ait du monde qui vive très mal avec ça. Moi, je n'ai pas nécessairement des problèmes. Si ça faisait capoter le système, ah bon! S'il y en avait pour 600 000 000 \$, peut-être que je dirais, dans une période de déprime économique, il faudrait peut-être faire des...

M. Côté (Charlesbourg): On manquerait

d'oreilles. À 600 000 000 \$, on manquerait d'oreilles.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larose: On manquerait d'oreilles. Alors, je ne voudrais pas qu'on prenne un bout du fil pour détricoter tout le gilet. Alors, dans ce sens-là, le décollage des oreilles ne m'impressionne pas plus que ça, là.

M. Trudel: Je termine là-dessus parce que le temps est...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très bien.

M. Trudel: ...fini. J'aime aussi votre précision parce qu'il y a... À l'occasion, si on a défait 10, 11 ou 12 mythes, il s'en dresse d'autres pendant cette commission où, quand on dit: Dans le panier de services, il y aurait **peut-être** à réexaminer un certain nombre d'actes, ça ne signifie pas, du moins de notre côté, des pans de services complets. L'expression «réviser le panier de services lorsque médicalement requis», si c'est médicalement requis ou non, moi, je pense qu'effectivement ça peut se faire, mais il faut bien préciser que ça ne doit pas nous amener à détricoter le gilet au complet et que, pour ce faire, il va devoir y avoir dans le processus des gens comme vous, des gens qui sont sur le terrain et qui vont être capables de donner c'est quoi la mesure du socialement acceptable et du non acceptable dans le médicalement requis ou non. Sans ça, on ne s'en sort pas. Alors, merci de votre contribution. C'est on ne peut plus clair. Quant à moi, l'essentiel, c'est que vous avez continué de clairement démontrer qu'il y a un certain nombre de mythes, dépenses publiques, dépenses privées, dépenses totales de santé au Québec, et je pense qu'on aura à se retrouver rapidement encore sur la place publique pour faire virer le système et empêcher ceux et celles qui veulent le détruire d'aller au bout de leur oeuvre dans les moments actuels.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. le député. M. le ministre, rapidement.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Je vous remercie. C'est toujours très intéressant de vous entendre et de pouvoir échanger, même si, à l'occasion, il y a une rivière qui nous sépare sur le plan idéologique, sur certains dossiers spécifiques. Une chose est certaine, c'est que c'est un système qu'on questionne depuis un certain nombre d'années. On est à prendre un certain nombre de décisions. Tout l'éclairage qui peut nous être apporté et toutes les mises en garde aussi sont importantes et l'expérience des uns des autres aussi. C'est pour ça que l'exercice de la commission parlementaire est assez extraor-

dinaire à ce niveau-là. Je pense qu'il nous reste encore passablement de travail à faire sur le plan de l'efficience et de l'efficacité. Dans la mesure où on le fait, j'imagine qu'on aura **fait** progresser notre système et qu'on nous permettra de protéger des acquis. La question financière globale du gouvernement reste là pour un débat plus large. Je pense que les prochains mois seront très captivants. On va entendre parler d'autre chose que de la Constitution. Dans ce sens-là...

M. Larose: Mais, il ne faudrait pas oublier de la régler quand même.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

M. Larose: Il ne faudrait pas oublier de la régler quand même.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais ça ne réglera pas nécessairement tous **les** problèmes parce qu'à partir du moment où ça est réglé, si on rapatrie les points d'impôt, on rapatrie aussi le trouble sur le plan financier. Parce qu'il y en a...

M. Larose: Mais, un coup qu'on l'aura réglée, peut-être qu'on pourra consacrer davantage d'énergie à régler les autres problèmes itou.

M. Côté (Charlesbourg): Mais c'est une question de santé pour le Québec.

M. Larose: Exact. Merci.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. Larose. J'invite maintenant la Centrale de l'enseignement du Québec à prendre place.

Bienvenue à la Centrale de l'enseignement du Québec. Je reconnais Mme Pagé. Je l'invite à présenter les gens qui l'accompagnent.

CEQ

Mme Pagé (Lorraine): Parfait. Je suis accompagnée, à ma droite, de Mme Monique Richard, **vice-présidente** à la Centrale et responsable des dossiers du secteur santé; à côté d'elle, M. Richard Langlois, économiste à la Centrale; à ma gauche, Mme **Béatrice** Chiasson, conseillère syndicale à la CEQ dans le secteur santé.

Je voudrais tout d'abord vous remercier de nous avoir **invités** à cette commission parlementaire puisque c'est une commission parlementaire sur invitation. Pour celles et ceux qui se demandent que fait la CEQ à une commission parlementaire sur la santé, simplement rappeler que nous représentons du personnel dans le secteur de la santé, au-delà de 7000 personnes, mais que, également, l'ensemble de nos membres sont des utilisateurs ou des utilisatrices des services de santé à un moment ou l'autre de leur existence,

mais également, à titre de contribuables appartenant à la classe moyenne, ils contribuent au financement de ce service de santé. Donc, notre présence ce matin est tout à fait justifiée puisque nous avons le sentiment de contribuer à un débat public, donc de contribuer à l'exercice de la démocratie.

Ça **fait** longtemps qu'on parle de santé au Québec, de services de santé, de politique de santé, de financement de la santé. Ça fait plus de sept ans, quand on compte la commission Rochon, les rapports, les enquêtes, les tournées, ainsi de suite. Malgré tout ça, je dois vous dire qu'on a parfois eu l'impression d'être mis un peu en entonnoir avec peu de temps pour scruter, de façon très fouillée, la question du financement des services de santé. Donc, nous allons y aller de notre contribution en vous signalant les endroits où nous avons davantage de questionnement parce que nous n'avons pu creuser toute l'analyse comme nous aurions voulu le faire.

(12 heures)

Tout d'abord, vous dire que, pour notre part, nous faisons un bilan positif de l'évolution de notre système de santé. D'ailleurs, le ministère le reconnaît et de nombreuses recherches le démontrent. Le bilan est positif, ce que ne laissaient pas croire les **déclarations** publiques du président du Conseil du trésor, par exemple, qui laissait croire que la moitié des finances de l'État s'engouffraient dans les dépenses de santé si on n'y mettait pas bon ordre. Cela a pu ébranler la confiance de la population, a pu l'inquiéter. Je pense qu'il faut tout d'abord rétablir les faits et montrer que, somme toute, les contrôles des dépenses ont relativement bien fonctionné dans notre système de santé et qu'on a réussi à maintenir les dépenses de façon satisfaisante. Par exemple, les crédits accordés dans la santé, nous dit-on, auraient augmenté plus rapidement au cours des dernières années que le PIB. Le ministre donne lui-même, dans son document, des explications à cette situation. Nous croyons également qu'au cours des dernières années les sommes **qui** ont été nécessaires pour l'entretien, les réparations, l'agrandissement des **immeubles**, de nouvelles constructions qui étaient nécessaires - on avait besoin de restaurer nos équipements - ont pu contribuer à cette augmentation des crédits légèrement supérieure au pourcentage qu'on avait connu dans le passé par rapport à notre PIB.

Par ailleurs, quand on regarde l'étude du GRIS, on s'aperçoit que nos dépenses de santé sont restées stables. En 1971, le Québec dépensait 1088 \$ per capita pour les soins de santé; en 1987, quand on met ça en dollars constants, on a dépensé 1094 \$, **soit 6 \$** de plus qu'en 1971. On s'aperçoit donc très bien comment les dépenses ont réussi à être contenues. Ce qui a diminué, par ailleurs, c'est la part assumée par les fonds publics. Alors qu'en 1981 le ministère de la Santé et des Services sociaux dépensait **1020 \$**, en 1989

ce montant était rendu à 920 \$. Cela a certainement eu un effet sur une certaine réduction de l'accès aux services et à une diminution de la portée et de l'efficacité de certaines mesures.

Même si le ministre nous a rassurés sur le système de santé américain, je voudrais juste le conforter dans ses bonnes intentions en lui disant, par exemple, que le **New York Times** a fait état dernièrement d'une augmentation de 1 300 000, au cours de la dernière année, du nombre de personnes non assurées aux États-Unis contre les risques de la maladie. Je pense que, M. le ministre, c'est un élément de plus pour vous conforter dans vos bonnes intentions. Un deuxième élément, l'Association des assureurs de santé a révélé que la prime moyenne d'assurance pour une famille aux États-Unis est de 3816 \$ par année. La contribution des employeurs au financement du secteur de la santé, selon une autre coupure du **New York Times**, montre que cette contribution monte jusqu'à 4066 \$ dans certains États américains. Donc, voilà des raisons qui montrent bien pourquoi il faut se décoller d'un système à l'américaine avec la privatisation de nombreux services.

Par ailleurs, je crois utile de **m'attarder** quelques minutes sur la stratégie financière du gouvernement du Québec. Nous pensons que depuis 1986, depuis le dépôt de «L'urgence d'un redressement» par le ministre des Finances, Gérard D. Levesque, on a placé la toile de fond en nous disant que la fiscalité québécoise devait être plus concurrentielle, qu'on devait redresser la situation financière du gouvernement, gérer les dépenses publiques en fonction de la capacité de payer. Voilà des objectifs fort louables. Malheureusement, on en a fait des fétiches, à notre avis. Les résultats sont particulièrement désastreux. Ils ont été inefficaces au plan économique, ils ont été injustes socialement. Quand on regarde le délabrement de notre économie québécoise, la vague d'appauvrissement qui frappe une partie importante de notre population, je pense qu'il faut inviter le gouvernement à changer de cap au niveau de la stratégie financière.

On a beaucoup parlé de fiscalité, ce matin. Je ne m'y attarde pas, sinon pour vous rappeler qu'à notre avis il n'y pas d'abord au Québec un problème de niveau de fiscalité. Nous ne sommes pas trop taxés. Nous sommes mal taxés. La répartition est injuste, inéquitable et c'est à cet aspect de la question qu'il faut s'attarder en **priorité**. Nous l'avons réclamé souvent, nous le réclamons encore. Il nous semble qu'il devrait y avoir un débat public sur la fiscalité, une commission d'enquête sur la fiscalité; on en a déjà connu une dont M. Bourassa était le secrétaire, si je ne me trompe. Donc, ce serait peut-être un juste retour des choses qu'on puisse encore faire une commission d'enquête sur la fiscalité. Il nous semble que ça nous permettrait de réhabiliter la fiscalité dans la population, mais

également de faire le débat public qui nous permet de faire les choix sociaux, économiques et fiscaux qui nous permettent d'assurer notre croissance économique et notre développement économique et social.

Par ailleurs, nous savons que le gouvernement n'a jamais caché le fait qu'il préconisait un désengagement de l'État dans l'économie pour laisser plus d'espace au secteur privé. Il nous semble que la taille de l'État n'a pas véritablement à voir avec la compétitivité d'un pays ou la performance économique d'un pays; je serais même portée à dire que c'est une vision d'une autre époque. On a beaucoup parlé, au cours des dernières semaines, des visions périmées de la souveraineté, des visions d'un autre siècle de la souveraineté. Je pense qu'on a une vision d'un autre siècle du rôle de l'État quand on s'imagine, avec les besoins accrus en santé, en services sociaux, en environnement et en éducation, qu'on pourra ramener l'État à la taille d'un bureau de gérant. Il me semble que c'est une vision qui s'accroche au passé plutôt qu'une vision de l'avenir.

Les impasses financières. Vous avez fait des prévisions disant qu'il y aurait impasse financière. Nous voulons simplement vous rappeler que les prévisions économiques ne sont pas science exacte, que, bien souvent, les experts n'ont **jamais** réussi à prédire la récession qui s'en venait trois mois plus tard, que, souvent, ils nous prédisent la fin de la récession un an avant qu'elle finisse. Donc, à cet égard, vos propres prévisions ne doivent pas être plus certaines que celles que beaucoup d'experts font en cette question. On invite donc à la prudence sur la justesse ou la vérité absolue quant aux prévisions que vous faites.

Les orientations maintenant. Vous parlez du contrôle des dépenses de santé. Nous reconnaissons la nécessité de surveiller l'évolution des dépenses de santé, d'exercer des contrôles adéquats, mais contrôle ne veut pas dire n'importe quel contrôle. Le contrôle des salaires et des rémunérations, je serais portée à vous résumer ça très facilement: nous avons déjà donné. S'il y en a d'autres à donner, qui doivent donner, à notre avis, ce n'est plus nous. Si vous pouviez en même temps parler au président du Conseil du trésor, ce serait bien. Par ailleurs, il y a peut-être d'autres personnes qui n'ont pas donné. Quand on regarde la situation d'un hôpital dans la région de Montréal, à Lachine plus précisément, on peut croire que certains cadres du réseau ont pas mal moins donné que les salariés du réseau.

Par ailleurs, sur la **rémunération** des médecins, nous pensons qu'il y a un examen à faire. C'est sûr que les médecins ont une scolarité très longue, qu'ils ont des responsabilités, qu'ils ont des stages très exigeants qui font partie de leur formation, qu'ils sont requis en disponibilité, ainsi de suite, mais il faut quand

même voir que, dès leur entrée sur le marché du travail, ils ont des revenus supérieurs à ce que d'autres personnes à formation égale et souvent supérieure n'atteindront jamais tout au long de leur carrière. Ils réussissent même à échapper aux mesures qui pourraient affecter leur revenu. On peut citer des exemples de médecins qui prennent des vacances aux trois mois pour échapper au plafonnement trimestriel. Bien sûr, ça baisse les dépenses, mais, en même temps, ça montre comment ils ont une capacité de s'ajuster aux mesures qui viennent affecter leur revenu. Dans les pays où le niveau de santé est comparable au nôtre, où le système est public, le revenu moyen des médecins se situe autour du double du salaire moyen de la population. Au Canada et aux États-Unis, il est de quatre à cinq fois plus élevé que le salaire moyen. Même si le revenu est moindre que ce qu'on peut constater aux États-Unis, il nous semble quand même qu'il y a un espace pour travailler et poser des questions sur la rémunération globale des médecins.

Le contrôle des prix des médicaments. Vous entendez revoir les méthodes de fixation des prix des médicaments payés aux pharmaciens. C'est un pas dans la bonne direction. Nous pensons même qu'il pourrait y avoir des mesures vigoureuses à l'égard des compagnies pharmaceutiques. À cet égard-là, je pense que l'actualité des derniers jours nous montre bien, tout d'abord, comment le fait d'avoir eu un système public nous a permis de voir plus rapidement des fraudes en cours. Je pense que, si on avait eu un système complètement privé ou privatisé en partie, il y a un élément de transparence et de contrôle des fraudes qu'on n'aurait pas pu exercer aussi rapidement. Mais ça montre aussi qu'il y a une possibilité de travailler à cet égard-là. Par exemple, la protection des brevets qui confère un monopole sur le prix des produits brevetés est injustifiable. L'aspirine qui existe depuis 100 ans se vend encore à un prix plus élevé que l'acide acétylsalicylique qui est le produit générique de l'aspirine.

Je voudrais attirer votre attention, à la page 20, sur une expérience qui s'est faite en Allemagne. Je pense qu'il y a là un modèle intéressant pour contenir les dépenses au niveau du remboursement des médicaments. En Allemagne, depuis 1990, les caisses de maladie ont fixé un prix plafond de remboursement par catégorie de médicaments. Tout médicament dont le prix est inférieur au prix plafond est remboursé à 100 % et, quand on dépasse le prix plafond, le consommateur doit défrayer la différence. Ça a eu un effet très rapide. La part du marché des médicaments chers a chuté de 25 %, les laboratoires ont rajusté leurs prix et l'influence des malades a été déterminante à cet égard. Je pense que les Québécoises et les Québécois pourraient développer le même type de comportement qu'on a pu observer chez les Allemands. Voilà un

exemple de chose que nous pouvons faire en nous inspirant d'expériences heureuses qui ont cours ailleurs. Vous parlez de groupes d'achats en commun, de mécanisme provincial d'achats. Nous souscrivons à cette approche.

La privatisation, contrôle de l'offre de services par la privatisation, pour nous, c'est non. Ça réduit la portée, l'efficacité des mesures de contrôle. À cet égard, à la page 22 de notre mémoire, nous donnons l'exemple de la privatisation des coûts de physiothérapie. Alors que ces traitements étaient remboursés à 16,50 \$ par la RAMQ, maintenant, il faut déboursier jusqu'à 35 \$ pour avoir droit à ces traitements dans les cliniques de physiothérapie. Donc, ça montre bien comment la privatisation n'a pas diminué les coûts, bien au contraire.

Contrôle de la croissance du nombre des médecins. Nous sommes d'accord avec cette mesure. Contrôle de l'implantation des technologies de la santé. Vous pariez de contrôle sur la quantité, sur l'implantation, sur le degré de sophistication inutile d'équipements, toutes des approches qui pourraient être retenues. Nous pensons également que le niveau d'utilisation de ces technologies, soit parce que les médecins ont une pratique défensive, soit parce qu'on fait de l'acharnement thérapeutique dans certains cas, devrait nous amener à nous poser certaines questions, à faire certaines réflexions. Mais je voudrais également vous donner un exemple très précis de pratiques médicales qui pourraient être révisées. Nous avons présentement des syndicats qui ont contesté les examens médicaux à l'embauche exigés par certaines commissions scolaires. Je m'excuse. Parfait.

Une voix: On est des auditifs.

Mme Pagé: Vous êtes des auditifs.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très bien.

Mme Pagé: Vous étiez en même temps des pariant.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): On est auditifs. On vous entendait très bien.

Mme Pagé: Mais c'est une habitude d'enseignant, j'arrête quand je sens que...

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Vous n'avez pas perdu vos réflexes de base.

Mme Pagé: Non, pas du tout. Je disais donc que, présentement, dans le réseau public, il y a des pratiques médicales, qui sont supportées par des employeurs, qui génèrent des coûts très importants et qui pourraient être révisées. Les

examens médicaux à l'embauche, par exemple, qui sont exigés par certaines commissions scolaires. Nous avons un jugement de la Commission d'accès à l'information qui prouve que ces examens à l'embauche sont non pertinents pour la fonction postulée; deuxièmement, qu'ils constituent une atteinte à la vie privée. Or, ces examens sont très exigeants, c'est l'équivalent d'un examen complet. Ils sont donc facturés à un taux très élevé par les médecins à la RAMQ. Voilà un exemple de pratique qui pourrait être remise en cause et qui nous permettrait d'atteindre une certaine efficacité.

Contrôle du volume d'activités. Nous ne sommes pas d'accord avec la généralisation de la carte d'assurance-maladie avec microprocesseur. D'abord, des coûts importants pour l'informatisation du réseau, mais, deuxièmement aussi, des risques importants concernant la protection de la vie privée et le droit à la confidentialité du dossier médical. Si vous avez des questions plus particulières là-dessus, pendant la période de questions, Mme Chlasson pourra répondre à vos questions. Elle a creusé davantage cet aspect-là.

(12 h 15)

Nous y allez de propositions de désassurance, services optométriques, services dentaires, désassurance partielle par l'introduction de tarifs variés, ticket orienteur, ticket modérateur, ticket services pharmaceutiques... Il y en avait tellement. Les termes étaient très diversifiés et très généreux. Nous nous opposons à ces approches. Il nous semble que ce n'est pas du tout compatible avec les objectifs qu'il faut poursuivre. J'attire votre attention sur les soins dentaires aux enfants.

Souvent vous avez fait valoir que c'est surtout la classe moyenne qui profite de ces soins dentaires. Tout d'abord, les soins dentaires ont déjà connu deux révisions à la baisse et, en même temps, les services de prévention dans les CLSC et dans les écoles n'ont pas été implantés. Deuxièmement, il n'y a pas un drame en soi à ce que la classe moyenne qui paie pour des services y recoure, c'est tout à fait normal, mais si je voulais faire une comparaison avec l'école, les enfants qui décrochent le plus à l'école, c'est les enfants de milieu pauvre. On n'aurait jamais comme réflexe de dire: Puisque les enfants pauvres ne restent pas à l'école, on va abolir la scolarisation obligatoire. La question qu'on se pose, c'est: Comment faisons-nous pour avoir des mesures incitatives, des mesures de soutien pour que les clientèles qui ont le plus de besoins réussissent à recourir aux services qui sont disponibles pour améliorer leur état de santé? Je pense que c'est dans cette voie-là qu'il faut carrément s'engager.

Ticket orienteur, nous pensons que c'est inapplicable comme approche. Ticket modérateur, je ne vous parlerai pas des États-Unis, mais de la Corée du Sud qui a dû instaurer un tarif jusqu'à 65 % pour réussir à contrôler ou à

modérer. Donc, c'est tellement élevé que ça vient vraiment priver certaines catégories de la population du recours aux services. En plus, la France, un des pays qui a le plus utilisé cette approche, d'après une enquête de 1991 - qui est pas mal plus récente que celle du Conseil du patronat, je vous le signale en passant - conclut que les pays qui ont eu l'approche du ticket modérateur sont en même temps les pays qui ont été le moins efficaces dans le contrôle de leurs dépenses de santé. C'est le cas de la France et des États-Unis.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): En terminant, Mme Pagé.

Mme Pagé: Oui. Ticket sur les services pharmaceutiques. On serait capable d'envisager cette approche dans le cadre d'un régime universel d'assurance-médicaments. Dans ce cas-là, on pourrait penser à une contribution des usagers et des usagères. Frais aux personnes hospitalisées. À notre avis, 50 % des personnes au Québec n'ont pas d'assurance pour couvrir des invalidités en cas de maladie. Elles connaissent une perte de revenu dans ces cas-là, souvent des dépenses additionnelles - pensons aux mères qui ont de jeunes enfants dont elles doivent s'assurer de la garderie - leur imposer des frais en plus, il nous semble que c'est une approche à éliminer. Ticket modérateur pour les services médicaux, même chose. **Impôt-services**, même chose. Exemption pour les plus démunis avec des frais. Quand on voit le plafond où vous voulez placer ça, 28 000 \$, il nous semble que c'est absolument inenvisageable. Et je vais conclure sur un exemple.

Il y a quelques années, une amie à moi qui séjournait à Paris a assisté à la démolition de la gare Montparnasse. La gare Montparnasse avait des fondations tellement profondes dans le sol, tellement bien ancrées que, pour la démolir, on n'a pas pu recourir à une technique du bélier parce qu'on aurait vraiment agité tout le quartier et ébranlé tout le quartier avoisinant. Alors, on y est allé de la démolition brique par brique. Au bout d'un certain temps, la gare s'est effondrée parce qu'on avait enlevé assez de briques pour que ça puisse se faire sans ébranler tout le quartier. Nous ne voudrions pas que les approches qui se développent présentement au gouvernement du Québec et au ministère de la Santé constituent une nouvelle démolition d'une gare Montparnasse. Nous pensons que les fondements et l'attachement de la population à un service public de santé sont tels que nous devons voir à le préserver.

En ce sens-là, nous pensons que ce qu'il nous faut réaffirmer, c'est un financement public des services de santé qui garantit l'accessibilité sans barrière financière, un service transparent sans culpabilisation des victimes et, enfin, un système progressif, donc fiscal. Nous serions

prêts à envisager, à certaines conditions, dans le cadre d'un débat plus large sur la fiscalité, la **formule** de l'impôt-santé. Voilà, ça complète la présentation.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, Mme Pagé. M. le député de Rouyn-Noranda-**Témiscamingue**.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, compte tenu des obligations qu'a mon collègue de faire «La politique provinciale» - on va l'annoncer tout de suite, ça va très certainement être bon - l'enregistrement va **lui** permettre, à ce **moment-ci**, de passer en premier sur le plan de l'interrogation.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. le ministre. Allez-y, cher collègue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Merci, M. le ministre, de me donner l'occasion de questionner tout de suite les représentants de la CEQ, en leur souhaitant la bienvenue. Les représentantes et le représentant de la CEQ. C'était le premier tantôt, mais, là, c'est vraiment majoritaire, débordant.

Mme Pagé: Débordant! Pas trop, par exemple.

M. Trudel: C'est à 3-1. Là, je pense que c'est une illustration non seulement de ce que vous êtes comme Centrale, mais également de cette préoccupation que vous avez dans le système de la santé et des services sociaux; ça se reflète bien aussi dans les affirmations et les avancées de ce matin en termes d'acquis du régime. Comme c'est toujours trop rapide, ces présentations, vous nous avez tout de suite mis, Mme Pagé, sur une première piste. Il ne faut pas se priver de ça s'il y a quelqu'un qui a regardé ça plus précisément. J'y vais sur un élément particulier, la carte à microprocesseur, la carte à puce. Vous avez dit: Mme Chiasson a particulièrement creusé cela, c'est non. C'est non pourquoi et quels sont les éléments du danger **qui** nous guetterait, les éléments qu'on devrait prendre en compte, auxquels on aurait éventuellement à réfléchir?

Mme Pagé: Mme Chiasson va répondre à la question.

Mme Chiasson (Béatrice): La carte à microprocesseur est souvent avancée comme quelque chose qui permettrait d'améliorer les soins, mais, derrière la carte, il se cache des enjeux sociaux qui sont rarement débattus et qui devraient être débattus publiquement. La transformation du dossier médical sur support papier en dossier informatisé et en dossier médical unique qui regrouperait les informations médi-

cales concernant une personne provenant de tous les établissements et de tous les cabinets privés où elle aurait pu consulter constitue une modification de la nature du dossier médical. D'un instrument de traitement entre le médecin et le malade, le dossier devient un dossier pouvant être utilisé pour des évaluations, pour des planifications. On peut faire des couplages de données, on peut faire plein de choses avec ça. On sait qu'il n'existe aucun système informatique garanti étanche en ce moment. Sur cette question, j'ai un peu fouillé, mais je vous signale que le Groupe de recherche informatique et droit de l'Université du Québec à Montréal a travaillé de façon encore plus fouillée que j'ai pu le faire, de même que la **Ligue** des droits et libertés.

La question de la nature du changement des dossiers, premièrement, mérite un débat public parce qu'on ne fait plus la même chose avec le dossier. Deuxièmement, la non-étanchéité des systèmes Informatiques **fait** que les assureurs privés **qui** aiment beaucoup ce genre de données parce que, comme ils vous l'ont **dit**, ils ne veulent pas assurer les gros risques, eh bien, ça leur serait beaucoup plus facile de connaître les dossiers médicaux, à partir du moment où le dossier médical unique serait constitué, ce qui accompagne l'informatisation et lesquelles deux conditions sont nécessaires à la carte à microprocesseur. Voilà. Ça semble un peu complexe, c'est dit un peu rapidement, mais je pense que c'est une question sur laquelle il y a un débat à faire avant d'aller plus loin.

M. Trudel: Merci de la précision parce qu'on ne peut pas régler ça, vous avez bien raison, en cinq minutes, en répondant à une question. J'en suis et nous en sommes, au niveau de l'examen de ce que veut dire l'introduction de carte à puce, et on y ajoute généralement le bout de phrase suivante: À condition qu'il y **ait** complète étanchéité du système. Vous, ce que vous dites, ce matin, et il faudra soumettre ça au débat inévitablement, c'est: C'est impossible. Actuellement, on ne peut pas **dire**: Ça existe ça, un système de nature informatisée...

Mme Chiasson: Les experts sont unanimes.

M. Trudel: Bon. Ça veut dire aussi - je note au passage - qu'il va donc falloir amplifier de beaucoup ce que j'appellerais la surveillance de l'expérience Saint-Fabien...

Mme Chiasson: Oui.

M. Trudel: ...à Rimouski. Parce que, jusqu'à maintenant - et je ne mets personne en cause, quant à moi - l'expérience qui se déroule - Saint-Fabien ou encore Sherbrooke - toutes les garanties nous ont à peu près été données publiquement. Le fait que vous disiez, ce matin: Ça n'existe pas et les experts sont d'accord là-

dessus, un système étanche, le minimum, ça va être d'avoir un contrôle, mais extrême, sur l'expérience qui se déroule à Saint-Fabien. Je pense qu'il va falloir rapidement réexaminer dans quel cadre se fait l'expérience, non pas pour la remettre en question, mais au niveau du contrôle des éléments de cette expérience-là. Vous avez quelque chose à ajouter?

Mme Chiasson: Oui, c'est ça. J'ai participé à une consultation de la Commission d'accès à l'information sur l'informatisation du dossier médical. Le dossier qui était soumis à la consultation, malheureusement, ne parlait pas des grands enjeux que j'ai signalés tout à l'heure. Le dossier de consultation portait essentiellement sur la suggestion de toutes sortes de clés et cadenas qui auraient pour effet d'essayer de rendre le mécanisme étanche. Mais, quand on a rencontré les gens de la Commission, on nous a appris que non seulement ils n'allaient pas vers plus de clés, mais qu'ils allaient vers moins de clés et cadenas. Alors, c'est encore plus angoissant, d'une certaine façon, parce qu'au lieu d'améliorer les éventuelles protections ils s'en allaient vers moins de protection. En plus, on sait que ça ne peut pas être étanche. Alors, mollo, mollo! s'il vous plaît.

M. Trudel: Vous me faites tomber une couple de cheveux en arrière, là, parce que ce n'est pas tout à fait ce qu'on a entendu dans le discours public jusqu'à maintenant, y compris celui de la Commission d'accès à l'information. Je pense que c'est le ministre qui avait employé cette expression - si ce n'est pas le cas, il rectifiera - en disant: Dans la mesure où la Commission d'accès à l'information nous dit que l'affaire, c'est barré dur, est-ce qu'on peut y aller, au moins en termes d'expérimentation? Ce ne sont pas ces mots-là, mais c'était cette pensée...

M. Côté (Charlesbourg): La garantie de la Commission d'accès à l'information.

M. Trudel:... la garantie de la Commission d'accès à l'information. Je note, pour tout de suite, qu'il faut aussi questionner cela très sérieusement. Par ailleurs, pour le contrôle de l'utilisation de notre système, est-ce que vous avez les mêmes réticences pour les photos d'identification pour les utilisateurs?

Mme Chiasson: Personnellement, j'en ai beaucoup.

M. Trudel: Mais collectivement, disons.

Mme Chiasson: Peut-être à cause de mon âge et de mon expérience historique. Il me semble que les événements d'octobre 1970 ne sont pas si lointains. Les pays de l'Est qui

viennent de voir tomber les régimes totalitaires avaient comme pratique d'instaurer des passeports intérieurs. Même si on vit dans une société qui, pour le moment, est démocratique, on ne sait jamais ce qui nous pend au bout du nez. Je pense que la tradition britannique du maintien de la protection de la vie privée, dans ce cas-là, est à suivre. Je connais les événements d'octobre 1970. Si on avait eu des cartes avec photo, ça aurait peut-être fait plus dur que ça a fait dur. L'armée est encore venue à Oka, il n'y a pas si longtemps. On s' imagine peut-être être à l'abri de bien des choses dont nous ne sommes pas forcément à l'abri. Si les juifs, en France, lors de la guerre de 1939-1945, avaient eu, à l'époque, des cartes d'identité avec photo, il y en aurait probablement un bon nombre qui n'auraient pas échappé. Je m'excuse d'aller à des exemples extrêmes, mais je pense que, dans le domaine public, il faut aussi prévoir les exemples extrêmes. Alors, pour quelques fraudeurs, on ne peut pas imposer à l'ensemble de la population des mesures qui peuvent avoir des effets pervers.

Mme Pagé: Je pense que le type de question que vous posez, le type de réponse qu'on doit vous fournir sur ces questions montrent bien qu'on ne peut pas parler de ça par incidence pendant qu'on parle d'autres choses. Je reviens simplement sur l'exemple de l'informatisation et du microprocesseur. Vous savez, l'informatique, c'est trop souvent présenté comme un jeu de Nintendo. On a fait une guerre qui ne faisait pas de morts avec ça, il n'y a pas longtemps, dans le Golfe. Il ne faudrait pas non plus que ça devienne un processus qu'on met en branle pour s'apercevoir, après ça, qu'il a constitué une atteinte grave à la vie privée ou qu'il a permis du couplage de données. Dans ce sens-là, il faut dépasser le cercle magique et la pensée magique autour de l'informatisation et être capable de montrer les incidences que ça peut avoir dans nos vies. Mais ce n'est pas un débat qu'on peut faire, compte tenu de la complexité des questions et des recherches qu'il faut lire et des documentations qu'il faut construire pour faire ça à travers mille autres questions.

M. Trudel: Vos mises en garde font passer quelques frissons, mais il faudra très certainement, quant à moi, les examiner en termes d'argumentation parce que, vous avez raison, on ne peut pas traiter ça comme une autre question parmi les nombreuses qu'on soulève.
(12 h 30)

Les médicaments, les médicaments, les médicaments... Dans l'efficacité et l'efficacé du système, il y a deux idées, en quelque sorte, dans vos affirmations. Il y a, d'abord, le cas de la piste allemande. Si j'ai le temps, j'y reviendrai. C'est la première piste qu'il m'intéresserait de regarder un petit peu. Est-ce que vous avez analysé, de votre côté, la grande problématique

des médicaments, les producteurs de médicaments? Essayons de la résumer brièvement. C'est: ou je m'en vais vers l'achat et le remboursement de médicaments les moins chers - ça s'appelle les médicaments génériques - ou je vais vers un mélange de générique et d'origine et J'établis grosso modo - ce n'est pas ça la méthode uniquement, mais c'est pour l'image - un prix médian ou même je vais à des médicaments dits d'origine qui sont protégés pour 10 ans au Canada. Voilà pour un élément.

L'autre élément, c'est de dire: Quand nous irons tous comme système vers le meilleur **prix** disponible, on va nécessairement acheter du générique et rembourser du générique et, à ce compte-là, on va aller saboter toute l'industrie de la recherche pharmaceutique, en particulier au Québec. Est-ce que vous avez examiné ces aspects-là de dire: Au niveau du système de santé et de services sociaux, ce qui va coûter le moins cher, ça va être de rembourser uniquement le générique, mais, par ailleurs, ça pourrait arriver que, technologiquement, en matière de recherche et développement, ça nous coûte pas mal cher au Québec parce qu'on ne supporterait plus en quelque sorte le financement de la recherche ou la recherche en matière de médicaments au Québec? J'aimerais ça avoir l'état de votre réflexion parce que c'est toujours les deux éléments du débat.

Mme Pagé: Oui. Il y aura probablement des ressources qui pourront compléter la réponse que je vais vous donner. Tout d'abord vous dites que, quand on aborde la question des médicaments, il faut voir qu'il y a tout un système autour des médicaments: les fabricants en **fabriquent**, investissent des sommes très importantes dans la publicité directe auprès des médecins pour faire connaître leurs **produits**; les médecins prescrivent des médicaments sans nécessairement avoir comme **reflexe** de prescrire un médicament équivalent à un meilleur coût, compte tenu de tout ce réseau de publicité qui fonctionne bien; les pharmaciens jouent de moins en moins leur rôle-conseil auprès des consommateurs quant à l'utilisation d'un médicament par rapport à l'autre, et il y a certainement des habitudes de consommation de certains médicaments qui se sont développés au sein de nos sociétés où la pilule est souvent présentée comme le remède à tous les problèmes plutôt que de la prévention ou d'autres types de comportement ou de développement de médecine alternative. Il y a tout un système autour de la production, la prescription et la consommation des médicaments qui fait partie presque d'un débat éthique qu'il faut être capable de faire correctement.

Deuxièmement, bien sûr les compagnies productrices disent toujours qu'elles ont besoin des brevets pour leur permettre de faire la recherche et le développement. Là, il me semble que l'exemple qu'on a donné sur l'Allemagne... Ce

n'est pas un pays du tiers monde là. Ce n'est pas un pays où on peut dire que cette société a vu s'effondrer toute son industrie pharmaceutique. En même temps, on a introduit des incitatifs par la loi qui ont permis de changer des comportements et de venir transformer la logique du système qui pousse à la consommation de certains types de médicaments.

Je pense qu'il y a des coûts élevés sur certains médicaments brevetés qui durent une époque tellement longue dans le temps qu'à mon avis ça montre très bien qu'il n'y a pas là de lien direct avec la capacité de faire de la recherche et du développement. L'aspirine qui existe depuis **100** ans est encore plus élevée que le produit générique. Bayer **a-t-elle** encore besoin d'avoir ce prix-là sur les aspirines pour réussir à développer la recherche et le développement? Je pense qu'il y a des **considérations** qu'il faut avoir en mémoire, mais je pense que les résultats de ce qui se passe doivent nous amener à questionner et à introduire un changement dans la logique du système. Il y a infiniment plus à faire de ce **côté-là** que de l'autre côté. Maintenant, si **Béatrice** a creusé davantage, ou Richard...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Peut-être rapidement, oui.

Mme Chiasson: Ce ne sont pas forcément des recherches très fouillées, mais j'ai une petite anecdote en passant. Il y a une trentaine d'années, dans le cadre de mes études, j'ai visité un laboratoire pharmaceutique, puis quand ils nous ont fait visiter la salle où ils faisaient les aspirines, justement, ils étaient très fiers de nous annoncer qu'ils faisaient 1000 % de profits sur les aspirines. Alors, c'est quelque chose.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): C'était juste...

Mme Chiasson: Il y a 30 ans de ça, 1000 %. Je suis sûre que ça n'a pas diminué. Sur la question des montants consacrés à la publicité pour les médecins, on mentionne la somme de 5000 \$ dans notre document. Je n'ai pas pu le mettre à jour. C'est un minimum de 5000 \$. L'information la plus récente que j'ai obtenue concernant seulement les médicaments prescrits et ne comprenant que quelques éléments de la publicité ou de l'information faite aux médecins est autour de 3800 \$. Je continue les recherches pour avoir des informations plus précises. Mais, dans les 3800 \$ pour les médicaments de prescription, ça ne comporte pas tous les voyages à l'étranger, les repas fins **qui** sont payés par les compagnies pharmaceutiques aux médecins, sous prétexte de colloques autour d'une partie de golf ou en faisant du ski dans les plus belles stations de ski. C'est pratique courante.

Il y a aussi beaucoup d'équipement de bureau qui est donné aux médecins dans le cadre

de la publicité. Ça finit par faire beaucoup de sous. Je pense qu'un régime public universel permettrait d'avoir plus de contrôle et il y aurait moyen, dans le cadre d'un régime public universel, de trouver la possibilité de maintenir le niveau de la recherche aussi, sans que ça se fasse comme maintenant, souvent des recherches un peu sommaires, plus de l'ordre de la recette de cuisine que de l'ordre de la recherche fondamentale, ce qui sert aussi à justifier les coûts élevés des médicaments.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, M. le député, en conclusion peut-être.

Une voix: Richard.

M. Langlois (Richard): J'aurais un petit ajout, M. le député. Bon. Sur la question de la recherche et développement j'en suis, mais il me semble que de financer la recherche et le développement en encourageant des pratiques inflationnistes, ça ne **m'apparaît** pas le moyen le plus efficace pour stimuler la recherche et le développement. Même si je ne suis pas un partisan des concessions fiscales aux entreprises, ça m'apparaît quand même une méthode moins pire que de générer de l'inflation.

Deuxième point. Si je ne me trompe pas, l'industrie pharmaceutique au Québec a déjà été - là je dis ça sous toutes réserves, mais j'en suis presque **sûr** - identifiée comme étant l'une des grappes industrielles concurrentielles par le ministre Tremblay dans son schéma de grappes industrielles. Donc, nous ne sommes pas en présence d'une industrie qui a nécessairement besoin des coups de pouce dont d'autres domaines auraient besoin.

M. Trudel: Merci, au nom de l'Opposition, de votre présentation sur ce dernier aspect. C'est clair qu'il faut questionner toute la chaîne, ce que Mme Pagé nous soulève. Il faut questionner toute la chaîne partout parce que c'est gros, gros, gros ce à quoi nous sommes confrontés socialement et financièrement parlant. Merci beaucoup de cette contribution aujourd'hui. Ça va nous être très précieux. Du moins de ce côté-ci, nous en sommes assurés.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue. Je vous souhaite une bonne émission.

M. Trudel: C'est sûr que ça va être bon. Les cotes vont monter.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Lorsqu'on reçoit la CEQ, c'est plus qu'aborder nos problèmes de santé, c'est aussi

tout le **volet** instruction, éducation de ceux qui prendront la relève demain. C'est donc extrêmement important comme témoignage. À ce moment-ci, je voudrais, dans un premier temps, puisque vous avez cité le GRIS, qui est ce groupe de recherche, commencer d'abord par cela.

Je ne sais pas si **ç'a** été porté à votre connaissance, mais nous les avons reçus vendredi dernier et il y a quelques petites discussions d'entamées sur la méthodologie, sur les résultats, par conséquent. Il y a un petit écart entre eux et nous et on s'est convié à un débat ultérieur, un bon après-midi, en présence de l'Opposition, avec eux comme participants dans mes bureaux pour qu'on puisse faire un certain nombre de choses pour tenter de clarifier - et ça m'apparaît important - parce qu'à partir du moment où on va chercher des chiffres qui viennent de gens qui font de la recherche, c'est pour avoir le plus de clarté possible pour que le débat soit ouvert et transparent.

Commençons juste par ça. L'affirmation de dire qu'il n'y a pas eu d'augmentation, pour nous elle est grosse, parce qu'il faut comparer des choses qui se comparent. Tout ce que je veux faire à ce moment-ci, c'est ramener des données comparables pour qu'on en arrive à des conclusions, pas parce que ça fait l'affaire du gouvernement, mais le gouvernement aussi bien que la CEQ et le GRIS cherchent la vérité. Je pense que c'est à partir de ça qu'on va réussir à progresser.

À ce moment-ci, il y a une première chose qui me paraît indispensable. Si on veut faire en sorte qu'on connaisse les dépenses sociosanitaires, sur la période identifiée par le GRIS de 1971 à 1987, pour qu'on ait des choses comparables, je pense que les deux éléments sur lesquels on doit s'attacher, c'est les dépenses réelles per capita par rapport au PIB **réel** per capita. Là, à ce **moment-là**, on compare les mêmes choses. Quand on **fait** ça à partir de 1971 jusqu'à 1987, on est dans une situation où il y a eu, sur des dépenses réelles per capita, 64 % d'augmentation alors que le PIB **réel** per capita, lui, a été de 49 %. Donc, on est loin d'une conclusion telle que l'estimait le GRIS, selon notre vision. Évidemment, on va certainement avoir du plaisir à échanger éventuellement, mais je tenais à le camper dès ce moment-ci, de telle sorte qu'on puisse discuter de mêmes choses et qu'on puisse évoluer, par la suite, et pouvoir dire: Oui, effectivement, il y a eu une augmentation et des efforts substantiels de la part du gouvernement du Québec dans ses dépenses sociosanitaires. On ne peut pas rester sous l'impression qu'il n'y a pas eu d'efforts substantiels. Il y en a eu et je pense que ces indicateurs-là le démontrent.

Vous êtes de ceux qui réclamez un débat sur la fiscalité depuis un certain temps, un débat plus large. Vous l'avez repris ce matin et, très souvent, on vous entend répéter le même dis-

cours sur d'autres tribunes. Donc, je ne suis pas étonné, ce matin, et j'ai dit, quant à moi, que je souhaitais que ce débat-là sur la place publique ait lieu. Évidemment, il va falloir aussi se rappeler, quand on parle d'ajouter dans la dépense gouvernementale en santé, qu'on est le dossier majeur du gouvernement et que nous et le service de la dette, ça fait plus ou moins 50 %, j'allais **dire** de la problématique, mais je ne veux pas qu'on nous **voie** d'abord comme un problème. On est aussi des solutions à l'occasion. Mais c'est quand même plus ou moins 50 % du budget gouvernemental.

Il faut se rappeler aussi que la dette sur le **PIB**, on est, au Québec, à 29 %. Nos voisins, en Ontario, c'est 15 %. Notre dette per capita en dollars, au Québec, est de 6700 \$ alors qu'elle est de 4266 \$ en Ontario. Évidemment, on ne vit pas dans un monde isolé et je ne fais aucunement allusion aux choix fondamentaux sur le plan politique. Ça, c'est une autre affaire. **Mais**, de toute manière, peu importe l'avenir du Québec, on va vivre à côté de l'Ontario, à côté des États-Unis et, par conséquent, c'est des éléments dont on doit tenir compte sur notre capacité d'en ajouter plus sur le déficit. Il est déjà passablement chargé, dans un premier temps.

Donc, dans ce débat plus large... Quand je m'adresse aux gens qui forment nos générations de demain, c'est eux autres qui vont travailler demain et qui vont payer. On est dans une situation où on dit: Il faut maintenir notre système tel qu'il est et même en ajouter un petit peu, parce que j'ai l'impression qu'on souhaite qu'on en ajoute un peu sur le plan des services. Quand on les prend isolément, je pense qu'on pourrait porter le jugement que, oui, effectivement, si on avait les moyens de se les payer, ce ne serait peut-être pas mauvais.

On va donc ajouter à notre pression sur le système et on invite le gouvernement, donc, à aller sur le plan de la fiscalité. **Si** on va sur la fiscalité, on va nécessairement alourdir cette fiscalité parce qu'il est bien évident qu'à partir de l'assiette qu'on a on n'est pas capable de tout faire ça. On aura donc deux choix: le déficit, qui est déjà assez important, merci, pour les générations futures, ou on va alourdir le fiscal. Bon. Prenons pour acquis que les compagnies n'en paient pas assez et qu'on va en pelleter un peu dans leur cour pour une équité entre les moins riches et les plus riches sur le plan individuel et aussi sur le plan des compagnies. Est-ce qu'il n'y a pas autant d'inéquités dans l'une comme dans l'autre des solutions que de pelleter sur le déficit par rapport à nos générations futures?

Ça aussi, c'est un débat de société extrêmement important qu'on essaie de faire à ce moment-ci. Là-dessus, sur le plan du débat sur la fiscalité qu'on aura, j'espère bien - en tout cas, je vais être un de ceux qui va le réclamer, je vais embarquer dans votre autobus - sans

nécessairement que ce soit une commission d'enquête, mais davantage un débat public - il y a des forums qui... Est-ce qu'on n'est pas dans une situation où on est passablement coincé et que c'est plus un problème structurel que **conjoncturel** auquel il faut s'attaquer? J'aimerais vous entendre davantage là-dessus.

Mme Pagé: Tout d'abord, je ne voulais pas vous laisser croire qu'au Québec nous n'avions pas fait un effort substantiel dans notre service de santé, dans le développement et le maintien de notre service de santé. Oui, nous avons investi dans un service de santé au fil des ans et je pense que les Québécoises et les Québécois sont attachés à cet acquis, à cet outil de développement social qui est nôtre, mais je pense qu'il faut aussi réhabiliter notre service de santé. C'est un service de santé qui a donné de bons résultats, somme toute, qui nous a permis de donner des services accessibles, universels, d'améliorer globalement la condition de santé des Québécoises et des Québécois au fil des ans, dont les dépenses sont restées relativement sous contrôle et qui ne nous coûtent pas tellement plus cher que des systèmes qu'on nous présente comme plus économiques dans d'autres parties du monde. Quand on fouille davantage, on s'aperçoit que ce n'est pas du tout le cas.

(12 h 45)

Bien sûr, ça nous renvoie à des questions de financement du service de santé. Nous avons dit, quant à nous, que la voie qu'il faut privilégier, ce n'est ni la voie de la privatisation, ni la voie de la tarification, mais vraiment une voie qui est fondée sur la fiscalité, parce que c'est une voie qui appelle à l'équité et à la solidarité entre nous, qui introduit aussi des variables de transparence et de choix collectifs. Ça, c'est très important pour nous. Comme je le disais tantôt, il n'y a pas tout d'abord un niveau de fiscalité à régler, mais bien une répartition de la fiscalité.

Donc, il y a des groupes qui, présentement, soit par des politiques fiscales d'exemption, soit par des politiques d'abris fiscaux, ou par un taux d'imposition, ou par le fait qu'on ne taxe pas de la même façon un dollar qui est gagné par un salaire qu'on taxe un dollar qui est gagné par un dividende ou par un placement... Toutes ces questions-là doivent être abordées dans la fiscalité pour nous permettre d'augmenter notre assiette fiscale, mais en partageant le fardeau fiscal de façon différente. Bien sûr, si on le partage de façon différente, j'ose espérer que ce ne sera pas la classe moyenne qui va en donner plus, mais qu'on va s'apercevoir qu'il y a des catégories de personnes ou d'entreprises dans la population qui **n'ont** pas fait tout à fait la part qu'il y aurait à faire. C'est dans ce sens-là qu'il faut faire le débat sur la fiscalité. Mais on ne peut pas prendre ça juste par un petit bout, juste par le bout de la santé, comme on ne peut pas le prendre juste par le bout de l'éducation.

M. Côté (Charlesbourg): C'est un gros bout, ça.

Mme Pagé: Il faut le prendre dans son ensemble. C'est vrai qu'il y a la solidarité à l'égard des générations futures. Si on laisse à la génération future une société où le monde est moins instruit parce que l'éducation coûte cher, une société où tout le monde est malade parce que la santé coûte cher et une société où on a délabré toutes nos ressources naturelles parce que la protection de l'environnement coûte cher, je trouve que le fardeau qu'on leur laisse, il n'est pas diable, bien, **bien** plus économique que celui qu'on leur laisserait si on faisait des choix en faveur de l'éducation, de la santé, de la protection de l'environnement et du développement durable.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends tout ça. Je reviens à mon gros bout, parce que ce n'est pas un petit bout, la santé. On dit 31 %, 32 % du budget. Je suis convaincu qu'à l'éducation vous devez être jaloux de notre budget - je suis convaincu de ça - en termes de masse, évidemment. Quand on regarde ça, est-ce que je vous saisis bien en disant que le débat sur la fiscalité est davantage un débat qui doit porter sur un rééquilibrage de la fiscalité qu'un ajout à la fiscalité? Ça **m'apparaît** extrêmement important. Un débat sur la fiscalité qui n'aurait pour but que de revoir l'équilibre à l'intérieur, je pense que c'est nécessaire. Je pense qu'on doit avoir ce débat-là, mais, s'il doit porter uniquement là-dessus, on n'a pas réglé nos problèmes de santé et de gouvernement.

Aussi, l'ouverture vise davantage à aussi... Qu'on mette des priorités, qu'on dise dans un premier temps de revoir, à l'intérieur, l'équilibre, ça me paraît être indispensable, si on a un débat comme celui-là, qu'on la fasse, la démonstration. Si les tenants de l'entreprise disent qu'effectivement ils en paient plus, ils feront la démonstration. Mais à partir de ça, ceci étant fait, ça ne met pas plus d'argent dans le système pour être capable de faire face à nos besoins d'aujourd'hui et de demain.

Mme Pagé: Un rééquilibrage peut aussi se traduire par un ajout. Il y a des formules présentement qu'on a utilisées au niveau de la fiscalité et, **si** on **avait** l'occasion de s'en parler un peu plus, on s'apercevrait qu'elles n'ont pas eu vraiment l'efficacité qu'on leur prêtait, par exemple, des crédits d'impôt pour la formation professionnelle. Non seulement elles ont privé l'État d'un certain nombre de revenus, mais, en plus, le bilan qu'on peut faire après un certain temps d'usage de cette formule, c'est que ça n'a pas eu l'efficacité qu'on escomptait aussi au niveau de la formation professionnelle. À ce moment-là, renoncer à certaines approches qui ont **privé** de revenus, mais en même temps n'ont

pas été efficaces, non seulement ça introduit un partage différent, mais ça peut aussi amener des ajouts dans les revenus.

Nous ne voulons pas faire les conclusions du débat de la fiscalité avant de l'avoir commencé et d'avoir considéré tous les éléments. De toute façon, je pense que la population est consciente d'une chose: l'éducation, comme la santé, comme la protection de l'environnement, ce n'est pas gratuit, on la paie. La question, c'est: Qu'est-ce qu'on est prêts à donner pour se payer ça ensemble en ayant des objectifs d'efficacité, mais des objectifs d'équité, des objectifs de justice? Ce qu'on ne paie pas par l'impôt, on le paie d'une autre façon, par des tarifs ou par de la privatisation. Je pense que, quand on fait le débat de cette façon-là, ça nous place à un autre niveau de discussion et ça nous permet d'aborder les questions sur le fond.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense qu'on va finir par y arriver et je trouve ça très intéressant. Évidemment, on voit l'ampleur du problème. C'est qu'en révisant tout cela et en voulant maintenir notre système tel qu'il est... Je suis de ceux-là qui souhaitent le maintenir le plus intégralement possible, sans nécessairement vouloir maintenir la gare Montparnasse telle qu'elle était. Je pense qu'à l'occasion un petit rafraîchissement ne fait pas tort ou peut-être une petite vérification de l'entrée électrique pour savoir si elle a encore le pouvoir pour être capable d'alimenter ce qui va éclairer les gens la nuit, pour savoir si on va être avec des ampoules de 2 watts ou des 100 watts à l'occasion. Donc, je pense qu'il y a des petites vérifications comme ça qu'on doit faire.

Mme Pagé: On ne vous demande pas de transformer la gare Montparnasse en gare d'Orsay et en musée d'Orsay. On n'en demande pas tant.

M. Côté (Charlesbourg): Une chose est certaine, c'est qu'on est dans une situation où il y a un certain nombre de questions qu'on doit se poser à ce moment-ci. On a dit: D'abord sur le plan de l'efficacité et l'efficacéité qu'on interpelle tout le monde. Ça, c'est notre premier objectif. Délaissons le débat sur le financement, il viendra à son heure. Mais il y a des risques. Il y a des risques sur le plan de la compétitivité de nos entreprises, et ça, je pense qu'on doit continuer d'avoir ces risques.

Ce qui va me faire glisser sur médecins et pharmaciens. Ils sont ceux qui sont interpellés, en particulier les médecins, depuis le début de la commission de manière assez importante. Il faut quand même dire un certain nombre de choses aussi qui leur revient, et Dieu sait que je n'aurais pas beaucoup, beaucoup d'intérêt à faire ça. Il est clair que sur le plan de la rémunération les médecins sont passés, toutes proportions

étant gardées, par le même collimateur que tout le monde ou à peu près. Dans le document on le dit et je veux le répéter pour que ce soit assez clair. S'il y a eu un contrôle des coûts, c'est parce qu'on a contrôlé les salaires et on a contrôlé la rémunération des médecins. Ce qu'on a moins contrôlé, c'est l'ajout de médecins, ce qui fait qu'au bout de la ligne ça fait une enveloppe plus grande.

Mais, sur le plan de la **rémunération** des médecins, il y a aussi un certain nombre de risques, surtout quand on se compare à la moyenne canadienne, à ce qui est payé en Ontario, à ce qui est payé aux médecins aux États-Unis. Il y a des écarts quand même assez considérables et le danger c'est qu'on perde la main-d'œuvre qu'on a payée pour la former au niveau du Québec et qu'il puisse y avoir un glissement ailleurs sur le plan de la pratique. Ce n'est pas tellement sur la rémunération des médecins que je pense qu'il nous faut travailler, c'est sur les conséquences d'un certain nombre d'actes posés par les médecins, pas sur le plan salarial, mais ce que ça entraîne comme dépenses. Je pense que c'est là qu'il y a beaucoup de travail à faire et on aura très certainement, je pense, leur concours.

Quant aux pharmaciens, compte tenu des récentes informations, je pense qu'il faut être prudent. À notre avis, les compagnies pharmaceutiques, celles qui méritent d'être interpellées doivent l'être de la même manière qu'un autre citoyen. S'il y a des pratiques qui ne sont pas acceptables, elles ne sont pas acceptables et elles doivent passer par le même créneau de la justice que le citoyen ordinaire. Je ne voudrais pas qu'on **tire** comme conclusion que tous les pharmaciens au Québec ont été ou sont dans une situation qui a fait qu'ils ont abusé de leur pouvoir pour soutirer de l'argent au gouvernement. Je pense qu'il y a peut-être des cas, mais ce n'est pas une situation générale et la négociation actuelle avec les pharmaciens porte précisément sur une revalorisation du professionnel qui va conseiller la personne et qui ne sera pas un vendeur de pilules. Je pense aussi qu'au niveau des pharmaciens c'est leur volonté d'en arriver à ça. Il y a du travail à faire et ça peut très certainement se traduire par des économies sur le plan financier, mais davantage d'économies de consommation de médicaments qui vont détériorer la santé d'un certain nombre d'individus parce qu'il y a un mélange et qu'on va les retrouver dans nos hôpitaux.

Ceci étant dit, quand je m'adresse à une centrale syndicale, je me demande: Sur le plan de l'efficience et de l'efficacité, dans le normatif lourd - assurance-salaire, CSST - est-ce qu'il n'y a pas possibilité d'une mobilité de la **main-d'œuvre**? Est-ce qu'il n'y pas possibilité d'un nouveau contrat avec les centrales syndicales pour faire en sorte qu'on puisse, au bout de la ligne, sur le plan de l'efficience et de l'efficacité

qui se traduit par une révision du normatif lourd, révision de la mobilité, avoir des gains assez appréciables qu'on pourrait partager? La démonstration qu'on nous a faite la semaine dernière, c'est: Si vous voulez avoir des résultats, donnez-nous des incitatifs. J'imagine que ça doit être vrai dans votre domaine aussi. Est-ce que c'est possible?

Mme Pagé: Je suis tentée de vous dire que je suis bien contente que vous me posiez la question. On est une centrale qui s'est d'abord implantée dans le secteur de l'éducation et qui, depuis quelques années, s'implante dans certains domaines des services de santé. Je dois vous dire qu'on a été sidérée par la culture des relations du travail qui existe dans le réseau de la santé. C'est un réseau où l'autoritarisme gestionnaire règne en roi et maître, où la hiérarchisation des fonctions amène non seulement des frictions, mais conduit à des aberrations, où il y a également une déresponsabilisation au niveau des relations du travail. Il n'y a presque pas de mécanismes au plan local ou au plan **régional** pour régler des problèmes. C'est vraiment: Si tu n'es pas content, fais un grief. Et on empile les griefs. Il n'y a pas vraiment de dialogue qui se fait entre les représentants des travailleurs et des travailleuses et le réseau des employeurs. Il y a vraiment *une* culture des relations du travail qui est d'une autre époque et d'une autre conception même par rapport aux rapports qu'il faut développer avec les employés.

Le Japon... On se sert souvent de l'exemple japonais, du concept de qualité totale. La qualité totale, c'est zéro rejet, c'est zéro erreur, c'est zéro défaut, mais c'est aussi zéro mépris. Ça veut dire, ça, un rapport **qui** est tout à fait différent avec les employés. Je pense qu'il y a là une voie qu'il faut privilégier dans le secteur de la santé parce que quand on est capable de créer des rapports différents, non seulement on met fin à la déresponsabilisation, à la démotivation, au pourrissement du climat, mais on crée des conditions pour que les choses se fassent autrement. On est à mille lieues du réseau de la santé quant à la conception de la gestion des ressources humaines. On ne peut pas engager un dialogue comme ça, par exemple, quand on apprend à tous les ans, dans le journal, qu'on va être convoqués pour nous faire dire qu'il faut être raisonnables une fois de plus. Ça, si vous tenez à en profiter pour expliquer ça à certains de vos collègues...

M. Côté (Charlesbourg): Il dit: De quoi vous parlez, là?

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Pagé: Lisez votre journal, vous allez l'apprendre.

M. Côté (Charlesbourg): Ça ne veut pas nécessairement dire que c'est vrai.

Mme Pagé: Mme Richard, qui est vice-présidente, pourra peut-être compléter par des exemples plus concrets sur ce que je viens de vous dire au niveau de l'organisation du travail, des rapports, des voies qu'on pourrait également privilégier. Monique.

Mme Richard (Monique): Oui, je pense qu'au niveau de la mobilité il y a des négociations qui sont envisageables, mais je pense que vous parlez beaucoup, dans vos écrits, de décentralisation. Au niveau de la Centrale, je pense que la réaction, là-dessus, n'a pas été négative, mais elle a été très prudente à dire - vous me direz que c'est comme toujours - que la décentralisation, ça doit répondre à un certain nombre de conditions. Ça doit être organisé et non dit de façon péjorative, mais de façon positive pour permettre aux différents intervenants dans les milieux d'être entendus, d'être reconnus et d'être considérés. Je pense qu'il y a là **peut-être** une voie à discussion, un lieu de discussion entre nous sur le comment doit se faire la décentralisation, comment doit se faire la mise en place de vos politiques en regard de la loi 42.

Nous, on **est** présentement à vivre, avec nos intervenants en santé, des séminaires régionaux concernant la participation. Qu'elle est sa signification? Comment **lie-t-on** ce que vous proposez avec ce qu'on a déjà dans nos conventions collectives? Je pense qu'il y a beaucoup d'intérêt, mais, en même temps, il y a beaucoup de méfiance parce que l'expérience fait en sorte que dans l'application, quand on a eu un certain nombre de **mécanismes de** consultation, ça n'a pas été très concluant. Je pense qu'il y a beaucoup d'énergie à mettre là-dessus. Quand Lorraine disait tantôt: C'est non au mépris, je pense qu'il y a une certaine reconnaissance des rôles. On a du travail à faire auprès de nos membres pour une ouverture, mais, en même temps, ça doit avoir son pendant de l'autre côté pour qu'on soit en mesure de se rencontrer. Je pense que, là, il y aura des lieux de discussion qui pourront être mis en place et qui pourront être intéressants.

M. Côté (Charlesbourg): Le temps est toujours trop court, parce qu'on pourrait aller plus loin sur ce questionnement-là. Évidemment, la carte à microprocesseur c'est à mon point de vue l'élément le plus étonnant dans le dossier de la Centrale. Je suis un peu perturbé par votre intervention sur la carte à microprocesseur et je vous trouve bien pessimiste quant à l'utilisation et aux vertus - parce qu'il y a des vertus à la carte à microprocesseur - **au** dossier de l'individu qui pourraient être facilement admissibles à... Celui à qui on reproche de poser trop d'actes, de donner trop de médicaments, en

l'informant de bonne manière sur tout ce qui a pu se faire sur le dossier de l'individu, je pense qu'on améliore la qualité du diagnostic et, par conséquent aussi, du traitement de l'individu.

Il y a donc des vertus à une carte comme celle-là et c'est un peu pour ça qu'on a décidé de le soumettre à une surveillance très serrée de la Commission d'accès à l'information, d'en faire un projet-pilote, par exemple, au niveau de Rimouski et de Saint-Fabien, qui lui, au bout de la ligne, va nous donner quels sont les revers, je l'espère bien à tout le moins... une étude très serrée de ce que ça peut être. Mais il ne faut pas penser qu'aujourd'hui notre dossier est en parfaite sécurité et à l'abri de tous les regards indiscrets qui automatiquement avec une carte à microprocesseur les rendrait accessibles... J'ai compris qu'il y a bien du monde **qui** a de l'information et ça ne prend pas la photo, là. Ils ont développé au fil des années toute une série d'astuces pour être capables d'aller dans nos dossiers et, quant à moi, ça serait davantage une sécurité.

Je suis allé visiter moi-même le dossier du CHUS à Sherbrooke qui est sous la surveillance d'employés. Quant à l'accès de l'information, je peux vous dire que le bénéficiaire, qui n'était pas un bénéficiaire imaginaire - c'était un vrai - qui a permis qu'on vive l'expérience avec lui et qu'on entre dans son dossier... Je peux vous dire que la profession médicale et tous les intervenants du centre hospitalier nous ont fait la démonstration assez rapide des avantages, sur le plan qualitatif, des services donnés à un individu dans ce système-là. Moi, j'ai hâte de voir les conclusions et qu'on fasse la vraie expérience et, par la suite, mettre les balises qu'il faut pour éviter que des gens se servent de ça à d'autres fins que ce pourquoi il serait implanté.

Mme Pagé: Je ne voulais pas vous perturber ce matin, ce n'était pas mon objectif. Simple-ment, le débat doit nous permettre de poser des questions pour qu'ensemble, soit dans des expériences-pilotes, soit dans des forums de discussions, on soit capables d'avoir les réponses à ces questions. Je pense que c'est là un élément de transparence. Vous avez parlé tantôt du GRIS. Je sais que vous allez poursuivre vos travaux avec eux. Je pense que ça aussi c'est un élément où il serait intéressant que plus de personnes puissent assister à ces débats. Nous-mêmes, quand nous creusons certaines questions, nous constatons que nous sommes un peu tributaires des chiffres des uns et des autres et, quand le débat est public, quand les échanges d'information se font publiquement, on est capables d'arriver à des points de vue qui sont mieux étayés et où, au lieu de faire une discussion de cinq minutes sur les batailles de chiffres, on est capables d'aller tout de suite sur le fond des questions.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci.

M. Côté (Charlesbourg): Soyez sûre que c'est avec grand plaisir que je vais vous donner un compte rendu de notre rencontre, ce qui va vous permettre d'avoir les bons chiffres.

Mme Pagé: S'il vous plaît, pas de surprises malheureuses dans le discours du budget par rapport au financement de la santé.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Malheureusement, c'est le temps qui nous manque.

Mme Vermette: ...demander qu'il y ait des gens qui soient conviés à cette rencontre au niveau du GRIS.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le ministre, rapidement, en concluant.

M. Côté (Charlesbourg): C'est à dire qu'on a accepté que le porte-parole de l'Opposition soit assis à la table et qu'il puisse poser les mêmes questions et qu'on parle des mêmes chiffres.

Mme Vermette: Oui, mais ce qui peut être aussi souhaitable...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le ministre, remerciez nos invités.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Pardon?

Mme Pagé: Ce serait intéressant qu'on soit nombreux à parler.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ce qu'on va faire.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Nous suspendons nos travaux à 14 heures.

(Suspension de la séance à 13 h 5)

(Reprise à 14 h 23)

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, la commission des affaires sociales reprend ses travaux. J'invite donc la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec à prendre place. Le Dr Roy passe devant la caméra encore. Oui. Alors, j'invite la porte-parole à s'identifier et à présenter les personnes qui l'accompagnent.

FIQ

Mme Boulanger (Sylvie): Oui, alors, je suis Sylvie Boulanger, la première vice-présidente de la Fédération. J'ai deux conseillères qui m'accom-

pagnent. Il s'agit de Marie-Andrée Comtois et de Lucie Mercier, conseillères au secteur santé. J'excuse tout d'abord Mme Diane Lavalée, qui devait être présente aujourd'hui, mais, comme nous tenons à partir d'aujourd'hui un conseil fédéral au Sheraton Laval, elle a dû être présente là-bas.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Vous connaissez les règles de procédure. Vous avez 15 à 20 minutes pour faire une présentation. Par la suite, vous échangez avec les deux formations politiques.

Mme Boulanger: Parfait. Bonjour, M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les membres de la commission. C'est avec plaisir que la Fédération des infirmières et infirmiers a accepté de participer à cette commission pour y amener le point de vue des infirmières. La RIO est une fédération syndicale qui regroupe 44 000 infirmières. Elle représente donc 71 % de toutes les infirmières du Québec et 95 % de celles qui sont syndiquées. Finalement, plus de 90 % de nos membres sont des femmes.

Notre membership s'étend à la grandeur du Québec et est composé exclusivement d'infirmières qui travaillent dans 450 établissements du réseau, centres hospitaliers, centres d'accueil, CLSC, établissements privés et centres de services sociaux. C'est donc dire que notre expertise se nourrit d'expériences de travail très variées auprès des divers types d'usagers et d'usagères des services de santé du réseau. Témoins privilégiés du système de santé quotidien, nous sommes à plus d'un titre préoccupés par la qualité des soins dispensés. Le débat actuel sur le financement nous interpelle parce que l'avenir du système nous concerne directement en tant que professionnelles de la santé, en tant que femmes et aussi qu'usagères des services.

Nous aimerions d'abord attirer votre attention, comme plusieurs groupes l'ont fait depuis le début des travaux de la commission, sur le fait que, malheureusement, nous discutons du financement en l'absence d'une politique de santé et de bien-être. L'absence de cette politique, pourtant promise depuis déjà tant d'années, est pour nous significative de l'orientation du ministre quant à l'objectif visé par cette commission, à savoir trouver à court terme des solutions aux problèmes financiers actuels du gouvernement. De plus, nous trouvons que cette commission est à la fois trop courte dans le temps et à la fois trop restreinte quant au nombre d'intervenants. Dans le cadre du lien que le ministre dit vouloir établir entre le citoyen payeur et le citoyen consommateur de services, nous espérons que la présente commission n'est pas **représentative** de la place qui sera accordée aux citoyens payeurs et consommateurs face à tous les décideurs qui se retrouvent ici.

Le contexte économique actuel est certes difficile et nous reconnaissons qu'il est on ne peut plus normal, en période de crise, telle que celle que nous traversons actuellement, de chercher les moyens de s'en sortir à un moindre coût. Mais la crise ne sera pas éternelle et nous devons aussi regarder le long terme. En ce sens, nous déplorons vivement que les propositions avancées par le ministre ne correspondent en très grande partie qu'à des aménagements à l'intérieur du système actuel, qu'à des modifications en fonction des effets les plus directs et les plus à court terme possible sur le financement du système.

La **FIQ**, quant à elle, a exploré une autre voie. Celle-ci devrait nous conduire au-delà d'un redressement, aussi radical **soit-il**, à une transformation majeure des orientations de notre système de santé. L'accent que nous entendons mettre sur la nécessité d'investir dans la prévention n'est pas nouveau. Nous avons maintes fois répété notre conviction que trop souvent le **curatif** supplée à l'absence de prévention ou à une prévention inadéquate. Mais, aujourd'hui, nous voulons aller plus loin et mettre la prévention au cœur de notre système de santé. Mais, avant de vous présenter notre réflexion, nous examinerons les grands choix qui nous sont présentés dans le document **ministériel**. Contrairement à notre position axée sur la prévention et le long terme, ces propositions, comme nous vous le démontrons à partir de la page 7 de notre mémoire, s'articulent autour du curatif et du court terme.

Pire encore, plusieurs mesures mises de l'avant menacent les acquis importants de notre système de santé en s'attaquant aux principes fondamentaux d'accessibilité, d'universalité et de gratuité - mettez-le entre guillemets parce qu'on sait tous qu'on paie par nos impôts. Ces principes devraient, selon nous, demeurer entiers dans leur application, préservant ainsi le caractère public de notre système. La crise économique que nous connaissons actuellement ne doit pas être le prétexte pour faire basculer ces acquis sociaux en matière de santé. Bien sûr, les plus démunis, nous promet-on, ne seraient pas touchés. Mais où s'arrête la pauvreté dans un contexte où le chômage est une menace et où les difficultés économiques des entreprises obligent les travailleurs et les travailleuses à accepter une diminution de leurs conditions de travail? La pauvreté atteint aussi les petits salariés. Il est difficile de croire qu'en 1992 le salaire minimum soit suffisant pour faire vivre une famille, suffisant pour assurer à chacun des membres les conditions nécessaires au maintien d'une bonne santé.

Choisir entre la réduction du panier de services, l'augmentation des impôts ou la contribution directe des consommateurs de services constitue un piège dans lequel il serait très dangereux de tomber. Comme nous vous le disons

à la page 10 de notre document, M. le ministre, nous croyons que le questionnement entourant le financement des services gouvernementaux devrait s'articuler autour de l'élaboration d'un projet de société qui situerait la place du système de santé et celle des politiques sociales.

Voyons maintenant nos réactions aux propositions ministérielles. En ce qui concerne le contrôle des salaires, nous tenons à vous rappeler que les infirmières, tout comme les autres salariés des secteurs public et parapublic, ont démontré qu'elles acceptaient de faire leur part en ce qui concerne la rémunération de tous les intervenants du système. L'exemple du printemps dernier ne devrait pas être oublié. Par contre, c'est à la table de négociations que les salaires devront être discutés. Permettez-nous également de vous exprimer notre surprise de constater que ce n'est qu'à l'égard des salariés que des propositions précises sont faites. Pour ce qui est des cadres, des autres professionnels et même des médecins, aucun chiffre ni pourcentage n'est avancé. Pourtant, leur rémunération dépasse de loin celle des simples salariés du secteur de la santé.

De plus, en ce qui concerne les modalités de rémunération des médecins, le ministre glisse tout au plus la nécessité d'un meilleur contrôle en regard des besoins réels de la population et avance l'idée d'un horaire pour certaines activités de gestion d'enseignement et de prévention. Mais au niveau des soins **curatifs**, où se concentre la majeure partie de leur activité, n'y aurait-il pas lieu, après 20 ans d'expérience, d'évaluer si le mode de rémunération à l'acte convient toujours?

La **FIQ** ayant déjà fait connaître son opposition au ticket orienteur, nous ne nous y attarderons pas ici. Qu'il nous suffise donc de réitérer cette opposition en raison des entraves à l'accessibilité que cette mesure entraînerait. Le problème de mauvaise utilisation des services auquel cette mesure voudrait répondre devrait, selon nous, trouver sa solution dans une accessibilité accrue aux services de première ligne des CLSC ainsi que par des mécanismes de tri dans les urgences, les services de consultation et de référence téléphonique et de larges campagnes d'information quant aux services appropriés et disponibles dans chaque région du Québec.

Par contre, notre position envers la cotisation des travailleurs et travailleuses, l'**impôt-santé** ou l'utilisation d'une partie de la TVQ pour financer le système de santé en est une d'ouverture, mais aussi d'extrême prudence. D'un côté, nous apprécions que ces moyens s'inscrivent dans une responsabilisation collective, mais, d'un autre côté, nous pensons que l'étude de ces options est encore prématurée.

Par ailleurs, nous sommes en désaccord avec tout moyen de financement qui ferait appel à une contribution directe individualisée à l'égard des

usagères et des usagers des services de santé et des services sociaux. C'est une piste qui devrait être abandonnée et ce, d'autant plus qu'une fois encore l'absence de l'axe **prévention** dans la philosophie du réseau est responsable en bonne partie des besoins en services **curatifs**.

Quant à savoir **s'il** convient ou non de créer un fonds général des services sociaux et de santé, nous en reportons aussi la réponse au débat entourant la question de la fiscalité. Mais il nous apparaît contradictoire de vouloir isoler les coûts des soins **curatifs** des investissements qui nécessiteraient une véritable politique de prévention. En effet, l'environnement, le revenu, l'emploi, les conditions de travail, l'éducation sont autant de déterminants de la santé et **il** nous semble très difficile de séparer dans les dépenses publiques les coûts associés aux différentes responsabilités de l'État. Mais des améliorations sont possibles entre autres en ce qui concerne l'efficience. Ainsi en est-il du contrôle des prix. Bien appliqués, dans le respect de la **sécurité** des bénéficiaires et de la qualité du matériel utilisé, les achats de groupe peuvent en effet permettre une diminution intéressante des prix pour l'achat des médicaments, notamment par la négociation avec les fournisseurs.

La voie d'un impôt-services sur les services complémentaires nous semble par contre à écarter parce que réduisant l'accessibilité et allant à rencontre d'un objectif de prévention. D'autre part, pour contrer la hausse des dépenses engendrée par une mauvaise utilisation des médicaments, la pratique médicale devrait être questionnée, des Informations devraient être fournies aux consommateurs et consommatrices, la voie des médecines alternatives devrait être explorée et un meilleur contrôle de la distribution des médicaments sur ordonnance développé.

Il nous apparaît aussi justifié de vouloir limiter le rythme d'augmentation du nombre de médecins. D'ailleurs, ce n'est pas un problème de pénurie qui se pose chez les médecins, mais plutôt un problème de répartition géographique. Les champs de pratique des différentes professions représentent également un terrain où il y a place pour des améliorations au niveau des coûts. Ainsi en est-il de la reconnaissance de la profession des sages-femmes. Le gouvernement a certes fait un pas dans cette direction, mais il n'en demeure pas moins que, deux ans et demi après l'adoption de la loi, les projets-pilotes ne sont toujours pas démarrés. La pratique des accouchements en maison de naissance, en plus d'apporter une nouvelle approche moins médicalisée de la grossesse normale et de l'accouchement, nous semble également un moyen de diminuer les coûts par rapport à l'approche interventionniste qui prévaut en **milieu** hospitalier.

Il y a d'autres catégories d'intervenants également qui peuvent offrir des services différents et à moindre coût. On pense notamment

aux médecines alternatives qui, malheureusement au Québec, ne peuvent se développer que sous l'oeil vigilant et protectionniste du corps médical. L'implantation des consultations téléphoniques est aussi une initiative qui, non seulement devrait viser et canaliser les consultations vers les services appropriés, mais devrait avoir un objectif plus large d'éducation, contribuant ainsi au développement de l'autonomie de la population en ce qui concerne la santé. À partir des besoins exprimés lors des consultations téléphoniques, le personnel pourrait également référer les personnes aux bons endroits, diminuant ainsi la mauvaise utilisation des services. Finalement, ces services pourraient évaluer les besoins d'information de la population et collaborer à la **sélection** de thèmes qui pourraient donner lieu à de plus vastes campagnes d'information.

Au chapitre de l'amélioration des volumes d'activité et dans l'objectif d'assurer la responsabilisation collective et la transparence des dépenses, nous croyons que les consommateurs et consommatrices, une fois leur accessibilité au régime établie, devraient utiliser leur carte d'assurance-maladie avec autant de parcimonie qu'une carte de crédit et devraient signer, après le traitement ou la consultation, le talon qui va à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. C'était une proposition du ministère inscrite au livre blanc et qui a été retirée, suite aux négociations avec les médecins, à l'été 1991. L'envoi d'un bilan annuel des services reçus pourrait assurer une plus grande transparence, mais il devrait être assorti de mesures garantissant la confidentialité des données et du dossier de l'utilisateur.

Finalement, nous croyons que nous ne pouvons pas faire un débat sur le financement sans questionner l'état de la pratique médicale et de la technologie diagnostique et thérapeutique qui la supporte. La question des technologies se pose d'une manière différente en médecine par rapport à d'autres domaines parce que, ici, elles se superposent les unes aux autres au lieu de se remplacer. Par exemple, le scanner ne remplacera pas le rayon X, mais s'ajoutera à la panoplie d'exams. De plus, les médecins ont tendance à moins se fier à leur jugement clinique qu'ils ne le faisaient auparavant et, de ce fait, multiplient les exams; on a juste à penser à la médecine défensive.

Passons maintenant à notre piste de réflexion, la prévention. Ceci n'a rien de spectaculaire et ce n'est pas non plus une idée nouvelle. Privilégier la prévention telle que nous l'envisageons signifie agir en aval de la maladie, sur les causes et, partant, sur les déterminants de la santé. Privilégier la prévention pour améliorer la santé de la population nous **impose** une nouvelle philosophie par rapport à l'approche de la santé. Cette option s'associe à une vision large de la santé qu'il faut situer à un niveau social et collectif plutôt qu'individuel, puisqu'elle

se réfère au milieu et non à la personne ou au cas par cas. L'approche sociale de la santé s'effectue par le biais des déterminants de la santé, c'est-à-dire les facteurs de risque liés à l'environnement social, économique, culturel et physique. C'est donc l'ensemble du milieu de vie qui influence l'état de la santé d'une population et non pas uniquement le niveau des dépenses pour les soins **curatifs**. Le revenu, le logement, la scolarité, le travail et le soutien social sont donc autant de facteurs qui, à travers les conditions de vie qui leur sont associées, influencent l'état de santé. L'amélioration des conditions de vie ne peut donc se faire sans une meilleure répartition de la richesse collective. Elle **implique** une nécessaire concertation de l'action Interministérielle, une concertation de l'ensemble des politiques gouvernementales et ce, à partir d'une **véritable** politique de santé.

Il ne faut pas oublier que des économies à court terme dans un secteur peuvent générer des coûts additionnels dans un autre. Prenons pour exemple la réforme de l'aide sociale. Elle a contribué à la détérioration des conditions de vie et à l'effritement du tissu social en milieu défavorisé et, partant, elle a contribué à la détérioration des conditions de santé. Globalement, les groupes défavorisés cumulent un maximum de risques et l'écart de santé entre riches et pauvres s'accroît. C'est pourquoi le virage vers la prévention entendue au sens large ne peut être dissocié d'un virage vers l'équité sociale, tant au niveau de l'emploi, de l'éducation, du logement, des conditions de travail que celui du revenu.

C'est pourquoi le débat sur le financement doit s'insérer dans un projet de société. De plus, la prévention entendue dans son sens large, contrairement au modèle curatif très lourd et très coûteux, est de nature à permettre des améliorations de la santé de la population à un meilleur prix, puisqu'elle agit en aval de la maladie, sur les déterminants de la santé, avant même que celle-ci ne se détériore.

En abordant la santé sous l'angle de la prévention, nous devons prendre en considération la contribution qui peut être faite par les praticiens et praticiennes des médecines douces et des pratiques alternatives. Le livre blanc «Une **réforme** axée sur le citoyen» avait annoncé qu'il faudrait définir le rôle et la place des thérapies alternatives. Un débat doit donc être tenu en ce sens. Ces thérapies reposent sur une conception plus globale de la personne, une philosophie moins interventionniste. En ce sens, ne sont-elles donc pas susceptibles de contribuer à l'amélioration de la santé de la population autant qu'à la diminution des coûts?

Il serait illusoire de croire, en recentrant les objectifs du système de santé sur une vision sociale large des objectifs de résultat, que nous parviendrions en peu de temps à des **améliorations** substantielles. C'est pourquoi, à court terme,

nous devons maintenir les soins curatifs au niveau actuel afin de préserver une certaine équité entre les groupes sociaux. Leur évolution doit pourtant être contrôlée de façon à pouvoir dégager des ressources transférables au chapitre de la prévention. Actuellement, 5 % des dépenses du gouvernement sont faites au chapitre de la prévention et 95 % des dépenses sont engagées dans les soins curatifs. C'est une approche qui va à l'encontre d'une philosophie axée sur le mieux-être collectif par la prévention. Le manque de coordination des efforts des divers ministères du gouvernement et des divers paliers de l'administration publique nous amène à penser qu'il faut absolument que se dégage une volonté politique du gouvernement qui ait pour effet d'assurer une coordination des politiques à caractère social et économique, **qu'elles** concernent directement ou indirectement la santé.

En conclusion, il nous apparaît urgent de remettre le système de santé sur les rails qui conduisent vraiment à une **amélioration** de la santé, ce qui, selon nous, passera inévitablement par une politique de santé axée sur la prévention. Mais d'ici là, nous **demanderez-vous**, qu'est-il possible de faire pour comprimer les dépenses et surtout comment, en investissant dans la prévention, pourrions-nous faire de plus grandes économies que celles proposées dans le document?

Nous devons tout d'abord veiller à ce que les mesures mises de l'avant pour résoudre **les** problèmes actuels ne viennent pas contrecarrer des objectifs de prévention. Bien sûr, il faudra attendre quelques années avant de toucher les dividendes d'un investissement majeur dans la prévention. C'est en regard des générations futures et, dans certains cas, on peut même parler de la génération montante, que les effets d'un virage radical en faveur de la prévention pourront se faire sentir. À ce moment, nous pourrions parler avec fierté d'un système de santé qui, en s'attaquant à tous les déterminants importants de la santé, aura contribué à améliorer la santé de la population du Québec dans son ensemble.

En résumé, le message que la **FIQ** vous transmet est simple. Premièrement, nous croyons que les coûts du système sont encore sous contrôle et que la collectivité québécoise tient toujours aux principes fondamentaux d'accessibilité, de gratuité, d'universalité qui préservent le caractère public de notre système de santé. Deuxièmement, nous pensons qu'il faut de toute urgence modifier la philosophie du système pour investir dans la prévention, laquelle pourra, à long terme, amener une diminution substantielle des coûts. Par la prévention, nous investissons dans le futur et, tout comme le ministre le souhaite, nous travaillons aujourd'hui pour les générations de demain. Troisièmement, nous déplorons l'absence d'une politique de santé et de bien-être et nous réitérons notre **demande** au

ministre pour que celle-ci soit rendue publique le plus rapidement possible avant que les décisions sur le financement ne soient prises.

Finalement, avant de mettre de l'avant les nouvelles sources de financement et même de songer à augmenter l'impôt sur le revenu, il y aurait lieu d'attendre un débat sur la fiscalité dans la recherche d'une meilleure équité dans la répartition du fardeau fiscal des Québécois.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Je vous remercie, Mme Boulanger. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Très heureux de recevoir des représentantes de la FIIQ qui ont été à peu près dans tous les débats sur la réforme et qui ont toujours eu une contribution extrêmement positive. C'est dans ce courant-là que nous allons tenter de passer les 15 prochaines minutes à vous interroger. La politique de santé et de bien-être, évidemment, je répète que ça va venir. C'est convergent. J'aurais souhaité qu'elle le soit avant. Mais, ceci étant dit, elle s'en vient et elle sera donc là pour terminer les grands documents de la réforme: la réforme elle-même, la politique de santé et de bien-être et le débat sur la fiscalité.

(14 h 45)

Régions une chose immédiatement, je pense. Ça m'apparaît très important. Je n'ai pas pu le faire ce matin parce que ça ne m'apparaissait pas suffisamment clair, mais en disant: Ça ne presse pas, ça ne presse pas tant que ça sur le plan de la fiscalité, non, un débat plus large et, après ça, on interviendra... Le débat sur le financement du réseau était, en partie, incorporé à la réforme en décembre 1990. Au printemps 1991, l'Opposition, en particulier, et les gens ont souhaité qu'on fasse un débat distinct sur le financement du réseau, ce qu'on a accepté. D'ailleurs, dans les équilibres financiers, il y avait des sommes d'argent prévues pour ces mesures qui ont été reportées dans le temps pour être capable de faire un débat très large sur le financement du système de santé, ce que nous avons maintenant. Mais il ne peut pas être question, à ce moment-ci, à tout le moins pour nous, de reporter ou d'attendre la fin du débat plus large sur la fiscalité que souhaitent les syndicats, auquel j'adhère de manière publique depuis au moins ce matin. On ne peut pas... il n'est pas question de reporter des décisions que nous avons à prendre dans ce contexte-là. Donc, il faut qu'à ce niveau-là ce soit très clair et nous devons poursuivre nos échanges quant au débat que nous avons maintenant.

Est-ce que, pour la FIIQ, ce que je crois comprendre, c'est que les finances publiques, à ce moment-ci, c'est davantage conjoncturel que structurel? Si j'ai bien tenté de décoder, là, en disant qu'il y a une crise économique... on pourrait tirer la conclusion que, si c'est une

crise, il y aura reprise éventuellement et que les finances publiques ne seront pas dans l'état où elles sont maintenant si on est dans une situation de croissance économique. Est-ce que je dois comprendre que, pour vous autres, c'est davantage conjoncturel que structurel?

Mme Boulanger: Effectivement, à la lueur de ce qui a même été démontré aussi dans votre document, jusqu'au tout début de la crise en 1990, il y avait un maintien, là, une stabilité dans les dépenses en ce qui concerne la santé. En ce sens-là, on nous dit: Oui, effectivement, ça a empiré avec la crise économique. Mais je pense qu'il y a lieu, là, avant de tout chambarder, avant d'aller essayer de chercher du financement dans la poche du citoyen, directement, autrement que par l'impôt... On s'entend bien? Je pense qu'il y a moyen de regarder le contrôle qu'on peut faire à l'intérieur du système même, là.

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, moi, je suis d'avis que c'est davantage un problème structurel, qu'on le traîne depuis de nombreuses années, le plus bel exemple étant la facture qu'on a à payer aujourd'hui pour les 15 dernières années. Uniquement au niveau du financement de nos dépenses courantes, de notre épicerie, c'est 20 000 000 000 \$ qu'on a pelletés pour les générations futures, qui devront payer. Donc, c'est quand même beaucoup d'argent. Et on a, au fil des années, traîné ça.

Bon, ajoutez à cela - et je pense qu'on s'entend assez bien là-dessus, au moins là-dessus - le **meu, meu, meu** du fédéral qui est un des éléments importants dans le système où, effectivement, le gouvernement du Québec a récupéré le désengagement du fédéral et l'a pris à même ses deniers. C'est une partie importante de nos troubles sur le plan financier. Mais reste néanmoins que c'est une problématique qui est beaucoup plus structurelle que conjoncturelle.

Donc, à partir de ce moment-là, le débat sur la fiscalité, pour les centrales syndicales que nous avons entendues ce matin, est réclamé parce que ça se répand, **parmi** la classe moyenne en particulier, qu'eux, ils en paient trop par rapport à ce que les compagnies paient, par rapport à ce que les gens plus riches paient. On dit: À partir de ce moment-là, on veut avoir un débat public sur la fiscalité. Moi, j'ai dit: Je suis rendu que j'y crois, là, pour qu'on finisse par avoir un plancher ou une base sur laquelle tout le monde s'entende.

Si c'est vrai que les compagnies en paient déjà trop, elles viendront en faire la démonstration. Si c'est vrai qu'elles ne peuvent pas en payer plus pour continuer de demeurer concurrentielles par rapport à l'Ontario, nos voisins, et les États-Unis, avec qui on est en compétition, la démonstration se fera. Donc, chacun viendra faire sa démonstration. Est-ce qu'à votre point

de vue un débat sur la fiscalité devrait avoir pour seul objectif une meilleure répartition ou une meilleure équité de l'assiette fiscale actuelle? Ou, au contraire, est-ce que ce débat-là pourrait déboucher sur la possibilité d'aller chercher des recettes fiscales additionnelles?

Mme Boulanger: Je pense qu'il y a un petit peu des deux. En premier lieu, oui, évidemment, on va faire un débat sur la fiscalité. On souhaite un débat sur la fiscalité pour qu'il y ait davantage d'équité entre tous les payeurs d'impôt de la province. Puis ça peut arriver qu'en bout de ligne on décide, en tout cas, qu'il y ait des décisions qui se prennent, soit qu'on paye assez d'impôt, soit qu'on doive augmenter les impôts, soit de part et d'autre les corporations ou au niveau des particuliers. Mais ça doit s'inscrire aussi dans un projet de société. Il faudra, quand on va faire ce débat-là, qu'on puisse se dire, tout le monde, les Québécois, sur quoi on veut investir, sur quoi on est prêts à investir et si ça doit nécessiter de l'impôt. Si on a une augmentation, par exemple, d'impôt, on aura décidé tout le monde de la faire. On ne fera pas ça individuellement. Mais je pense que les deux sont très intimement liés: d'une part, l'équité et, d'autre part, oui, ça peut arriver qu'on doive aller chercher des sources supplémentaires de financement, mais ça dans un projet de société global.

M. Côté (Charlesbourg): Dans votre esprit, la possibilité d'aller chercher des sommes additionnelles sur le plan de l'impôt vient donc... Et je le comprends, je le partage aussi. Il faut au moins s'assurer, dans un premier temps, que ce qu'on a est bien réparti. Dans un deuxième temps, une possibilité... Mais, entre-temps, ce n'est pas un débat qui risque, disons, de se régler dans l'espace de deux ou trois mois, j'ai l'impression. Alors, ça va être un très grand débat.

On dit, dans l'intervalle, qu'il faut maintenir le niveau de dépenses dans le curatif, dans le système que nous connaissons maintenant et même ajouter des sommes dans la prévention, de telle sorte qu'on puisse agir sur les déterminants et se retrouver, dans quatre, cinq, six ou sept ans, dans une situation où on commence à renverser la pyramide et où on a des gains. Ce qui veut dire qu'entre-temps on augmente notre déficit parce que ça va être la seule possibilité. Si on ne joue pas sur l'impôt ou sur les taxes maintenant, l'autre possibilité, ce sera d'augmenter le déficit et, par conséquent, de taxer les générations futures, parce que, inévitablement, un déficit, il faut qu'il se paye par quelqu'un, à un moment donné. On en sait quelque chose. Nous autres, on paye pour les déficits des années passées et on va payer pendant toute notre vie.

Est-ce qu'il n'y a pas non plus une certaine inefficacité aussi vis-à-vis des générations

futures qu'on veut protéger? C'était clair dans votre démonstration, là, qu'il fallait agir sur la prévention maintenant pour les générations futures, mais est-ce qu'en ajoutant au déficit maintenant on n'hypothèque pas non plus les générations futures?

Mme Boulanger: Vous avez peut-être oublié que dans la démonstration qu'on a faite aussi on a dit qu'il y a des endroits où on peut davantage contrôler, où on peut améliorer l'efficacité...

M. Côté (Charlesbourg): Mais je vais y arriver, là.

Mme Boulanger: Oui. Vous allez y arriver?

M. Côté (Charlesbourg): Je ne l'ai pas oublié. Je vais y arriver.

Mme Boulanger: Mais alors, avant de renverser complètement la vapeur ou de dire: J'en ajoute en prévention, mais je laisse actuellement mon système curatif, mon système curatif, oui, là, j'en ai besoin, les gens ne sont pas habitués à la prévention... O. K. Mais, là-dedans, il y a moyen de rationaliser et de contrôler, en tout cas, rendre ça un peu plus efficace. Cet argent-là qu'on récupère, oui, il va aller à la prévention. Actuellement, je n'ai pas parlé de dépenses supplémentaires.

M. Côté (Charlesbourg): Mais évidemment, on a passé la semaine dernière à s'interroger et à interpeller, là, et il y a des chiffres qui se sont proménés. On a dit: Bon, parfait, il y a peut-être possibilité dans certains éléments, mais évidemment, ce qu'on s'est fait dire, c'est que ça prenait des incitatifs. Si vous voulez avoir de bons rendements par les mesures que vous avez proposées, s'il y a des incitatifs, ça pourrait donner des résultats assez intéressants.

D'autre part, ce qu'il faut constater, c'est qu'on a exploré un grand nombre de pistes. Il y en a d'autres qu'on ne connaissait pas qui nous ont été mises sur la table. Bravo! Je pense que la commission aura au moins permis ça. Mais ce n'est pas des mesures qui rapportent demain matin. Vous qui vivez quotidiennement dans des centres hospitaliers, dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée et ainsi de suite, quelles sont les mesures au-delà de celles qu'on a évoquées tantôt, là? L'Info-Santé, ça, c'est investir pour informer le monde pour aller à la bonne place. C'est clair qu'il y aura des économies. Mais dans le quotidien, demain matin, quelles sont les mesures qui nous permettraient d'économiser et de dégager des marges de manœuvre qui vont nous permettre de ramener, par exemple, le niveau de dépenses à IPC plus 3 %? C'est déjà un exercice assez laborieux, merci, puisqu'on est davantage à IPC plus 4, 2 %, à ce moment-ci. En plus de ça, quelles sont les

mesures qui nous permettraient de dégager des marges de manoeuvre pour effectivement aller dans la prévention? J'ai l'impression que notre système, c'est un peu ça son problème. Il n'a jamais dégagé les marges de manoeuvre pour être capable d'agir sur la prévention de manière aussi importante qu'on l'aurait souhaité, et c'est davantage le curatif ou le secteur santé qui s'est accaparé des marges de manoeuvre que le gouvernement a dégagées au fil des années.

Alors, J'aimerais ça, moi, de manière concrète, au-delà des achats regroupés, là, dans le quotidien... Vous avez parlé tantôt des sages-femmes...

Mme Boulanger: Entre autres.

M. Côté (Charlesbourg): Les sages-femmes, moi, je pense que ça peut améliorer l'offre de services aux femmes qui pourront choisir des modes alternatifs, selon ce qu'elles souhaitent. Je ne suis pas sûr nécessairement que ça apporterait des économies dans le système. Je ne suis pas sûr que, demain **matin**, on va se retrouver avec une **rémunération** qui peut être différente ou moindre pour un **omni**, éventuellement, que pour une sage-femme. Il s'agira de voir ce que ça donne; sur le plan des tarifs, on verra ça. Mais dans d'autres mesures, de par votre expérience quotidienne, où est-ce que c'est qu'on peut sauver demain matin en disant: Oui, on va arriver avec *tel* cas particulier et on va sauver?

Mme Boulanger: Si on faisait l'exercice d'ouvrir juste un petit peu, justement, les champs de pratique... Vous parliez de sages-femmes. On va ouvrir les champs de pratique. Si on était capables d'utiliser juste dans le réseau les infirmières à bon escient, juste les infirmières pour tout ce qu'elles sont capables de faire, je pense que, déjà là, on sauverait beaucoup d'argent.

M. Côté (Charlesbourg): Donnez-moi des exemples, là.

Mme Boulanger: Bon. On va parler d'enseignement. On a lu les journaux. Vous parliez par exemple des diètes, les fameuses diètes, les cliniques d'obésité où les **madames** vont chez le médecin à toutes les semaines. L'infirmière pourrait tout aussi bien être nutritionniste, infirmière-conseil en nutrition - on ne passe pas la castonguette, là. Il y a ces éléments-là. Il peut y avoir de l'information, de l'enseignement.

Actuellement, c'est sûr que la médecine à l'acte ne prête pas à faire de la **prévention**, de l'enseignement ou de la formation chez le bénéficiaire. Ça, c'est des choses que les infirmières sont capables de faire. Il y a différents champs comme ça où on peut déjà intervenir et, si on peut avoir un peu plus d'autonomie dans notre pratique, je pense qu'il y a beaucoup de

marge de manoeuvre et de sous qu'on va gagner là.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis convaincu que vous me voyez venir. Si l'infirmière peut récupérer un certain nombre d'actes posés par le médecin comme gestes, est-ce qu'on peut penser que l'infirmière auxiliaire pourrait avoir le même niveau, à ce moment-là, au niveau de toute la chaîne, parce que ça doit agir sur l'ensemble de la chaîne des services? Est-ce que vous pensez que c'est possible?

Mme Boulanger: Ce n'est pas impossible dans la mesure où on a l'assurance, effectivement, qu'on ne soit pas juste celles du milieu qui se font dégarnir d'un côté et sans se faire ajouter d'autres actes.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends. C'est une logique...

Mme Boulanger: Si c'est une logique, je pense que c'est très faisable et si, dans la mesure où les infirmières, effectivement, ouvrent davantage leur champ de pratique, sont plus autonomes dans leur pratique professionnelle, effectivement, moi, personnellement, je vous dirais: Il n'y aura pas de... Les discussions devraient être faciles, plus faciles à ce moment-là.

M. Côté (Charlesbourg): On me signifie qu'il reste une minute, mais je veux aller jusqu'au bout de ma logique. À partir du moment où, effectivement, on en arrive à dire: On ouvre - il y a effectivement des gestes posés par des médecins actuellement et qui peuvent être posés par des infirmières - et on est dans une situation où on va reconnaître des actes posés par des infirmières auxiliaires, certains actes qui sont posés par des infirmières maintenant, donc, on monte... Est-ce qu'on pourrait se retrouver dans une situation où, dans nos éventuelles négociations, on dirait: Parfait, «*asteur*» qu'on pose tel geste par rapport à un tel, est-ce que ça pourrait signifier demain matin que ce qu'on aurait gagné pourrait être revendiqué sur le plan salarial justement parce que, posant des gestes plus importants que ceux qui étaient posés auparavant et pour lesquels vous étiez payés... Est-ce qu'il n'y a pas un danger de... Vous pourrez toujours me dire que ce sera toujours moins cher de payer une infirmière qu'un médecin.

Mme Boulanger: Bon, là, vous vous répondez en partie. Deuxièmement, je vous rappellerai qu'on est encore seulement à 85 % aussi du salaire des professionnels. Mais, de toute façon, ça, ce sera du ressort de la négociation.

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce que là

on va être dans un système où on essaie, par une série de mesures, de le rendre plus efficient et plus efficace pour le même prix. C'est un peu ça qu'on essaie de faire, dégager des sommes à gauche et à droite, et c'est clair que le point que vous avez soulevé, la délégation d'actes, est au centre de toutes les préoccupations et interpellations au cours des dernières années. C'est pour ça que je voulais tenter de pousser la logique le plus loin possible pour savoir qu'est-ce que c'est qu'on pouvait en tirer.

Mme Boulanger: Mais, M. le ministre, même augmenter un tant soit peu, pour des actes qu'on récupérerait, qui nous seraient délégués des médecins, ça va quand même coûter moins cher. (15 heures)

M. Côté (Charlesbourg): Oui, j'imaginai que vous ne fermeriez pas la porte à une augmentation... une **augmentation** de la tâche, une augmentation du salaire ou des conditions aussi! Une petite dernière. Demain matin, au-delà de ce qu'on s'est parlé, là, c'est quoi la première mesure qu'on devrait appliquer pour être capable de sauver de l'argent pour investir dans la prévention?

Mme Boulanger: La première mesure dans laquelle on devrait investir? Bon, je pense qu'on va regarder, vous l'avez dit, au niveau des achats de groupe. Ça, je pense qu'il y a beaucoup d'argent à récupérer là. On va regarder **peut-être** au niveau de la pratique médicale, dans le sens de l'Information. Vous disiez: Les personnes âgées, effectivement, consomment beaucoup de médicaments. Je pense qu'il y a davantage de l'information et de prendre le temps de les écouter puis, finalement, de rassurer les personnes. Parfois, ça vaut plusieurs pilules. Je pense que **là-dessus** on peut sauver des sous.

Quand on regarde, par exemple... C'est sûr que ça nécessite un investissement. Quand on regarde les femmes enceintes dans les milieux défavorisés... On sait qu'il y a une incidence de naissances de bébés de petit poids, de bébés prématurés. Le **prix** que ça coûte, avoir un bébé prématuré, aujourd'hui, versus le prix qu'il faudrait investir, par exemple, pour lui assurer des vitamines, un peu de nourriture, du lait en quantité suffisante durant sa grossesse, c'est sûr que c'est des économies qui se font sentir, je dirais, dès le départ de la grossesse et pour les années à venir. Là, l'enfant part mieux dans la vie.

M. Côté (Charlesbourg): Merci.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, Mme Boulanger. Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Mesdames, bienvenue, au nom de l'Opposition

officielle, à cette commission parlementaire sur le financement de la santé et des services sociaux. On va faire aussi un petit 15 minutes. On va essayer de voir par quel bon bout on pourrait commencer en vous disant que quand le ministre disait, tantôt: Bon, on va aller jusqu'au bout dans le cheminement... Je voyais M. Régis, des infirmières auxiliaires... Vous allez l'avoir, la question, vous autres aussi, vers les préposés. On va aller jusqu'au...

Une voix: On s'était préparés.

M. Trudel: Vous vous êtes préparés. Préparez-vous à aller jusqu'au bout. On peut commencer en disant que **c'est** la faute des médecins partout. Après ça, on va en récupérer un autre bout et la délégation d'actes, on pourrait... C'est un reproche qu'on a eu de... Un reproche, une observation qui s'est faite de la part d'un bon nombre d'intervenants, c'est que nous n'utiliserions pas, dans le système, toutes les capacités que recèle le système à tous les niveaux et qu'en quelque sorte la motivation du personnel à tous les niveaux n'est pas utilisée ou n'est pas suffisamment élevée parce qu'on ne fait pas appel suffisamment aux compétences que l'on retrouve à tous les niveaux du système. Dans ce sens-là, vous autres, vous prenez l'engagement, aujourd'hui, de dire: Oui, on est prêts à regarder ça. Les médecins ont répondu qu'ils étaient prêts à regarder ça aussi. D'autres groupes ont dit qu'ils étaient prêts à regarder ça. Tantôt, il va falloir... Devinez quoi? Il va falloir regarder ça. Bon.

Revenons à la question du débat sur la fiscalité. J'aimerais avoir une précision dans le sens, surtout, où le ministre a lui-même posé un certain nombre de balises depuis ce matin. De son côté, sans engager le gouvernement, il dit oui à ce débat, finalement, sur la fiscalité que l'on réclame tous depuis un bon moment, en particulier au nom de la classe moyenne, qui en a mais jusque-là et qui risque de tout faire péter le système au niveau fiscal. Moi, je ferais pour l'instant un parallèle en disant: Le ministre **dit**: J'aurais bien aimé ça faire une politique de santé et de bien-être et déterminer les objectifs, mais j'ai comme été obligé de le faire à l'envers. Je fais la structure, je fais le financement et je vais faire la politique en dernier. N'avez-vous pas de crainte qu'actuellement on fasse la même chose au niveau de la fiscalité en disant: Là, il faut aller chercher du fric, mais on vous le promet, on va faire le débat sur la fiscalité par après? Dans un deuxième temps, on dirait: Oui, il aurait peut-être été bon qu'on fasse le débat sur la fiscalité, mais, voyez-vous, on n'a pas eu le temps et on a dû augmenter les impôts avant cela. Est-ce que vous avez peur de cette façon de faire les choses?

Mme Boulanger: Bon, c'est malheureusement

une pratique courante, effectivement, de procéder souvent à l'envers. On est un peu comme le chien qui court après sa queue, à savoir quand est-ce que, finalement, on va s'arrêter et on va tourner dans le bon sens ou... Bon. Là, on a entamé un processus, oui, qui, selon nous, était parti à l'envers. Tout n'est peut-être pas perdu, là. Dans la mesure où on fera le débat sur la fiscalité en se donnant des objectifs de société, on réussira peut-être, là, à repartir la machine sur le bon pied. Mais il faut se donner un projet de société. Il faut savoir sur quoi on veut aligner nos demandes. Il faut savoir sur quoi la population du Québec veut qu'on investisse, dans quels programmes sociaux, dans quels...

M. Trudel: Est-ce que pour vous, dans ce débat sur la fiscalité au Québec qui se profile maintenant et qui est une nécessité sans l'ombre d'un doute, il va être impératif que le gouvernement fédéral soit du débat? Je voudrais qu'on se rappelle une réalité. Quand on a comme une espèce de chicanerie de famille ici, au niveau de nos services de santé, de nos services sociaux et qu'on se repose la question à travers la fiscalité, il ne faut pas oublier que le gouvernement fédéral nous «clenche» bon an, mal an pour 25 000 000 000 \$. Le document le décrit bien à cet égard-là. Les priorités du gouvernement fédéral ne sont pas les mêmes priorités que celles que les Québécois et les Québécoises ont faites. Alors, à cet égard-là, premièrement, est-ce qu'il va être de rigueur que le gouvernement fédéral soit de la partie dans ce débat sur la fiscalité, compte tenu qu'il nous «clenche» pour 25 000 000 000 \$ par année?

Mme Boulanger: C'est une question que je qualifierais de 64 000 \$.

M. Trudel: Non. 25 000 000 000 \$.

Mme Boulanger: Bon. Alors, voici. Actuellement, dans la structure où nous sommes, nous faisons partie du Canada et, effectivement, nous versons des impôts au Canada. Que le fédéral fasse partie du débat sur la fiscalité, je pense, à tout le moins, qu'il va falloir, s'il veut... en continuant de maintenir ses exigences, on voudra, de toute façon, pour le Québec, quel que soit son avenir, que ces exigences-là soient, se maintiennent. Je ne sais pas si, finalement, le fédéral doit être du débat sur la fiscalité. Mais il est clair, d'une part, que ça donne une orientation, par exemple, aux Québécois et Québécoises qui se disent: Bon, là, on regarde nos sous à nous, on en verse tant au fédéral et il ne veut plus nous les retourner parce que, évidemment, ses priorités sont tout autres.

Nous, évidemment, à la Fédération des infirmières, on a pris position pour la souveraineté du Québec. En ce sens-là, il est clair que, dans l'avenir que se donnera le Québec, les

mêmes principes qui sont appliqués par la loi C-3 au niveau canadien devront aussi être appliqués au niveau de la province, mais ce sont les Québécois qui vont se les donner, ces principes-là aussi.

M. Trudel: A cet égard-là, je me permettrais d'ajouter, pour ma part... Je veux répéter ici que, dans le débat sur le financement de la santé et des services sociaux au Québec, le sabotage qu'a fait le gouvernement fédéral jusqu'à maintenant en ne payant pas la juste part de la facture oblige Benoît Bouchard, le ministre fédéral de la Santé, à répondre à une invitation de venir témoigner devant cette commission parlementaire et de venir expliquer la logique de ses choix et pourquoi le gouvernement fédéral nous a placés dans une telle situation. Ce défi demeure sur la table, et le ministre fédéral de la Santé doit répondre, s'il veut venir s'expliquer devant les Québécois et les Québécoises, pourquoi on fait ça à notre régime de santé et des services sociaux.

Ma question à vous, c'est la suivante: Est-ce que vous pensez qu'en termes de financement, en attendant qu'on fasse la fête au fédéral... On peut, comme dirait l'autre, résister à la tempête. En chiffres très précis, est-ce qu'on pourrait se rationaliser dès l'an prochain? Pour 140 000 000 \$, en ce qui concerne le 1,2 % supérieur à l'indice des prix à la consommation et à la croissance du PIB qui est affecté aux dépenses actuellement, est-ce qu'on pourrait tout de suite, l'an prochain, penser qu'on peut se rationaliser pour 140 000 000 \$ pour en arriver à conserver les acquis de l'universalité, de l'accessibilité et du financement public de notre régime, en attendant qu'on fasse la fête au fédéral ou encore qu'il s'explique sur ses priorités et qu'il paye sa juste part? Est-ce que vous pensez qu'on peut y arriver de façon réaliste?

Mme Boulanger: Honnêtement, je trouve là que c'est une question difficile. Je ne suis pas comptable, je ne suis pas fiscaliste ni économiste. Ce qu'on a suggéré dans nos recommandations, c'est que... Je pense qu'au niveau, par exemple, des naissances prématurées, des bébés de petit poids, il y avait là des économies importantes à faire et je pense que ça pourrait se faire rapidement. Une grossesse, c'est quand même neuf mois, là. Ça veut dire moins d'un an, ça. Sur les médicaments, les renseignements aux personnes âgées, je pense que là aussi il y a des économies à faire.

Au niveau, par exemple, de la santé et de la sécurité au travail, je pense que là aussi il y a des économies à faire. Tout le monde, on fait notre grande part, en tout cas, du côté des organisations syndicales, je pense que les patrons aussi, pour s'asseoir et travailler de façon païtaire, si vous voulez, pour mettre des mesures en place pour régler les problèmes à la

source, éviter les risques à la source. Donc, on sauve là-dessus. Quoi d'autre il me manquerait?

Une voix: C'est déjà...

Mme Boulanger: De toute façon, ça en fait déjà pas mal. Tu sais, les achats de groupe aussi. Ça en fait quand même pas mal. Je n'ai pas fait le total, là, mais...

M. Trudel: Bien, on pourrait en faire un petit bout, effectivement. Si on additionne plusieurs petits bouts qui ont été faits ici, qui vont nous demander du courage, tout en répétant - et je ne lâche pas le morceau - que ce **courage-là**, je pense qu'on va l'avoir, mais on se l'impose parce qu'il y en a un autre qui a choisi de faire des **Spicer, Dobble-Dobble** et toutes sortes de commissions et gaspiller 27 000 000 \$ juste à faire ça pour une commission. Nous autres, on va être obligés de se rogner ailleurs. Mais je pense que, comme Québécois et Québécoises, on va y arriver. On a déjà un bon bout de suggestions avec vos affirmations. Si on additionne tous ces bouts-là, je pense qu'on va y arriver.

Dans ces éléments plus précis que vous avez suggérés, ce qu'on appelle la révision du panier de services - vous savez de quoi on parle, je veux dire - est-ce qu'on désassure un certain nombre de services actuellement assurés par notre régime? Sauf erreur - ça passe rapidement - vous dites: Non, n'allons pas vers une révision du panier de services, c'est des acquis trop importants de notre société, ne touchons pas à ça. Est-ce que vous pensez cependant que présenté sous l'angle suivant: Réviser le panier de services avec la définition de: Examinons les actes **qui** sont médicalement requis pour le mieux-être d'une personne...

Je vais prendre l'exemple du ministre parce que je l'ai trouvé bon. Dans le panier de services, actuellement, on pale pour le collage et le décollage des oreilles. Est-ce que vous pensez qu'on devrait procéder à un examen très précieux, particulier, avec les intervenants concernés pour réviser le panier de services actuellement assurés au Québec avec la définition que j'en ai donnée, il y a quelques secondes?

Mme Boulanger: Je ne pense pas qu'on soit rendu au stade de réviser le panier de services. Hier, c'est quoi? Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, je pense, pourrait peut-être faire davantage élargir son mandat et faire une évaluation, par exemple, de la nécessité de différents examens, comme les types d'examen de routine. Je pense que là-dessus il y a des économies à faire. Il y a plusieurs examens qui sont faits et qui ne sont pas toujours absolument essentiels pour permettre de poser un diagnostic.

M. Trudel: Sans aller trop loin, on dit la

même chose là-dessus, c'est-à-dire, si c'est désassurer des pans entiers du régime, c'est non. S'il s'agit d'examiner l'efficacité, la pertinence d'un certain nombre d'actes ou le protocole diagnostic - on prendra le mot qu'on voudra - vous dites: Oui, on pourrait, par exemple, avec notre conseil de la technologie médicale, réviser au moins ce qui est déjà dans la brique **là-dessus**. On pourrait regarder ça. C'est ça que vous dites?

Mme Boulanger: Non, ce n'est pas ça que je dis. Là, vous êtes en train de me faire dire qu'il y a des examens...

M. Trudel: Je ne veux pas.

Mme Boulanger: ...qui ne sont peut-être pas nécessaires et, quand on les voudrait, il faudrait payer pour. Ce n'est pas ça que je veux dire. Moi, ce que je veux dire, c'est qu'il y a des examens qui ne sont peut-être pas nécessaires pour poser un diagnostic à un moment précis, mais qui, à un moment donné, pourraient s'avérer nécessaires. Mais quand on les fait, par exemple, d'emblée à tous les patients qui se présentent à l'urgence, ça, c'est des sous qui sont dépensés pour rien.

M. Trudel: C'est plus la pertinence de certains actes...

Mme Boulanger: On va regarder là...

M. Trudel: ...que la couverture?

Mme Boulanger: ...les économies à faire avant d'aller couper dans le panier de services.

M. Trudel: Très bien. Dernière question...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très bien.
(15 h 15)

M. Trudel: ...trop... Enfin, ça se répond assez rapidement. Ça revient souvent, cette question, donc, de la rémunération des médecins. Vous autres, vous dites: Bon, on devrait plus passer du côté du salaire que du côté de l'acte. Vous autres, comment vous envisagez ça, la question de la rémunération des médecins? Est-ce que vous avez conduit des études spécialisées là-dessus? Vous êtes allés un peu en profondeur avec ça ou... Comment vous voyez ça?

Mme Boulanger: Oui. Effectivement, là, là-dessus, je ne suis pas capable... On n'a pas fait d'études spécialisées et on l'amène en questionnement. Ce qu'on sait, par ailleurs, c'est que, par exemple, la rémunération à l'acte des médecins ne favorise pas, par exemple, une option de prévention. L'information, l'enseignement, finalement, ce n'est pas nécessairement payant payant

pour un médecin. Alors, c'est dans ce sens-là qu'on dit: Peut-être qu'il y a lieu de questionner probablement pour certaines choses, mais je n'ai pas de solution. La Fédération n'a pas de solution là-dessus. On se questionne. On se demande: Est-ce que, après 20 ans, il y a lieu de réviser ça?

M. Trudel: Très bien. En concluant, vous remercier de cette présentation. C'est extrêmement intéressant. Vous remercier à nouveau pour votre énorme contribution comme corps professionnel dans notre système. Tout le monde reconnaît l'essentiel de vos services dans le système. Vous avez également souffert votre bout pour être capable de la maintenir, cette place dans le système. C'est très intéressant. Je conclurai en disant que, sur cette dernière question, je pense que, là aussi, il va falloir la vider, cette question-là, effectivement, et regarder ça à sa face même, tout cet aspect de la pratique médicale et de la rémunération médicale. Il va falloir qu'on ait le portrait entre Québécois et Québécoises, le portrait clair là-dessus de façon à en faire plus, à faire davantage, au moins avec ce qu'on a actuellement, en attendant de «clencher» et de régler nos comptes avec l'autre. Merci beaucoup.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, monsieur. M. le ministre, en conclusion.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je veux remercier la FIQ et souhaiter pouvoir continuer de compter sur leur collaboration dans ces débats qui sont très instructifs, très importants aussi, qui ne viennent peut-être pas dans la séquence qu'on souhaiterait, mais qui viennent et ont à tout le moins le mérite de venir, ces débats. Je me rappelle que, quand on a fait la réforme, on a dit: Il faut qu'il y ait une discussion sur le financement du réseau. On l'a. On fait le financement du réseau. Il faut qu'il y ait une discussion sur la politique de santé et bien-être. On l'a. En disant cela, il dit: Il faut qu'il y ait une discussion sur la fiscalité au niveau du Québec. Et là, quand on s'élargit, je vois mon «chum» d'en face qui dit: Il faudrait bien faire la fête du fédéral un de ces bons jours. Il faudrait même l'inviter puis inviter Benoît Bouchard ici. On va inviter la reine d'Angleterre tantôt pour être capable de venir partager tout ça, qu'on en finisse.

Une chose est certaine - et c'est peut-être l'élément qui, pour moi, me paraît un petit plus négatif, où j'ai un peu plus de difficulté à vivre avec - c'est évidemment cette fermeture sur la révision du panier de services. Moi, je trouve ça inquiétant parce que, après 20 ans, il me semble bien qu'il faudrait le questionner, notre panier de services. Quand on le questionnera, on va peut-être trouver des choses dans le panier qui n'ont plus de valeur thérapeutique. C'est ça

finalement l'objectif qui est recherché pour dégager des marges de manoeuvre pour intervenir, comme vous le souhaitez, dans la prévention. Moi, je dis que n'importe quelle organisation qui, après 20 ans, n'a pas suffisamment de maturité pour être capable de revoir son panier de services... On a vu des empires américains qui n'ont pas fait ça et ils ont croulé littéralement, et c'est peut-être la mort de notre système. Je pense qu'il faut revoir le panier de services, évidemment, avec des professionnels, en s'assurant que ce qui est médicalement requis demeure dans le panier sur le plan du service à donner aux citoyens.

Donc, c'est peut-être l'élément le plus important, mais je pense que les discussions vont pouvoir continuer, et souhaiter profiter de votre expérience pour être capable de cheminer à nouveau et de souhaiter intervenir dans la prévention comme...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. le ministre. Merci à la Fédération des infirmiers et des infirmières du Québec. J'invite maintenant la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

Peut-être aussi informer les membres de la commission et nos distingués invités qu'il y a eu un changement à l'horaire de la séance de la commission des affaires sociales. L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux ne peut se présenter, de telle sorte qu'à 17 heures nous entendrons le Montreal Board of Trade. Nous suspendrons à 18 heures pour reprendre, à 19 h 30, avec la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Alors, j'invite immédiatement le porte-parole ou la porte-parole de la Corporation professionnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires à se présenter et à présenter aussi ceux et celles qui l'accompagnent.

M. Paradis (Régis): M. le Président...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Vous êtes M. Paradis?

M. Paradis (Régis): Oui, j'y arrivais.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): D'accord.

CPIIAQ

M. Paradis (Régis): Alors, M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les membres de la commission des affaires sociales, nous vous remercions aujourd'hui de l'invitation que vous nous avez faite de venir rencontrer les membres de la commission des affaires sociales.

Les membres aujourd'hui de notre délégation sont les suivants: tout d'abord, M. Paul Thé-

riault, qui est le directeur général de notre corporation, Mme Diane Levasseur, qui est la directrice des services aux membres de la même organisation, et moi-même, Régis Paradis, président de la Corporation des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

La Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec profite de l'occasion qui lui est donnée pour rappeler brièvement l'essentiel de son mémoire. Depuis maintenant près de sept ans, le régime québécois de la santé et des services sociaux est l'objet d'analyses et d'études en vue de le réformer. La Corporation est intervenue à chacune des étapes du processus, principalement pour faire valoir la contribution de ses membres et le rôle accru qu'on devrait leur confier pour améliorer la qualité des soins infirmiers, tout en visant également une plus grande efficience.

Cette préoccupation de la Corporation demeure toujours présente. Aujourd'hui cependant, c'est plutôt à titre de témoin privilégié et surtout de représentant d'un groupe important de Québécoises et de Québécois, à la fois payeurs, dispensateurs de soins et, pour plusieurs, consommateurs ou utilisateurs de services, que nous soumettons nos réflexions à la commission.

Il est important de situer, dès le départ, les grands principes auxquels souscrit la Corporation et auxquels elle ne saurait accepter de déroger en ce qui touche le régime public de santé et de services sociaux du Québec, c'est-à-dire l'accessibilité et l'universalité des services de base ainsi que leur gratuité, évidemment, apparente au moment où ils sont requis et dispensés.

Avant d'accroître le budget visant le financement du système de santé et des services sociaux, nous sommes convaincus que le financement actuel est suffisant. Un budget de dépenses d'au-delà de 12 142 000 000 \$ en 1992 pour desservir une population de 10 500 000 citoyens qui, évidemment, ne sont pas tous malades, donc, qui ne sont pas tous des utilisateurs de services, nous semble suffisant.

Nous sommes très surpris également aussi de la façon dont la problématique nous est présentée parce que, à en croire le document, l'essentiel du problème se résume à la fois au rythme de croissance actuel et prévisible des dépenses, ajouté également à la réduction de la participation fédérale au financement des services de santé. De ce point de vue, nous comprenons évidemment le ministre de rechercher de nouveaux financements. Ce qui est inquiétant cependant dans la proposition gouvernementale, c'est l'absence de perspective à long terme. C'est pourquoi nous demandons au gouvernement ce qu'il adviendra dans cinq ans et au-delà de cette période. Serons-nous plus près du régime de la meilleure qualité au moindre coût ou serons-nous encore appelés à fournir un effort additionnel pour trouver une solution immédiate à une autre crise budgétaire?

À notre avis, le vrai problème, la vraie crise n'en est pas une de régime, mais davantage de système, de système de gestion entre autres. Les cadres et les professionnels ne sont peut-être pas suffisamment informés et surtout ne sont pas suffisamment imputables des coûts de leurs décisions. Nous sommes convaincus que les valeurs sociales ont présentement profondément changé et que cette gestion, conforme au modèle développé à l'ère de l'État-providence des années soixante, ne répond probablement plus aux besoins ni aux valeurs d'aujourd'hui.

À la faveur de l'évolution de la situation économique des quelques dernières années et d'un discours politique, depuis la récession du début des années quatre-vingt, à l'effet que les ressources financières et budgétaires du gouvernement du Québec avaient atteint et même excédé leur limite, on a vu émerger un nouveau modèle de valeurs sociales fondé davantage sur la concertation des principaux dirigeants de groupes de notre société, alors que la confrontation était souventfois à l'avant-scène auparavant. L'émergence d'un nouveau contrat social qui est issu de la concertation entre les syndicats, les milieux d'affaires et le gouvernement en est un exemple. Effectivement, les valeurs sociales ont changé.

Il faut donc poser un regard neuf sur la dynamique du système afin de trouver des solutions innovatrices. Il n'est pas impossible de croire que les intervenants du réseau invités à venir s'asseoir avec les représentants gouvernementaux n'auraient pu trouver les solutions originales pour relever le défi du financement. Par exemple, l'évolution, durant la dernière décennie, de la formation des professionnels de la santé reliée aux besoins changeants de la population et à l'apparition de nouvelles technologies commande de revoir les champs de pratique des professionnels, afin de viser une meilleure allocation des ressources humaines et de réduire les coûts. Le rapport coûts-bénéfices serait, de cette façon, maximisé.

Une autre composante fondamentale et aussi essentielle au système de santé que les effectifs médicaux et les technologies est complètement absente des analyses gouvernementales. Ce sont les soins infirmiers. Le document que l'on nous soumet ne traite presque à aucun moment de cette dimension du système. D'ailleurs, nous pouvons faire le parallèle avec le document «Une réforme axée sur le citoyen» où on définit un centre hospitalier comme un établissement où l'on offre des services diagnostiques et des traitements médicaux spécialisés - c'est à la page 53. Cette définition ignore les soins infirmiers qui, pourtant, sont largement reconnus dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Pour la Corporation, cette omission confirme le peu d'intérêt porté à une dimension pourtant fondamentale du système de santé, fondamentale car les soins infirmiers sont

l'essence même du séjour en établissement et que la philosophie des soins infirmiers est justement d'accélérer le processus d'autonomie de la personne malade et donc, évidemment, la réduction du temps de séjour. Le personnel infirmier a, dans ce sens, une importance capitale dans la diminution des **coûts** de la santé et les infirmières auxiliaires, qui dispensent des soins de chevet aux malades, savent à quel point leur contribution est importante, voire même essentielle, dans le processus de guérison.

Comment expliquer, maintenant, cette absence de considération pour les soins infirmiers? Sans doute parce que le gouvernement craint une augmentation des coûts dès qu'il s'intéresse plus aux soins infirmiers. Jamais il n'a tenté d'évaluer les retombées des soins infirmiers en termes d'autonomie retrouvée pour les malades et de capacité de se prendre en charge. Peut-être juste un exemple, rapidement. Suite à une intervention chirurgicale d'un patient qui a subi, par exemple, une **discoïdectomie**, plus vite les soins infirmiers vont le prendre en charge, plus vite ils vont le lever, le faire marcher, plus vite il va **retrouver l'appétit**, il va retrouver plus de force. Donc, évidemment, son séjour à l'hôpital va être écourté. Donc, par le fait même, peut-être moins de traitements **d'inhalothérapie**, de physiothérapie et autres choses; donc, une diminution du séjour, donc, une diminution du coût également à cet effet-là.

À notre avis, le fait de n'avoir pas reconnu les soins infirmiers comme une dimension fondamentale du système de santé a empêché des décideurs de connaître les véritables retombées des soins infirmiers. Avant de penser à de nouvelles formes de financement, nous croyons que le gouvernement doit s'assurer de l'utilisation maximale de toutes les ressources en place pouvant permettre à la population d'atteindre un meilleur état de santé.

À cet égard, pouvons-nous espérer que les travaux de la table de concertation en soins infirmiers mise sur pied depuis plus de trois ans se concentrent concrètement sur la contribution des soins infirmiers au système de santé. Nous avons, de notre côté, la profonde conviction que les soins infirmiers sont une solution aux coûts du système de santé. Pour assurer une bonne continuité de soins, on doit d'abord les reconnaître comme une dimension fondamentale du système de santé. En outre, il faut des équipes stables où l'on reconnaît la contribution de chacun, c'est-à-dire augmenter finalement les postes à temps complet réguliers plutôt qu'au détriment, comme on le fait actuellement, des postes à temps partiel, un milieu qui intégrerait davantage également les jeunes diplômés. Il faut un milieu aussi **qui** préserve et augmente la compétence de ses membres par un programme de perfectionnement, de formation de main-d'oeuvre plus adéquat.

Voilà, à notre avis, le gage d'un système

efficace et efficient. À cet effet, la formation des infirmières auxiliaires s'est également adaptée aux nouveaux besoins du milieu et contribue, par son programme de 1800 heures en soins infirmiers, à habilitier les infirmières auxiliaires à dispenser des soins de haute qualité. Nous sommes prêts à relever, de notre côté, le défi afin que les soins infirmiers soient à l'avant-scène du système de santé. Cependant, le succès de cette démarche ne dépend pas uniquement de nous.

(15 h 30)

Avant de conclure, j'aimerais que nous regardions ensemble les recommandations que nous voulons soumettre, qui sont les suivantes: que les principes d'accessibilité, d'universalité des services de base et de gratuité apparente soient maintenus; nous demandons également que les solutions au problème du financement soient trouvées dans le cadre du budget actuel, évitant ainsi toute nouvelle forme de taxation; que le cadre de gestion du système de santé soit revu selon les principes de l'émergence d'une nouvelle force, soit celle de la concertation; que les champs de pratique des professionnels de la santé soient revus afin d'accroître la complémentarité interprofessionnelle; enfin, que le perfectionnement en cours d'emploi soit disponible pour les infirmières auxiliaires, plutôt que, souvent, d'opter pour le phénomène de la substitution.

En conclusion, les hypothèses de solutions que la Corporation a formulées tiennent plus adéquatement compte de la crise réelle que nous devons tous ensemble contribuer à résoudre. À partir de l'hypothèse du gel des dépenses globales de santé et des services sociaux, nous serons collectivement à même de dégager les ressources requises pour répondre aux autres besoins urgents que sont l'élimination de la pauvreté, la résorption du chômage, la réinsertion des assistés sociaux aptes au travail, la formation professionnelle de la **main-d'oeuvre**, et également l'élimination du décrochage scolaire.

Nous sommes convaincus qu'une population au travail retrouve évidemment beaucoup plus vite sa dignité et sa santé, contribuant ainsi à la réduction des coûts de la santé et des services sociaux. Ça fait le point, M. le Président. Merci.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. Paradis. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je pense que je me dois de vous dire, à ce moment-ci, que vous êtes l'un des groupes audacieux, dans le sens que vous êtes logiques. On dit: Pas d'augmentation d'impôt, pas de taxe, pas de tarification non plus; par conséquent, dans la mesure où c'est ça, il faut, bien sûr, s'assurer que le niveau des dépenses n'augmente pas et vous dites: Parfait - si j'ai bien compris - **IPC** sur le budget actuel, point, sans

augmentation additionnelle. Et, par conséquent, je pense que c'est une logique qui se défend, de votre point de vue. Si c'est ça, qu'il y ait un gel à l'IPC de l'augmentation budgétaire au lieu d'être à l'IPC plus 3 %, ça signifie que vous n'avez pas besoin de recourir au champ de taxation, à un impôt additionnel, et vous avez parfaitement raison. Évidemment, ça signifie, sur 12 000 000 000 \$, au lieu d'IPC plus 3 %, 360 000 000 \$ d'écart, tout en prenant pour acquis qu'on est à 4,2 % actuellement. Donc, c'est plus ou moins globalement 500 000 000 \$ dont il est question à ce moment-ci. C'est quand même considérable. Demain matin, ça aurait des effets assez importants dans le système, merci. Est-ce que, selon votre point de vue...

M. Trudel: ...l'avenir politique du ministre, comme ils disent.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que, à ce moment-ci, on est dans une situation où vous pensez qu'on est capable de demander ça au système et que le système pourra nous libérer ça tout en maintenant une qualité de services que nous considérons tous comme bonne, globalement?

M. Paradis (Régis): Nous croyons que oui. Évidemment, ça va prendre beaucoup de courage politique, beaucoup de volonté aussi. Mais, derrière tout ça, ça va prendre encore davantage que le courage et la volonté, **surtout** des gestes politiques, évidemment. Nous croyons que oui. Évidemment, il va falloir faire un meilleur contrôle sur les abus du système. Je pense, entre autres, par exemple, à l'utilisation des cartes d'assurance-maladie, les cartes-soleil. On sait qu'il se passe toutes sortes de choses avec ça - vous en avez parlé vous-même aussi - au niveau des services payés aux Québécois qui se promènent en Floride. Ça, je pense, ce sont toutes des choses qu'on peut, évidemment, revoir. Et il y a une volonté aussi de revoir, au niveau des médecins, les coûts engendrés par beaucoup de consultations, beaucoup d'exams. Je pense que ça, c'est des solutions qui devront être envisagées à force de concertation avec les médecins, mais auxquelles il est possible sans doute d'arriver. Et vous devez y arriver, je pense, en mars ou avril 1993, à cet effet-là.

Mais, derrière tout ça, Je pense également qu'il est très important d'accroître tout de suite, demain matin, la polyvalence des travailleurs. Et ça, je pense que ça peut être également des infirmières, des infirmières auxiliaires, puis aussi tout le monde. Et on serait sans doute surpris, justement, de tout l'argent qu'on pourrait dégager de là.

Je vais donner quelques exemples, finalement, quand je pense à accroître la polyvalence, donc à accroître également l'utilisation plus adéquate des ressources qui existent actuelle-

ment. Dans un centre hospitalier près de Montréal on intègre l'informatique, et alors que dans le privé, de la première à la dernière secrétaire, on leur demande de maîtriser l'informatique, dans notre cas on remplace les infirmières auxiliaires par d'autres personnes parce qu'on introduit l'informatique, alors qu'au lieu de **complexifier** ça vient simplifier la pratique des soins. À un autre endroit, dans le Saguenay, à **Roberval**, dans le centre hospitalier où il y a 213 infirmières auxiliaires, on décide un bon matin qu'on prend le virage de la technologie, on remplace toutes les infirmières auxiliaires - c'est la volonté - et, en plus, on dit: C'est les orientations du ministère et on n'aura aucun problème à convaincre le ministre, à cet effet là, de payer les coûts additionnels. Et à d'autres endroits, en médecine, en chirurgie, on décide de remplacer... bon, et **tout** ça.

On pense que, justement, si on revoit cette façon de faire, pour cela, évidemment, il va falloir modifier les mécanismes de délégation d'actes que nous connaissons actuellement. Ça fait partie également, depuis de nombreuses années, de nos recommandations. Et je pense que, de cette manière-là, ce serait sans doute très surprenant toutes les sommes que l'on pourrait dégager et ça permettrait de faire en sorte de maintenir le coût à l'IPC seulement.

M. Côté (Charlesbourg): Parmi les exemples, on va en prendre un au hasard, celui que vous avez soulevé, Roberval. J'aimerais ça qu'on aille plus loin dans la démonstration de ce qui peut être fait par rapport à ce qui est fait sur le plan des économies qu'on pourrait dégager, parce que c'est 213 - c'est ce que vous avez dit, 213 - infirmiers et infirmières auxiliaires.

M. Paradis (Régis): Oui.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que les 213 disparaissent demain matin, là? Ils vont avoir de la facilité à convaincre le ministre?

M. Paradis (Régis): Bien, c'est ce que la direction générale prétend, à tout le moins. Elle ne dit pas, demain matin...

M. Côté (Charlesbourg): Elle **doit** le dire un peu moins maintenant.

M. Paradis (Régis): ...et elle doit sans doute le dire un peu moins, parce que lorsqu'elle le disait, évidemment, le débat qui est entamé depuis la semaine dernière, M. le ministre, n'était pas encore envoyé, n'était pas encore parti.

Ceci dit, regardez, et il y en a de nombreux, parce qu'on veut atteindre, justement, un niveau de bacheliers aux alentours, dit-on, de 30 %, et tous les autres seraient remplacés par d'autres professionnels de la santé que vous

connaissez, sans évidemment les nommer. Regardez sur l'ensemble. Et dans d'autres cas...

M. Côté (Charlesbourg): Ne sortons pas de Roberval, là.

M. Paradis (Régis): O.K. Oui, je reste toujours à Roberval, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Faites-moi la démonstration à Roberval, là.

M. Paradis (Régis): Je fais la démonstration à Roberval. C'est qu'à chaque fois qu'on remplace une infirmière auxiliaire par quelqu'un d'autre, dépendant si c'est une bachelière ou, par exemple, une infirmière, là, on va chercher un coût additionnel hebdomadaire d'environ 175 \$ pour chaque personne. Et dans le cas - parce que ça existe aussi - où on va favoriser le recyclage, on dit: Si tu te recycles, on va te garder, mais, si tu ne te recycles pas, on va te remplacer. C'est un peu un recyclage par... presque du chantage, finalement - là, il ne me vient pas d'autre mot à l'esprit. Et à chaque fois, également, qu'on recycle une infirmière auxiliaire, ce qui ne règle rien, finalement, en bout de piste, au niveau de la qualité des soins, on parle à tout le moins de tout près de 45 000 \$ que ça coûte à l'État pour recycler cette personne-là; et ensuite, bien, elle se retrouve sur le marché du travail avec un salaire additionnel.

Donc, M. le ministre, je ne suis pas en mesure, si vous me demandez, au bout d'une année, combien ça va économiser de centaines, de dizaines de milliers de dollars, je ne peux pas vous le dire, au moment où on se **parle**. Je pense que vous êtes mieux équipé que nous autres pour faire l'analyse **là-dessus**, mais je peux vous dire que, par exemple, **si** aujourd'hui on utilisait mieux l'ensemble des ressources, dont nous, je suis convaincu que vous pourriez dégager des sommes très importantes.

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas par manque de respect, je vous entends pareil...

M. Paradis (Régis): Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...mais je veux vérifier avec mon président combien il me reste de temps, parce que j'en ai encore une couple de...

M. Paradis (Régis): Oui, d'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Bon, délaissions Roberval. À tout le moins, notre Intérêt sera total pour le cas particulier de Roberval.

Vous avez évoqué tantôt le peu de place qui est réservé dans la loi 120 aux soins infirmiers en milieu hospitalier, avez-vous dit tantôt en citant l'article... je ne sais plus. C'était

l'article 55, à l'époque; je ne sais plus à quel numéro il est rendu maintenant. Ça m'étonne un petit peu; je suis dans une bonne journée, parce qu'autrement je me serais choqué.

M. Paradis (Régis): Ha, ha, ha! Je suis content que vous soyez dans une bonne journée, parce que quand vous êtes choqué, M. le ministre, je vous ai déjà vu, hein, et je n'ai pas aimé ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Mais compte tenu de ce qu'on a vécu de l'autre côté, et en transit de l'autre côté à cette salle-ci l'été passé, au mois de mai et au mois de juin, j'avais bien compris, moi, que quand on faisait... et que vous étiez.... Disons que ça n'a pas été facile; on peut au moins dire que ça a pris des forceps pour être capables d'y arriver. J'avais compris, moi, qu'on faisait une place quand même assez extraordinaire aux soins infirmiers. Est-ce que je me trompe ou pas? Situez-moi ça par rapport à ce que vous avez dit tantôt, parce que je ne suivrai pas.

M. Paradis (Régis): Si vous me permettez, M. le **ministre**, je vais vous le dire plus dans le sens que nous le voyons. **O.K.?** Ce qu'on disait, finalement, au niveau des soins infirmiers, on les regardait davantage en termes de considérations budgétaires et **peut-être** moins en termes de voir, si les soins infirmiers sont plus efficaces, plus efficaces, qu'on va retrouver l'autonomie des bénéficiaires plus rapidement. Donc, ça va écourter la durée de séjour mais, également, ça va apprendre à la personne malade à mieux vivre avec son handicap si on ne peut pas, justement, la guérir totalement. C'était dans ce sens-là.

Je dois dire qu'effectivement, M. le ministre, on attendait beaucoup, il y a trois ans, de la table de concertation, et je pense qu'on n'a pas encore abordé vraiment le problème trois ans plus tard. C'est la raison également pour laquelle on dit que concernant les soins infirmiers, oui, il y a eu une volonté avec la table de concertation, mais ça n'a jamais, finalement, vraiment décollé - donc jamais atterri - et on n'est pas **arrivé** à démontrer qui fait quoi.

M. Côté (Charlesbourg): La **table**, c'est sûr que c'est à pas de tortue, d'après ce que j'ai compris, peut-être à cause de sa composition, peut-être le fait que ce soit très large.

M. Paradis (Régis): Oui, 60 intervenants, ou presque.

M. Côté (Charlesbourg): Alors, à partir de ça, je pense qu'il faudra réajuster un certain nombre de choses pour finir par aboutir. Si on abordait les actes? Je vois Mme Boulanger qui

est demeurée présente. J'imagine qu'il y a un certain intérêt pour la continuité de la discussion de tantôt sur l'action en amont et en aval, sur le plan de la délégation des actes. Mon ami Trudel l'avait évoqué, tantôt, que la question viendrait; évidemment, c'est celle-là: Est-ce qu'à partir du moment où il y a une révision des actes pour en monter, est-ce qu'il y a possibilité que le bas monte aussi? Vous avez des revendications vis-à-vis des infirmières, vous savez que les préposés en ont **vis-à-vis** de vous autres. Ça se situe comment, ça, dans tout ce système-là? Ça va être quoi, le gain, tantôt, au-delà du gain pour les travailleurs - ce que je considère normal, parce que vous êtes là pour ça - le gain du système, ce serait quoi? Et, à partir du moment où il y a de l'ouverture vers le haut, est-ce que vous faites de l'ouverture vers le bas?

M. Paradis (Régis): Évidemment, c'est des **coûts** beaucoup moindres. Mme Boulanger vous l'a dit tout à l'heure, je ne le répéterai pas nécessairement, mais c'est évident que certains actes médicaux faits par des infirmières - et d'ailleurs, c'est une demande **aussi** au niveau du Nouveau-Brunswick - vont toujours coûter moins cher, et plus d'actes infirmiers posés par des infirmières auxiliaires vont également coûter moins cher.

Aussi, M. le ministre, **au-delà** des coûts... Et nous, soit dit en passant, je pense que ça mérite d'être précisé, jamais nous n'avons voulu, quand on se tournait vers nous pour nous enlever des actes infirmiers, minimiser notre champ de pratique, jamais on ne s'est tourné vers les préposés, jusqu'à date, pour tâcher qu'ils en aient moins. Parce qu'effectivement les préposés sont pour les soins de base, point. Nous, finalement, on est des professionnels de la santé, on appartient à **l'Office** des professions, et c'est différent à ce sujet-là.

Mais derrière tout ça aussi - et tout à l'heure, vous l'avez manifesté - est-ce que, finalement, on ne se retournera pas et on ne voudra pas plus d'argent pour faire ce qu'on fait? En tout cas, je ne suis pas convaincu et je crois que non. Essentiellement, je pense qu'il faut le voir en termes de motivation et, surtout, de valorisation pour les individus; et, dans mon cas, je parle davantage pour les infirmières auxiliaires.

(15 h 45)

Savez-vous, M. le ministre, qu'on a fait deux années de cours, 1800 heures? On a été, dans le passé, vous savez, autorisés à poser jusqu'à 102 actes infirmiers. On en arrive à peu près - je ne dirais pas du jour au lendemain, mais avec, finalement, un processus de déqualification lent mais très efficace - à poser trois, quatre ou cinq actes infirmiers. Comment pensez-vous que ces personnes-là se sentent dans leur peau? Elles ne sont pas bien, c'est évident. Et ça, on le dit et on le répète, et vous le savez.

Je pense qu'il faut le voir en termes,

également - en outre de diminuer les coûts - de valorisation et de motivation. Si tout le monde se sent mieux dans sa peau, je pense que tout le monde va être plus heureux et tout le monde va en profiter au niveau de la population.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, monsieur. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci beaucoup, M. le Président. Bienvenue à la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires. Oui, effectivement, votre court mémoire est empreint d'une logique implacable. Le ministre est même généreux en disant que vous suggérez le gel des dépenses à plus **IPC**; vous dites même: pas d'**IPC**. Je **comprends** que vous passez là un message qu'il y a de la rationalisation et encore de l'efficacité à aller chercher dans le système.

Sur la délégation des actes, vous venez d'en ajouter un bout, mais je voudrais être un petit peu plus précis là-dessus, monsieur et mesdames. Dans la mesure où on s'attaquerait à l'ensemble du phénomène, à tous les niveaux il y a des actes qui pourraient être réalisés à meilleur coût, avec à peu près le même degré d'efficacité, par une autre catégorie de personnel. Donc, des catégories de professionnels - il faut appeler un chat par son nom - perdraient un certain nombre d'actes qui leur sont actuellement réservés. Cela voudrait dire que ça descendrait jusqu'en bas et qu'il y a des préposés à qui on demanderait de réaliser des actes qui sont actuellement, entre guillemets, réservés aux auxiliaires. C'est bien ça que vous voulez dire quand vous dites: «On a de l'ouverture à»? C'est important de donner la précision parce qu'on a demandé la question aux médecins, on a demandé la question à l'Ordre des infirmiers et infirmières et à la **FIQ**, tantôt. On vous demande la question et on a aussi demandé la question au syndicat ce matin. C'est bien ça, comme message, que vous nous donnez? Que, dans la mesure où ça se fait par le haut, vous êtes prêts dans l'ensemble, quant à votre participation, à vous rendre jusqu'aux préposés?

M. Paradis (Régis): Ma collègue, Mme Levasseur, va vous répondre.

Mme Levasseur (Diane): Je pourrais peut-être vous répondre là-dessus. Étant donné qu'on n'est pas une corporation à titre exclusif, on ne pourrait pas déléguer, nous, d'actes aux préposés. Il faudrait **demandé** cette question-là davantage aux infirmières - qui sont une corporation à exercice exclusif - qui, elles, pourraient décider de déléguer ou non à d'autres professionnels ou à d'autres personnes dans le réseau de la santé. Quant à nous, on n'aurait pas, à ce chapitre-là, notre mot à dire. Nous, on pense que ce qui est évident, c'est qu'il va falloir que les gens s'assoient puis travaillent ensemble. De tout

temps, en tout cas, on a travaillé avec les préposés, on a travaillé avec les infirmières et, de par mon expérience, toutes les fois qu'il y avait un travail d'équipe, je pense que les patients étaient gagnants. À cet effet-là, on n'a absolument aucun problème à discuter comment on pourrait faire en sorte que la tâche de tous et chacun soit bonifiée et, finalement, que le patient puisse en retirer plus d'avantages. À ce titre-là, il n'y a pas de problèmes pour nous, pas de problèmes pour que les préposés aient de la formation en cours d'emploi - absolument pas - pas de problèmes qu'on en ait et que les infirmières aient de la formation supplémentaire en cours d'emploi.

M. Trudel: Très bien. Parce que, quant à moi, bien sûr, ça ne se pose pas toujours en termes de délégation d'actes à chacun des niveaux concernés parce que ce n'est pas le même type d'encadrement professionnel pour chacune des personnes qui interviennent dans le système. Sauf que, en général, au niveau du système, est-ce qu'on peut réexaminer qui réalise tel acte? Et peut-on envisager, dans ce réexamen-là, de dire en conclusion qu'il pourrait y avoir des actes qui sont réalisés par tel type de personnes et de professionnels actuellement qui seraient réalisés par d'autres, par tout le système? Vous dites: Nous sommes prêts à regarder ça, à nous asseoir et à regarder ça avec les autres **intervenants**. Avec vos intentions et les volontés de développement de votre profession également, bien sûr.

Je remonte ça vers le haut. Vous avez dit tantôt, M. le président, que dans les éléments d'efficacité du système il y a toute la question de l'**imputabilité** des gestionnaires. Vous avez parlé de ça, au départ. Je ne sais pas si je vous ai bien suivi. Vous avez dit: On n'a pas l'impression que nos gestionnaires sont vraiment imputables de leurs gestes, répondent de leur gestion. Et ça me laissait poindre, comme question, cette observation-là, qu'il y aurait des questions à poser sur l'efficacité de la gestion, en particulier sur l'utilisation des ressources humaines dans notre réseau, notre vaste système. C'est 250 000 salariés. C'est comme un peu de monde; c'est 80 % des dépenses du système de 12 000 000 000 \$. Voulez-vous commenter un peu plus là-dessus? Qu'est-ce que vous voulez lever comme lapin, là, quand vous parliez de l'imputabilité des gestionnaires? Il y avait quelque chose quelque part, là. Levez-nous ça, ce lapin-là, pour qu'on en parle un peu.

M. Paradis (Régis): Je pense que je ne sortirai pas, comme un magicien, bien bien des lapins de mon chapeau. Ce que je voulais peut-être dire essentiellement, M. Trudel, c'est que parfois, effectivement, des gestionnaires prennent des décisions sans être tout à fait informés des coûts. J'en parlais tout à l'heure. Quand on

décide, justement, de substituer des gens à d'autres, lorsqu'on dit: Vous autres, vous ne touchez plus... Justement, on parlait de l'informatique; ce sont des décisions qui, en bout de piste, entraînent des coûts considérables et on ne connaît pas toujours ces coûts-là. Quand je dis «**imputable**», vous savez, ça remonte à quand qu'une personne, à la fin d'un exercice financier, même si elle a créé un déficit... Ce n'est pas arrivé souvent, finalement, que le siège éjectable s'est actionné. Hein? On lui demande de résorber le déficit et puis on dit: Bien, continue; on se lave les mains et on recommence. C'est dans ce sens-là, finalement, que je disais: J'ai parlé d'**imputabilité**, mais on devrait **peut-être** parler encore davantage de responsabiliser les décideurs dans ce **sens-là**. C'est ça, essentiellement, que je voulais vous dire.

Également aussi, lorsqu'on parle - si vous me permettez, M. le **député** - à ce niveau-là de l'imputabilité responsabilisée, lorsqu'on décide... Je vais souvent en tournée provinciale. Je le vois, le phénomène de surprofessionnalisation et de surspécialisation. Présentement, je ne sais pas combien il y a d'hôpitaux universitaires à travers le Québec. 24, 25 peut-être; 30, à tout le moins. Je n'ai pas le chiffre exact. Désolé. Pardon?

M. Côté (Charlesbourg): 41.

M. Paradis (Régis): 41. Bien, évidemment, à chaque fois qu'un centre hospitalier devient universitaire, ça coûte effectivement beaucoup plus cher qu'un centre général. Et lorsqu'on regarde, finalement, avec les centres hospitaliers... Je discute avec eux autres. Un peu tout le monde veut prendre cette **vocation-là** et plusieurs - et ça, vérifiez-le - veulent devenir centres universitaires, ce qui entraîne évidemment des coûts considérables. On devient universitaire, on demande de nouveaux équipements, il y a de nouveaux spécialistes qui rentrent, il y a de nouveaux examens, et ça suit, ça suit, ce qui entraîne également... Parce que la surspécialisation entraîne également la surprofessionnalisation. Donc, quand je parlais de décisions au niveau des coûts, que je disais que les gestionnaires ne sont peut-être pas toujours suffisamment responsabilisés, je faisais allusion à ça. On peut se poser la question: Est-ce qu'on a besoin, justement, de tant de centres hospitaliers universitaires? Je n'ai pas nécessairement la réponse, mais on peut poser la question, évidemment.

M. Côté (Charlesbourg): La réponse est non.

M. Paradis (Régis): Et je la partage.

M. Trudel: Ne tentez pas le diable, là, vous.

M. Côté (Charlesbourg): Le diable est en moi, le diable c'est moi?

M. Trudel: Effectivement, c'est sûr, surtout qu'il y a comme une logique quelque part. C'est qu'au premier moment de la consultation, avant la présentation de la loi 120, il y a des établissements qui sont venus nous dire que, quand on était un établissement universitaire, c'était difficile à supporter parce que ça appauvissait. Alors, on se demande pourquoi il y a tant de monde qui court après la pauvreté comme ça. Il y a certainement un certain nombre de questions à poser là-dessus.

Je vais tenter d'aller un petit peu plus loin encore, parce que c'est vous qui avez employé le terme «imputabilité», et je comprends le sens que vous voulez lui donner. Comme illustration, vous dites: Écoutez, la dernière fois qu'il y en a eu un qui a fait un déficit dans le réseau, le siège éjectable n'a pas marché vite vite. On ne se souvient plus s'il y a un piton ou s'il n'y a pas de piton sur le siège. Comment pensez-vous que ça devrait se faire, ça, l'exercice de l'imputabilité, dans le système de santé et de services sociaux? On peut dire ça, comme image, que le siège éjectable a perdu sa qualité d'être éjectable. Sauf que, en réalité, dans le quotidien et dans la gestion, la responsabilité de budgets publics, comment verriez-vous ça, de façon à ce qu'on corrige? Il y a peut-être de l'argent, là, effectivement, au minimum.

M. Paradis (Régis): Mon collègue, M. Thériault, va vous répondre, M. le député.

M. Thériault (Paul J.): M. Trudel, la Corporation se pose des questions sur ce sujet-là parce qu'on a l'impression que certaines décisions sont prises sans nécessairement que la personne qui prend les décisions... Bien souvent, ce sont les cadres, les professionnels qui prennent les décisions dans un établissement, sans nécessairement être conscients des coûts reliés à ces décisions-là. Ça peut être le professionnel qui dit: On a besoin de tant d'analyses pour le patient ou un cadre qui décide: J'ai besoin de tant de spécialistes dans mon département. Ça peut être des adjoints. Alors, nous, on se dit, par rapport à cette question-là: Est-ce que les cadres ont l'information, premièrement? Est-ce que leur marge de manoeuvre de décision est reliée à un budget, en termes de mécanismes de contrôle? Est-ce qu'ils ont à répondre des décisions qu'ils prennent s'ils ont des écarts aux budgets à l'intérieur desquels ils doivent opérer au niveau de leur service?

La question nous est venue dans le contexte où l'étude qui a été faite par le ministère, reliée au financement, disait: On a des opérations au niveau de la santé et des services sociaux et, pour continuer nos opérations, ça nous prend tant d'argent de plus. Nous, on s'est dit: Il faut se poser des questions sur les opérations en elles-mêmes, comment ça fonctionne. Reliée à ça, on veut se poser la question aussi par rapport au

taux d'encadrement dans le réseau. Qu'on regarde le nombre d'adjoints qu'il y a, par exemple, dans les services. Reliée à ça, qu'on regarde l'ancienneté du personnel dans les établissements du réseau; on croirait qu'avec le temps les gens apprennent à développer une plus grande autonomie et demandent moins de supervision. Est-ce que ça se reflète dans le taux d'encadrement? Alors, c'est ce genre de questions, par rapport aux mécanismes de gestion, qu'on se pose au niveau de l'imputabilité et des mécanismes de contrôle.

M. Trudel: Très bien, merci. Une dernière question. Pas de ticket, pas de tarif, pas d'impôt-services. Puis, encore une fois, vous êtes dans une logique, vous dites: Pas d'augmentation des ressources. Alors, on ne peut pas vous blâmer là-dessus. Vous ne parlez pas de l'impôt-santé. Et ce n'est pas une mesure de financement, l'impôt-santé. M. Larose a appelé ça ce matin un gadget pour faire paraître sur la feuille de paie combien coûtent les services de santé. Est-ce que vous l'avez examinée, cette question de l'utilisation d'un impôt-santé distinct de l'impôt général sur la feuille de paie T4, comme mesure de transparence?

M. Paradis (Régis): Oui, M. Thériault.

M. Thériault: M. Trudel, par rapport à ça, dans le fond, la question qui est à se poser, c'est par rapport au consommateur parce qu'on parle d'impôt-services. Le consommateur serait conscient du coût relié aux services qu'on lui donne. S'il était conscient du coût, on présume qu'il ferait peut-être attention. On a regardé ce phénomène-là d'une autre façon. On s'est dit: Étant donné qu'on a des statistiques sur la santé des Québécois et des Québécoises, on est en mesure d'identifier des endroits où ça coûte plus cher. Quelles mesures a-t-on prises collectivement pour allumer des signaux d'alarme? Par exemple, nos habitudes alimentaires; on sait qu'il y a des incidences à ta façon dont on mange, selon des études du gouvernement qui datent de deux, trois ans; c'est quand même très récent. Prenons le tabagisme, prenons l'alcoolisme, les toxicomanies, des choses comme ça. Quel genre de mesures a-t-on prises pour inciter les gens à changer et à modifier leurs habitudes? Alors, plutôt que de dire: C'est juste la question d'impôt-services, question d'argent... Cette question-là, on ne l'a pas regardée de façon spécifique mais on dit que ce qui est le plus important, c'est qu'on change nos habitudes pour avoir une meilleure santé. C'est là, peut-être, la question. C'est sous ce revers-là qu'on a regardé la question.

M. Paradis (Régis): Me permettez-vous juste un complément? À ce niveau-là, aussi, la question que l'on se pose, pour de la transparence,

l'impôt-santé, est-ce qu'il va être totalement diminué de l'impôt que l'on paie actuellement? C'est une autre grande question qu'on est en droit de se poser.

M. Côté (Charlesbourg): Je peux vous répondre.

M. Paradis (Régis): Peut-être que oui. La démonstration n'a pas été faite.

M. Côté (Charlesbourg): Je peux vous répondre à ça tout de suite. C'est non. C'est bien sûr que c'est additif...

M. Paradis (Régis): Ah! C'est non.

M. Côté (Charlesbourg):... parce que, s'il y a un problème actuel et que tu cherches à avoir des impôts additionnels, c'est pour avoir plus de revenus, pas pour en avoir moins, hein.

M. Paradis (Régis): O. K.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Et en conclusion, M. le député.
(16 heures)

M. Trudel: Oui, merci beaucoup de votre présentation. J'aimerais réviser tout le curriculum de votre formation. Pour moi, vous avez un cours de logique quelque part dans votre formation, vous autres, là. Et vous avez également un cours qui doit s'appeler G6S, gros bon sens. Par exemple, cette dernière observation sur les impôts, est-ce que ça ne pourrait pas être la patente pour les faire monter quand on va rendre ça distinct? Sérieusement, merci de votre présentation. Je pense que vous adoptez, comme la majorité des groupes qu'on a entendus ici, une attitude absolument responsable non seulement vis-à-vis votre profession mais vis-à-vis le système. On comprend bien que vous l'avez à cœur et que vous souhaitez en faire plus dans le système avec ce que nous avons actuellement. Et, sans l'ombre d'un doute, entre Québécois et Québécoises, on va avoir à vous demander ça. On va avoir à faire des efforts et à sauver un des biens les plus précieux qu'on a au plan collectif au Québec, notre régime de santé et services sociaux. Merci beaucoup.

Le Président (M. Panais, Matapédia): Très bien. Merci M. le ministre, pour conclure.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, merci, M. le Président. Je veux remercier la Corporation parce que, avec votre proposition de base, normalement, vous n'auriez pas à vous inquiéter des impôts. Il faut que ce soit clair. Non, non mais, en termes clairs, à IPC, c'est 500 000 000 \$ de moins par année que ce qu'on a actuellement. C'est ça, là. Il n'y aurait pas de croissance de la dépense. Et à IPC, ne vous inquiétez pas, à IPC

par rapport à aujourd'hui, c'est 4, 2 %; et 4, 2 %, c'est 500 000 000 \$. Donc, on est dans une situation où, si on était capable de vivre avec ça ou si nos établissements étaient capables de vivre avec ça, c'est bien sûr qu'il n'y aurait pas d'impôt additionnel demain matin. Le problème serait réglé. C'est logique partout. Il faudrait que le gouvernement le soit aussi.

Évidemment, de là à le dire et à le livrer, vous aurez compris qu'il y a un peu de travail à faire. D'après ce que j'ai entendu, il y a des pistes. Vous en avez évoqué d'autres vous autres aussi. Sur le plan de l'efficacité et de l'efficacité, à tout le moins, ça le mérite d'être là et c'est logique. Et dans ce sens-là, si jamais en cours de route vous aviez quelques tuyaux additionnels à me passer, moi, je serais un vendeur au gouvernement de ça si j'étais capable de lui garantir le produit final, au bout de la ligne. Sur le plan du résultat financier, Je pense qu'on ferait bien du chemin, bien bien du chemin.

Alors, merci, et ça le mérite, comme le disait M. Trudel tantôt, d'être logique tout le long et de s'adresser à la problématique de fond elle-même, sur le plan des coûts. Merci.

M. Paradis (Régis): Merci beaucoup.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Donc, au nom des membres de la commission, merci à la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. J'invite à prendre place la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec.

Alors, j'invite le ou la porte-parole de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec à se présenter et à présenter les gens qui l'accompagnent.

Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec

Mme Dauphinais (Renée): Oui, merci, M. le Président. M. le Président, M. le ministre, M. le député de l'Opposition, je vous présente mes collègues: René Pagé, qui est D. G. à la Corporation des travailleurs sociaux; Pierre Pinard, qui est notre président du comité des enjeux et qui est D. S. P au CSS du Centre du Québec, et moi-même, présidente de la Corporation, Renée Dauphinais.

La Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec est heureuse de Joindre sa voix aux autres groupes de Québécois qui devront choisir entre une révision fondamentale du panier des services sociaux et de santé, la désassurance totale ou partielle de certains services, une augmentation importante du fardeau fiscal et l'introduction d'une tarification liée à la consommation. Nous avons choisi, dans notre mémoire, de nous adresser uniquement aux problèmes des services sociaux.

D'entrée de jeu, la Corporation constate que le document du ministère traite globalement du social et de la santé sans faire de distinction en termes de besoins, de services et de dépenses entre l'un et l'autre. Or, le diagnostic que porte le ministère sur l'évolution des dépenses s'adresse d'abord et avant tout aux services de santé. Aussi, les comparaisons qui suivent portent-elles sur les services de santé qui représentent la majeure partie des dépenses du ministère. Il apparaît nécessaire que le ministère entreprenne une étude équivalente pour analyser l'évolution des besoins et des dépenses pour les services sociaux. La lumière doit être faite sur les proportions du budget qui sont consacrées aux problèmes sociaux en regard de ce qui est dévolu aux problèmes de santé, tant du côté des consommateurs de services que de celui des producteurs de services.

Les points de vue convergents avec le document du ministère. La Corporation appuie l'objectif fondamental recherché par le ministère: améliorer les conditions de santé et les conditions sociales des citoyens tout en maintenant un niveau de services comparable et en contrôlant, sans augmentation, les dépenses publiques. Elle appuie également les moyens proposés pour la régulation des dépenses et du financement: la création d'un fonds général des services sociaux et de santé et la diversification des sources de financement. La mise en place d'un tel fonds favoriserait une plus grande transparence pour la gestion des fonds publics et une sensibilisation accrue des citoyens aux coûts de notre système sociosanitaire.

La Corporation réaffirme les principes qui sont à la base de notre système: universalité, accessibilité et gratuité d'une gamme définie de services. Pour maintenir cette ligne directrice, la Corporation souscrit à la notion d'assurance collective et de responsabilisation collective face aux risques hors du contrôle des individus pour leur santé et leurs conditions de vie.

Enfin, la Corporation ne peut qu'être **d'accord** avec la recherche d'un équilibre régional dans le partage des services de santé et des services sociaux ainsi qu'avec la perspective de réallocation des ressources vers la prévention des problèmes sociaux en particulier.

Les points de vue divergents. La Corporation rejette la compétitivité comme seul critère pour évaluer la valeur du système sociosanitaire, tel qu'énoncé dans le document de consultation. Il est aussi nécessaire de considérer le niveau et la qualité des services au regard des **coûts** assumés par l'ensemble des citoyens. La Corporation est en désaccord avec la comptabilisation globale des services sociaux et de santé, l'une étant noyée dans l'autre.

La logique d'évaluation des besoins et de la dispensation des services dans le champ social étant différente de celle du champ de la santé, la Corporation s'oppose à la distinction entre

services de base et services complémentaires pour ce qui est des services sociaux. D'ailleurs, le MSSS reconnaît que cette distinction n'est pas à point pour le plan social. Notre Corporation préférerait la notion de panier de services au niveau des services sociaux que la notion de services de base et services complémentaires.

Enfin, la Corporation s'oppose à ce que les consommateurs de services soient autant ou davantage **mis** à contribution dans le réaménagement proposé que les producteurs de ces services. C'est précisément là où le bât blesse, selon le diagnostic du ministère.

Alors, les recommandations de la Corporation au ministère sont les suivantes: Afin de pousser plus loin la transparence recherchée par le ministère, que deux systèmes séparés de comptabilité soient mis en place pour les services sociaux et les services de santé. Les médecins demandent la même chose que nous, pour les mêmes raisons, mais probablement pour des convictions opposées.

Dans la perspective où la société québécoise ferait le choix de s'assurer collectivement, que soient réduits les coûts associés à la technologie de pointe pour répondre aux besoins de santé d'une minorité de citoyens et que soient réinvesties ces sommes dans la prévention de problèmes sociaux pour un plus grand nombre de citoyens. Tel que préconisé par le rapport Bouchard, que soit mis en place un budget protégé pour la prévention, prévention primaire, c'est-à-dire qui agit sur les déterminants du bien-être et de la santé.

Afin de préserver les principes d'universalité et d'accessibilité à des services de qualité équivalents pour tous, que soit assuré collectivement un panier de services sociaux définis, révisables et sans contribution financière, même symbolique. Que les services sociaux de ce panier soient définis dans le cadre de la politique de santé et de bien-être que le gouvernement proposera aux citoyens, et révisés par la suite par l'Instance politique, sur recommandation du Conseil de la santé et du bien-être.

La société québécoise est à l'heure des choix pour le financement de son système sociosanitaire. Les besoins prioritaires devront être identifiés par l'ensemble de la société, selon une nouvelle hiérarchie de valeurs adaptée aux réalités contemporaines.

Il y a une chose que j'aimerais ajouter, en terminant. Les services sociaux, à notre point de vue, ne coûtent pas cher. Ils s'adressent toujours seulement aux gros bobos, tandis que les services de santé s'adressent aux petits et aux gros bobos. Les services sociaux sont des services faciles à couper, très bien contrôlés par le ministère. Et, avant de penser couper au niveau des services sociaux, je pense que ça serait important d'y réfléchir à deux fois.

Maintenant, une des inquiétudes qu'on a. Comme, dans votre document, M. le ministre, il

n'y a pas beaucoup d'études d'impact sur les services sociaux par rapport aux services de santé, on serait très inquiets que vous fassiez des coupures dans les transferts des services sociaux et, dans l'application de votre politique de bien-être, que vous fassiez des coupures avant d'avoir **fait** des études qui évalueraient les impacts de ces coupures-là, autant au niveau des services sociaux qu'à celui des services de santé. Il ne faut pas se le cacher, les services sociaux, les besoins psychosociaux mal traités génèrent aussi des services de santé et des services médicaux. Merci beaucoup.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, merci, Mme Dauphinais. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Madame, messieurs, je **n'ai** pas beaucoup de difficultés avec le premier énoncé disant que le document n'est pas très **blen** étayé quant aux dépenses dites sociales et à la distinction qu'on pourrait faire ou à l'analyse qu'on a faite dans le domaine de la santé par rapport au social. Je suis très très à l'aise avec cette affirmation-là. Je pense qu'on a tenté de le faire, nous aussi, à l'intérieur du document, en disant qu'il n'y a pas eu suffisamment de préoccupations à ce niveau-là au **fil** des dernières années pour être capable d'avoir des chiffres et des études qui se tiennent et pour tenter de faire des démonstrations. Ce qu'on dit, c'est qu'à partir du moment où ça n'existe pas il faut bien s'assurer qu'on puisse, effectivement, faire du travail dans l'avenir à ce niveau-là. Je pense que ça, ça **m'apparaît**, au niveau du document, assez clair. D'ailleurs, ça a été une des constatations qu'on a faites en travaillant sur le document. Donc, ceci étant **dit**, le meilleur est à venir.

Ce que **j'ai** compris sur le plan de ces études-là, c'est qu'il va falloir les faire et ce sera aussi une responsabilité du ministère. Ceci étant **dit**, de manière globale, le document - Je ne **suis** pas prétentieux - tente de faire une démonstration qui nous apparaît assez claire mais qui, pour nos intervenants, ne l'est pas toujours, sur le plan de la problématique financière globale du gouvernement. Et là-dessus, moi, ça me paraît important que chacun de nos Intervenants puisse nous dire ce qu'il en pense puisqu'on a davantage parlé, quant à nous, du problème structurel des finances publiques dans lequel le ministère de la Santé et des Services sociaux est impliqué par rapport à un problème qui est supposément conjoncturel, selon d'autres. J'aimerais peut-être savoir si vous avez eu l'opportunité d'examiner cela et quel est votre positionnement là-dessus.

Mme Dauphinais: Je vais demander à M. Pinard de répondre, M. le ministre.

M. Pinard (Pierre): Je pense que je peux affirmer, au nom des travailleurs sociaux, que

l'analyse que vous faites dans votre document de présentation nous paraît juste; ça nous apparaît davantage un problème structurel que conjoncturel, encore que, de façon spécifique, à ce moment-ci... Tantôt, on parlait du retrait du fédéral, de la crise économique; c'est sûr que ça aggrave les difficultés. Ça, je réponds clairement, oui, c'est structurel.

Je voudrais faire un commentaire que je n'ai pas eu l'occasion de faire tout de suite après la présentation de notre présidente. C'est que vous disiez, M. Côté, tout juste tantôt, qu'on parle d'un problème de financement de l'État du Québec et non pas seulement du ministère de la Santé et des Services sociaux. A ce **sujet-là**, il me semble que l'exercice que vous faites comme ministre devrait être fait par chacun des autres ministres, de la même façon, avec la même rigueur, parce que, finalement, les choix qu'on a à faire comme société québécoise et les valeurs qu'on a à promouvoir ne dépendent pas uniquement de la santé et des services sociaux. Ça regarde tous les ministres.

Je crois savoir que le ministre de la Justice fait une démarche assez semblable à celle-ci, et qui va aboutir tantôt, mais j'aimerais ça aussi que les autres... En tout cas, je recommanderais que les autres fassent le même exercice. Ça me paraîtrait essentiel parce que c'est vraiment, pour nous, un problème de société, d'enjeux majeurs et de valeurs majeures ou de choix qu'on a à faire.

Je dis qu'on a à questionner, par exemple, les mesures de subventions en agriculture, en **industrie** et commerce, en éducation, finalement, partout. On a abordé antérieurement des questions de fiscalité; on a à se questionner si on va toujours maintenir l'état de **fait** qui **fait** que d'avoir des enfants et être marié, c'est pénalisant par rapport à ne pas l'être ou ne pas avoir d'enfants. Maintenir des enfants à l'université ou au cégep, c'est pénalisant pour ceux qui sont à salaire. C'est des questions, je pense, qu'il faut qu'on se pose aussi comme société.

(16 h 15)

M. Côté (Charlesbourg): Finalement, confiance pour confiance, j'ai, pendant quatre ans, eu la responsabilité d'autres ministères, en particulier les Transports et le Développement **régional**. Et, à l'époque, je trouvais qu'on n'investissait pas assez dans le transport et dans le développement **régional** et que nos énergies et nos efforts additionnels étaient consacrés à la santé et aux services sociaux. C'était la perception que j'avais comme ministre, vu de l'intérieur et, j'imagine, probablement celle de tous les fonctionnaires oeuvrant dans les autres ministères par rapport à Santé et Services sociaux.

Et ce qui a été assez révélateur, c'est les plus ou moins 500 000 000 \$ qui ont été investis dans les urgences sans pour autant qu'on règle les problèmes. On s'est retrouvé, deux ans plus tard, avec la même problématique des urgences,

ayant englouti littéralement plus ou moins 500 000 000 \$. Aujourd'hui, je me dis: Oui, il faut le faire; on l'a fait, on l'a mis sur la place publique, on questionne, et je pense qu'il faut que chaque ministère soit capable de le faire aussi. C'est clair, c'est un exercice qui est d'ordre gouvernemental et pas uniquement de la santé, mais il fallait, bien sûr, être capable de le faire aussi au niveau de la santé. C'est ce que nous sommes en train de faire, et tant mieux si les autres emboîtent le pas, parce que c'est une responsabilité collective. Il n'y a personne, je pense, qui souhaite que notre système sorte diminué, quant à la qualité des services qui sont dispensés aux citoyens, de l'exercice qu'on fait actuellement.

Évidemment, en contrepartie, lorsqu'on regarde la situation économique, qu'on regarde les emplois **qui** disparaissent, je pense qu'il faut s'interroger sur **notre** capacité financière de continuer à supporter, de la manière dont on le fait, un système comme le nôtre. Et c'est pour ça que l'exercice est, je pense, très utile sur le plan du questionnement et il permet d'avoir une action directe, interactive avec nos intervenants. Si on admet - je pense que c'est assez clair - qu'il n'y a pas suffisamment de ressources dans le domaine social, qu'il faut faire un virage prévention - et ça, je pense qu'à peu près tout le monde le dit, y compris les médecins; **ils** ne sont pas à l'écart du débat sur le plan de la prévention; eux en parlent aussi - il va falloir quand même, à l'intérieur de ce système-là, avec l'argent qu'on a, tenter de dégager certaines sommes qu'on pourra investir dans la prévention. Mais, pour en investir, **il** va falloir en sauver à l'intérieur du système.

De vos postes d'observation, comme travailleurs sociaux, quelles sont **les** mesures qu'on pourrait mettre en place pour nous permettre d'avoir des économies, par l'efficacité, par l'efficacité à l'intérieur du système, le plus rapidement possible? Et Dieu sait que c'est vrai aussi dans le domaine social, même si les budgets sont plus petits, qu'on peut peut-être avoir un petit peu plus d'efficacité et d'efficacité. J'aimerais ça si vous aviez quelques petits exemples à nous donner pour voir ce qu'on peut avoir en cagnotte, quand on aura fini notre commission demain soir, pour aborder l'avenir avec optimisme.

M. Pinard: Évidemment, vous le reconnaissez facilement, il y en a moins dans la cagnotte sociale que dans la cagnotte santé. On devrait normalement s'attendre à ce qu'il y en ait un peu moins. Je ne veux pas essayer de me défilier, mais vous avez fait faire une étude que vous connaissez bien, et moi aussi, sur l'application de la Protection de la jeunesse, où on a regardé le système vraiment de façon très serrée, où je pense qu'on ne peut pas conclure qu'il y a des économies à faire là. Je pense que non.

Je pense qu'on peut regarder aussi les autres systèmes sociaux pour voir s'il y a des économies. Ma conviction à moi, c'est que la réforme que vous êtes en train d'enclencher, au niveau structurel à tout le moins, selon moi, **si** elle est faite intelligemment, elle devrait générer des marges de manoeuvre. Je ne dis pas qu'on va pouvoir ponctionner beaucoup d'argent et le transférer ailleurs, je ne le crois pas. Mais je pense que ça pourrait dégager des marges de manoeuvre qui nous permettraient une plus grande efficacité et, probablement, des services accrus et meilleurs.

Je vous souligne que, dans notre rapport, on vous parle d'un panier de services révisable, évidemment, et en social et en santé; on pense plus en social. Vous allez me demander lesquels, évidemment. Moi, je vous dirais là-dessus qu'il y en a déjà. **Il** y a déjà des services pour lesquels les citoyens paient au niveau social. Je pense à la contribution parentale pour un enfant placé. Je pense à la contribution des parents adoptifs, en vertu de l'adoption internationale. Et j'ai cru entendre que, possiblement, en médiation, il y aurait un petit quelque chose aussi. Bon!

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas complètement timbré, ça, comme hypothèse.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Pinard: Autrement dit, il y a des services qui, à notre point de vue, pourraient être payés par le citoyen lui-même. **Il** faudrait le regarder dans l'ensemble, et des services sociaux et des services de santé. Nous, on vous dit qu'on est ouverts à regarder ça. Ce n'est pas facile à trancher et je pense que, dans votre document, vous reconnaissez aisément qu'avant d'établir quels services vont être du panier de services en social et en santé et lesquels n'y seront pas il faut regarder ça de proche. Mais nous, on vous dit: **il** y en a. Je vous en ai donné quelques-uns.

On a parlé aussi dans notre mémoire des hautes techniques utilisées pour un groupe très minime de citoyens. Personnellement, je pense aux nouvelles techniques de reproduction qui pourraient éventuellement être assumées plus par les personnes qui y recourent.

M. Côté (Charlesbourg): Oui...

Mme Dauphinais: J'ajouterais peut-être aussi, M. le ministre, que dans les services sociaux, par exemple, en 1981, quand la Loi sur la protection de la jeunesse a **été** mise sur pied, il y avait un budget afférent à cette loi. Sont arrivées les compressions budgétaires et la récession de **1981** et, au fond, on a demandé au système, avec les mêmes effectifs, de prendre la responsabilité de l'application de la loi de la jeunesse.

Alors, dans les services sociaux, même si ce

n'est jamais une décision qui a été évaluée et débattue socialement, il y a des paniers de services qui, de façon pragmatique, sont déjà faits. La «priorisation» de certaines clientèles, la «priorisation» de l'urgence, la «priorisation» des cas graves font que les familles qui n'ont pas d'enfants abusés, où il n'y a pas de violence familiale et conjugale, où il n'y a pas de personnes âgées en besoin de protection sont sur des listes d'attente longtemps pour avoir des services sur le plan des relations humaines, conjugales, parce qu'ils ne sont pas en situation de crise.

Alors, le système, du côté des besoins psychosociaux, a déjà, de façon pragmatique, sans l'avoir débattu sur le plan social, coupé beaucoup des services. Moi, je me souviens, au SSSF, au moment où les coupures ont été faites, au CSSMM, il y avait un service très surspécialisé de thérapie conjugale et familiale - des gens extrêmement experts - et, au moment où les budgets ont été coupés, ce service-là a sauté. Alors, les besoins des gens en thérapie de couples... ! Je vous garantis que, dans le réseau, même si c'est très justifié, il n'y a pas beaucoup moyen d'avoir de l'aide, à moins d'avoir des enfants, et des enfants en difficulté.

M. Côté (Charlesbourg): Dieu sait que dans d'autres domaines... Par exemple, les CLSC nous parlent beaucoup de prévention, mais les postes d'hygiénistes dentaires sont disparus aussi au profit d'autres activités. Peut-être qu'ils n'avaient pas les budgets suffisants pour être capables de faire face à tout, mais, quand on parle d'un virage social et qu'on a fait disparaître les hygiénistes dentaires, ça aussi, je pense qu'on peut s'interpeler sur les choix qui ont été faits à ce moment-là.

Je vous en pose une petite vite, parce que je ne sais pas la réponse. Peut-être que ça n'a pas de bon sens, mon affaire. Dans d'autres cas, quand je suis intervenu, je savais où j'allais; dans ce cas-là, je ne le sais pas. En examinant l'ensemble du système, je me suis dit: On veut mettre davantage de travailleurs sociaux dans nos écoles pour intervenir là où sont les problèmes et tenter d'intervenir sur le plan de la prévention. Quand on se met à réfléchir à ça, comme administrateur, on se dit: Qu'est-ce qu'ils font nos travailleurs sociaux dans les écoles, de la 181^e journée à la 365^e? Si, demain matin, comme on souhaite le faire, on met plus de travailleurs sociaux dans nos écoles, ça fonctionnera comment? On sait que c'est à peu près 180 jours de classe par année. Bon. C'est 220, 240 jours ouvrables par année. Il reste quand même un différentiel assez important. Je ne sais pas si vous avez la réponse à ça, vous autres. J'ai essayé de l'avoir, je ne l'ai pas.

M. Pagé (René): À notre connaissance, les travailleurs sociaux en milieu scolaire, il y en a depuis au moins 25 ans au Québec et ils s'occu-

pent. Ils ne sont pas en vacances trois mois par année. Je pense que...

M. Côté (Charlesbourg): Non, mais...

M. Pagé (René): Non, mais je pense que c'est ça. On parle des choses concrètes. Il y en a à l'heure actuelle, dans le réseau, à l'extérieur de la grande région de Montréal, qui sont intégrés dans les CLSC. Parfois, Us ont un mi-temps avec les écoles et parfois un mi-temps avec d'autres services psychosociaux. Par contre, à Montréal, il y en a qui sont encore dans CSSVM, CSSMM. Vous connaissez la situation. Si on regarde dans le milieu scolaire à l'heure actuelle, il n'est pas rare de voir des travailleurs sociaux, des travailleuses sociales qui ont sept, huit écoles dont ils s'occupent. Donc, je ne pense pas qu'ils se croisent les bras à travailler dans ces systèmes-là. Et, avec les professionnels qui sont là...

Je pense que la question n'est pas seulement celle des journées d'école comme telles, mais, si on parle d'un travail de prévention avec le milieu, le rôle du travailleur social n'est pas que dans l'institution dans laquelle il est. Qu'il soit dans une école, dans un hôpital, dans un centre d'accueil, il a souvent à travailler avec le milieu familial, le milieu avec le conjoint, avec les enfants, avec les professionnels qui sont dans l'institution. Il fait un lien aussi avec les ressources de la communauté puis il intervient lui-même, en termes d'intervention thérapeutique. Et je pense que le rôle, on peut le définir comme ça. Donc, ce n'est pas relié simplement à des journées d'école mais à tout un processus tout au long de l'année, à notre avis.

M. Pinard: Est-ce que je peux, en complément, intervenir? De 1982 à 1984, où j'étais responsable des services sociaux en milieu scolaire, entre autres choses, comment ça se passait à ce moment-là? C'est que les travailleurs sociaux en milieu scolaire suivaient les étudiants du début de septembre au 24 juin, hein, ils étaient là. Ils avaient quatre semaines de vacances. Ça nous amène...

M. Côté (Charlesbourg): Il reste le mois d'août.

M. Pinard: Il reste le mois d'août. Au mois d'août, les profs et les directions d'école entrent vers le 15 août pour préparer l'année. Donc, il reste 15 jours concrets, là, où, moi, je demandais à mes intervenants sociaux en milieu scolaire de me préparer et de formater un plan d'activités détaillé de ce qu'ils entendaient faire au cours de l'année à partir des priorités qu'on avait établies vers la fin de juin. C'est à ça qu'ils occupaient leurs 15 jours, là... Oui? Ou on ne savait pas ce qu'ils faisaient. Ou vous, en tout cas.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): O.K. C'est une comptabilité...

M. Pinard: Juste, vraie, réelle.

M. Côté (Charlesbourg): ...qui a un certain réalisme. J'ai été dans l'enseignement moi aussi, là. Alors... Pas pour longtemps mais j'étais là. M. le Président, une dernière question.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Oui, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Ce qui m'étonne le plus de votre présentation, puis j'ai besoin d'explications, puis on en a besoin de bonnes, à part ça... J'ai dit à un groupe de médecins qui voulaient avoir leur caisse la semaine dernière qu'ils paraissaient être de 20 ans en retard. Vous autres, vous m'arrivez, vous autres les démunis du système, les mal financés, les pas compris, vous m'arrivez avec une proposition: vous voulez avoir votre caisse à vous autres aussi. Je veux bien croire que vous me dites, dans votre présentation, tantôt, que c'est probablement pour des convictions opposées. Bon! Ça, c'est bien beau, les convictions opposées, mais moi, tout ce que j'ai entendu depuis 2 ans... Puis Dieu sait qu'on s'est astreint à un exercice démocratique assez exceptionnel, en l'espace de 2 ans: 23 semaines de commission parlementaire, c'est assez exceptionnel, merci, à écouter tout le monde. Tout ce que j'ai entendu, c'est que la personne, c'est une personne globale, avec des problèmes de santé, oui, mais qui fait appel à l'ensemble des intervenants, puis il faut, au lieu de faire des cloisons, abattre les cloisons pour le bénéfice de celui qui aura les services. Vous autres, vous arrivez aujourd'hui et, contre toute attente, vous voulez avoir votre caisse à vous autres. Pour le moins, ça mérite un petit peu beaucoup d'explications. S'il vous plaît.

M. Pinard: Je vais essayer. D'abord, on ne veut pas notre caisse à nous, M. le ministre Côté, on veut notre comptabilisation. Ce n'est pas la même chose. On ne veut pas un budget, une enveloppe fermée et séparée, mais on voudrait savoir véritablement ce que coûte le social et pouvoir se comparer avec l'Ontario, avec les Etats-Unis, avec la Suède, avec les autres avec lesquels vous avez comparé le système de santé. C'est ça l'idée. Ce n'est pas d'avoir quelque chose de tout à fait à nous, qu'on va gérer. Ce n'est pas ça du tout, l'idée. C'est vraiment dans un esprit de comparaison et pour savoir ce que coûtent les services sociaux. Quand on entend dire que c'est ça qui coûte cher, on trouve ça... ça nous crochit les oreilles un petit peu.

(16 h 30)

M. Côté (Charlesbourg): Moi, en tout cas, je n'ai pas dit que je partageais ça, là, que ça coûtait... mais...

M. Pinard: Non, non. Je ne dis pas que c'est vous qui dites ça non plus.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça. Mais c'est parce que, là, ça fait deux petites comptabilités. Ça fait deux belles colonnes de dépenses dans la grande colonne des dépenses, là. Je comprends qu'on est dans une situation où on véhicule toutes sortes de choses. On ne sait même plus si c'est vrai, 5 % du budget qui est dévolu au social. D'après moi, ce n'est même pas vrai. Bon. C'est peut-être plus que ça. Ça doit probablement être plus que ça. Mais c'est vrai qu'on ne le sait pas sur le plan des comptabilités, sur le plan de savoir ce qui se met dans le social par rapport à la santé. Ce que je comprends, c'est que vous êtes toujours, on est toujours dans la même logique où la personne doit pouvoir faire affaire, sans qu'elle-même s'enfarge dans les colonnes, avec les services des différents professionnels qui vont s'adresser à la problématique qu'elle a, puis tenter de la solutionner.

Mais je m'adresse à madame, là, parce que tantôt j'ai pris la peine de prendre une petite note. Qu'est-ce que ça veut dire «probablement pour des convictions opposées»? J'aimerais ça, moi, avoir un petit peu d'explications là-dessus.

Mme Dauphinais: Moi, j'ai lu dans les journaux la semaine dernière que les médecins trouvaient que les services sociaux coûtaient très cher, que, vraiment, si on dégraisait ça, là, ça ferait faire beaucoup d'économie au ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors, peut-être que j'ai mal lu...

M. Côté (Charlesbourg): Vous n'avez pas le journal?

Mme Dauphinais: Non, je ne l'ai pas.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que je n'ai pas entendu ça ici. Je ne sais pas si c'a été mal rapporté quelque part.

Mme Dauphinais: Alors, je ne sais pas où j'ai entendu ça, où j'ai vu ça, mais nous, on pense qu'ils ne coûtent pas cher et que... Une conviction, ça s'étaie, alors, les chiffres pour étayer une conviction, on pense qu'en proportion les services sociaux ne coûtent pas très cher, qu'ils s'adressent aux gros bobos, vraiment aux gros bobos. Et les études pour le démontrer ne sont pas facilement accessibles, c'était surtout dans cette perspective-là.

M. Côté (Charlesbourg): Parce que, si je me souviens, j'ai surtout entendu le Dr Richer, la semaine dernière, qui paraît d'une intervention

avec plusieurs professionnels, aussi, d'une nécessité d'une intervention avec plusieurs professionnels, qui incluait aussi des gens du social pour certaines problématiques. Je pense qu'il y avait davantage d'ouverture qu'une fermeture. C'est pour ça que... Ça va, M. le Président.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très bien. Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Bienvenue, au nom de l'Opposition, à la *Corporation* professionnelle des travailleurs sociaux. Donc, un mémoire court, mais qui affirme bien vos convictions comme intervenants en première ligne et souvent, je dirais, qui nous empêche d'avoir des coûts un peu plus loin au niveau de la santé. On connaît les efforts que vous faites dans ce secteur-là et il faut saluer ces efforts que vous faites dans le système.

J'étais aussi, moi-même, étonné de la question du fonds santé et du fonds social pour les services sociaux. *Peu* importe qui a dit ou n'a pas dit ce que vous avez perçu dans l'actualité ou ce qui a été écrit, il y a des efforts assez immenses qui ont été faits au cours des dernières années pour dire: On ne peut pas délier la problématique santé et services sociaux. Ce que vous voulez dire, vous, c'est plutôt... Vous voudriez qu'un jour on calcule comme il faut et qu'on illustre le chiffre, c'est quoi les services sociaux et vous dites, comme illustration: on veut savoir c'est quoi, le bas de la colonne «services sociaux». À la blague, pour le ministre, il dit: On va avoir la colonne «santé», la colonne «services sociaux», et ne pas oublier la colonne du coût des délateurs de la Sûreté du Québec que la CSN a suggérée ce matin. Alors, ça commence à faire des colonnes, mais on comprend qu'il faut illustrer ce que coûtent les services en matière de services sociaux au Québec.

À la page 2, sur les points de vue convergents. Vous appuyez également, en plus de la création d'un fonds général santé et services sociaux, la diversification des sources de financement. Alors, vous êtes d'accord avec la tarification des services, vous êtes d'accord avec le ticket modérateur, parce que, dans le texte du 18 décembre, la diversification des sources de financement, sauf erreur, c'est bien à ça qu'on fait référence. Il y en a, des sources, actuellement, et l'État dit: Une des options, ça pourrait être de diversifier la source de financement: les frais d'hôtellerie, la tarification d'un certain nombre d'autres services, l'impôt-services, enfin, la diversification des sources. Vous êtes d'accord avec ça?

Mme Dauphinais: On vous remercie, M. le député de l'Opposition, de nous donner l'occasion d'éclaircir cette apparente contradiction. Ce n'est

pas du tout ce qu'on a voulu dire. Les sources de financement versus la gratuité, c'est que déjà, dans le système, il y a des sources de financement comme, par exemple, le paiement des placements pour les parents d'enfants placés. Alors, on *parlait* que ça pouvait venir de différentes sources, le fonds constitué pour la santé et les services sociaux, mais on n'est pas du tout pour le ticket modérateur, ni pour l'impôt-services. Je pense que vous nous donnez l'occasion de l'affirmer clairement et je vous remercie. C'est une contradiction qui nous a échappé dans les formes.

M. Pinard: De fait, ici, on réfère à la page 94 du document ministériel où on dit: Du côté des sources de financement, ce fonds enregistrerait, pour chacun des intervenants, leur contribution respective imputable aux services sociaux-**taires**, notamment... Et, là, il y a six **descripteurs**. C'est à ça qu'on réfère. Dans le fond, ça vient appuyer notre position à l'effet qu'on voudrait que la part que les contribuables donnent pour les services sociaux et de santé soit plus visible. C'est dans cette ligne-là.

M. Trudel: Ah, bon. C'était bien de le préciser parce que la diversification des sources et la transparence, c'est évidemment deux éléments complètement distincts. C'est comme l'illustration de ce que l'on a eu à moult occasions ici devant cette commission à propos de l'**impôt-santé**. À des gens à qui je demandais: Mais c'est quoi, l'impôt-santé? moi, j'ai eu quelques réponses bizarres sur l'impôt-santé. L'**impôt-santé**, tel qu'il est présenté et tel que j'ai pu l'observer, c'est tout à fait uniquement une mesure de transparence, je le souhaite, pour l'instant. Mais ça ne finance rien, ça, si le concept de l'impôt-santé proposé c'est juste de distinguer dans l'impôt général ce qui sert à la santé. Ça ne finance rien, à moins - et j'ai bien peur, **mais** ça, c'est un autre problème - que l'État ne décide d'augmenter la partie impôt-santé pour financer les services. En soi, ça ne finance rien.

La même chose au niveau du dernier paragraphe de la page 2. Un petit éclaircissement, mais je **vais** passer par une autre voie pour essayer de l'avoir. M. Pinard, vous avez dit tantôt: On pense que la réforme de 120 va amener des économies, des marges de manoeuvre.

M. Pinard: Oui, c'est plutôt ça que je dis.

M. Trudel: Expliquez-moi ça. Un exemple, expliquez-moi comment ça pourrait nous amener des marges de manoeuvre.

M. Pinard: Bon, dans n'importe quelle région économique, si on rapproche administrativement - appelons ça comme on voudra, rappro-

chement administratif, fusion, intégration - trois ou quatre établissements, d'abord sous un même conseil d'administration, dans un premier temps, avec un même directeur général, dans un deuxième temps, et avec des fusions éventuelles ou des économies de fonctions répétées d'un établissement à l'autre... Par exemple, si quatre établissements sont gouvernés par un seul conseil d'administration, qu'ils engagent un directeur général, il y a trois postes de directeurs généraux qu'il va falloir réallouer ou réaffecter autrement. C'est en ce sens-là que je pense qu'il peut y avoir des marges de manoeuvre qui vont se dégager si c'est fait **intelligemment**, et si c'est fait de façon vivable aussi pour les gens qui ont à le faire. C'est à ça que je référais.

M. Trudel: M. Pinard, juste pour l'illustration, croyez-vous vraiment qu'au futur CPEJ francophone de Montréal - vous, Mme Dauphinais, vous **êtes** de la région de Montréal si j'ai bien compris, vous avez parlé de MM tantôt - croyez-vous vraiment qu'au niveau CPEJ francophone de Montréal, et des 11 établissements qui vont être regroupés sous un seul conseil d'administration, il va disparaître 11 directeurs généraux d'établissement et qu'ils vont être remplacés par une ou deux personnes qui vont diriger tout ça? Est-ce que le portrait le plus exact qu'on voit actuellement se dérouler ne serait pas plutôt que nous allons nous ramasser avec 11 directeurs de centre - Ah c'est vrai! ça ne serait plus des directeurs généraux, vous avez raison, ça va être 11 directeurs de centre - un D.G., et, pour coordonner les 11 établissements, ça va prendre deux adjoints au D.G., ça va de soi, et là on ne se réveillera plus à 11 D.G., on va se réveiller à 14 personnes dans le système? Est-ce que vous pouvez dire, vous qui avez l'expérience - je sais que vous avez travaillé dans ce **secteur-là** au Centre du Québec - est-ce que vous pensez vraiment qu'à la direction des boîtes, au-delà du titre qui va changer, il va y avoir un seul poste qui va disparaître de façon significative au plan des économies de **système**, ou si on n'est pas en train de s'embarquer - moi, je pense, là - dans d'autre chose? M. Pinard, ou madame, aussi, qui êtes à Montréal.

M. Pinard: C'est fort difficile, c'est sûr, je l'ai dit tantôt. Si on procède intelligemment... Là, vous me sortez de mes attributions de cet après-midi. La Corporation professionnelle des travailleurs sociaux n'est pas très préoccupée de ces questions-là, je dois le dire.

M. Trudel: Il y a du fric, là.

M. Pinard: Vous allez m'obliger à parler de façon personnelle.

M. Trudel: Allez-y.

M. Pinard: Moi...

M. Trudel: Je ne veux pas vous piéger, c'est parce que c'est vous qui avez dit tantôt que 120 - la réforme - devrait nous apporter des économies. Votre expression, ça a été «des marges de manoeuvre».

M. Pinard: À moyen terme, je pense que oui, j'y **crois** fermement. Je pense que ça va passer par une amélioration de services, mais, je le répète, il faut que les choses soient faites humainement dans le respect des individus aussi. Moi, je pense qu'il y a beaucoup de monde qui va accepter d'occuper d'autres fonctions essentielles nécessaires et pas du tout inutiles à condition qu'on ait un minimum de respect pour ces individus-là. Moi, je pense qu'il y en a qui vont accepter, je suis convaincu.

M. Trudel: Mais l'élément, le bout de politique-fiction que je vous ai fait, évidemment ce n'est pas dans la réalité, c'est de la politique-fiction que je vous ai décrite pour la région de Montréal.

Une voix: Ça pourrait être...

M. Trudel: Parce que là ça semble étonner tout le monde. C'est de la politique-fiction, mais ça semble toucher à la réalité. Est-ce que vous pensez vraiment, encore une fois je vous le répète, ou madame, qu'il va y avoir moins de monde dans le système après l'opération qu'il n'y en a actuellement au niveau des boîtes et des responsables de chacune des boîtes?

Mme Dauphinais: M. le député, moi, par rapport au CPEJ de Montréal et aux centres d'accueil où ils veulent regrouper les C.A., je sais que ça a été beaucoup débattu, que beaucoup de gens qui sont à l'intérieur ont donné des analyses extrêmement poussées. Moi, je ne me suis pas penchée là-dessus. Je ne sais pas si les recommandations du CRSSS de Montréal étaient la meilleure façon d'harmoniser la question. Je dirais que je n'ai pas la réponse. Je ne le sais pas.

M. Trudel: Je ne veux pas vous **asticotter** avec ça, sur cet aspect-là, mais, pour moi, je réfute clairement toute interprétation qui viserait à dire, pour l'instant, que la réforme en matière de conseils d'administration unifiés va nous apporter des économies en termes de postes. Je crois fermement le contraire et, pour avoir eu des échanges sur le terrain à peu près partout au Québec, il n'y a pas bien bien de monde de nerveux dans le système quant à la disparition de postes. Tout le monde a plutôt le regard tourné vers les nouveaux postes qui vont s'ouvrir et si n'y a personne de bien bien nerveux dans le système. Tout ce qui me fait le plus de peine,

actuellement, c'est que dans 10 ou 20 jours, jusqu'au 9 mars, il y a 2000 ou 3000 bénévoles sur les conseils d'administration qui vont retourner chez eux et on va se retrouver à 4 ou 5, pardon, 6 dans ce secteur-là, sur les conseils d'administration unifiés. Ça m'inquiète beaucoup plus. Dans le sens de financement du système, je pense bien qu'on ne va rien sauver là. Au contraire, ça va avoir des coûts, je suis à peu près assuré de ça.

Dernière question, quant à moi, parce que le temps file rapidement. À la page 3, sur le divergent, avec la proposition ou le document qui a été déposé, vous vous opposez à la distinction entre les services de base et les services complémentaires en ce qui concerne votre secteur. Vous voulez dire que tous les services sociaux actuellement assurés doivent être considérés dans ce qu'on pourrait appeler la partie 1 et ne pas toucher à ça si on désassure un certain nombre de services? Parce que je ne comprends pas lesquels des services sociaux ne sont pas dans le panier de base. Parce que ce qui est communément défini comme étant le panier de base ou dans les complémentaires, c'est plus court de décrire les complémentaires, ce sont les yeux, les dents, les médicaments et les orthèses-prothèses. C'est ce qui est classé, d'après la nomenclature. Vous autres, vous dites: On veut que les services sociaux ne soient pas dans le complémentaire, mais qu'ils soient dans la base.

M. Pinard: Non, c'est-à-dire que nous, on opte plus pour le concept de panier de services assurés révisables que pour le concept de services de base et de services complémentaires. Parce que je ne vois pas très bien, M. le député de Rouyn-Noranda, comment on pourrait distinguer des services de base et complémentaires en protection de la jeunesse, en intervention auprès des ex-patients psychiatriques, en placement des personnes âgées, placement des personnes déficientes. Je ne vois pas comment appliquer ça. Alors, nous optons donc pour un autre concept qui est celui des paniers de services où ça nous paraît plus facile, quoique déchirant, de définir quels sont les services qui sont dans le panier et quels sont les services qui ne le sont pas.

M. Trudel: Mais, somme toute, là-dessus, pour être très clair, tous les services sociaux étant dans le panier de base actuellement, c'est gardez-les là, dans le panier de base. Vous le savez, ça.

M. Pinard: Jusqu'à ce qu'on puisse en faire l'étude d'impact et la nécessité avec les autres services à inclure dans les services sociaux et services de santé. **Mais**, tantôt, j'ai identifié des services qui n'étaient plus déjà dans le panier de base.

M. Trudel: Très bien. À la page 4, Mme la

présidente, je ne sais pas si c'est tout simplement un lapsus que vous avez fait, mais, quand vous avez lu le troisième paragraphe, vous avez dit: «afin de préserver des principes d'universalité et d'accessibilité à des services de qualité équivalente pour tous, que soit assuré collectivement un panier de services sociaux définis [...] révisables - vous venez d'en parler - et sans contribution financière.» Vous avez sauté par dessus le mot «curatifs». Est-ce parce que vous l'avez retiré de votre mémoire?

Mme Dauphinais: Oui.

M. Trudel: Expliquez-moi donc ça, pourquoi vous l'avez retiré de votre mémoire.

Mme Dauphinais: Parce qu'on trouve que certains des services préventifs devraient être considérés dans les services assurables, pas seulement les services curatifs. Probablement surtout au niveau des écoles, au niveau des jeunes mères, des jeunes parents de famille monoparentale, il devrait y avoir une disponibilité de services qui s'occupent autant de prévention que de curatif. C'est dans ce sens-là qu'on a enlevé «curatifs», comme étant restrictif.

M. Trudel: Merci beaucoup de votre présentation, des éclaircissements surtout - fiouf! vous m'avez fait peur à certains paragraphes, vous là - que vous nous avez faits. Je constate cependant - pour moi, loin d'être un reproche, au contraire - qu'on a encore beaucoup de chemin à faire en général pour **s'éclaircir** sur la définition d'un certain nombre de concepts pour que l'on comprenne tous de quoi on parle. Je parle du public en général. C'est difficile, ça, politiquement et publiquement parlant, mais il faut faire un effort supplémentaire collectivement pour éclaircir les concepts auxquels on fait appel pour saisir les enjeux dans lesquels nous sommes... Votre prestation, cet après-midi, est très appréciée. Merci beaucoup de cette présentation et de ces éclaircissements. Merci.

M. Pinard: Est-ce que je peux juste faire un commentaire là-dessus?

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Rapidement.

M. Pinard: La première lecture que j'ai faite du document ministériel - vous savez, pour des travailleurs sociaux, ce n'est pas digestible du premier coup, il faut revoir et se reprendre, ce n'est pas aisé...

M. Trudel: Imaginez pour les citoyens.

M. Côté (Charlesbourg): C'est presque un choc culturel.

Des voix: Ha, ha, ha!

(Reprise à 16 h 59)

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, je vous remercie de votre présentation. Vous dire qu'on va continuer de travailler, je pense que c'est le seul moyen de tenter de clarifier un certain nombre de choses et d'en arriver à des résultats positifs. Quant à moi, je trouve ça très intéressant; la question du député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue était empreinte d'un certain réalisme, surtout lorsqu'on l'applique au CPEJ Montréal, avec...

M. Trudel: Cas au hasard.

M. Côté (Charlesbourg): Non, non. Cas au hasard qui n'est pas débranché de la réalité. C'est là qu'est tout le défi de certaines économies qu'on aura de la réforme, et moi, je gagerais un «deux» frimé sur la proposition de monsieur qu'il va y avoir des économies appréciables, et je peux vous dire rien qu'une affaire: je vais avoir beaucoup de plaisir à vous en faire la démonstration, puisque vous avez interpellé l'ensemble des structures de la réforme sur le plan des économies. Et je ne demande pas mieux, mon cher ami, qu'on puisse...

Une voix: Collègue, néanmoins ami.

M. Côté (Charlesbourg): ...se revoir, et vous faire ta démonstration par quatre, compte tenu de nos obligations vis-à-vis des travailleurs qui seront touchés, de certaines économies. Si vous voulez, bien sûr, élargir le débat à l'ensemble de la réforme sur le plan de toutes les structures, et non pas uniquement CPEJ Montréal. Et encore, dans ce cas précis, c'est tout un défi de vous faire cette démonstration et je relève le défi.

M. Trudel: Je dis: je mets un «deux» supplémentaire, juste pour voir, comme on dit aux cartes.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Moi, je trouve que c'est un «deux» bien investi, très bien investi. Je suis convaincu que vous allez le perdre, mais il aurait été bien investi.

M. Trudel: Je veux voir.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très bien. Merci à la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec. Nous allons suspendre quelques minutes et reprendre immédiatement après, avec une présentation du Montreal Board of Trade.

(Suspension de la séance à 16 h 49)

Bureau de commerce de Montréal

Le Président (M. Paradis, Matapédia): La commission des affaires sociales reprend ses travaux et nous entendrons maintenant, du Bureau de commerce de Montréal, M. Alex Harper. Alors, M. Harper est déjà en place.

M. Harper (Alex): Oui.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, je vous invite à nous livrer votre mémoire.

M. Harper: Merci, M. le Président. M. le ministre, Mmes et MM. membres de la commission, ce que j'ai à vous dire, je l'ai écrit et ce n'est pas tellement long. Je vais le lire dans quelques secondes, mais j'aimerais juste dire que le fil conducteur qui est dans ce document que je veux présenter est que nous croyons qu'il faut regarder le côté coûts, évidemment, ce que vous faites dans la commission, mais aussi le côté: Qui paie pour ces coûts-là? Et je pense que ce qu'on essaie de dire d'une façon ou d'une autre, c'est qu'il faut être compétitif. Donc, pour moi, c'est un plaisir d'être devant vous et de vous présenter le point de vue du Bureau de commerce de Montréal sur les coûts de santé au Québec et pour offrir quelques suggestions quant à la voie à suivre dans l'avenir.

Peut-être que je peux présenter d'abord brièvement notre organisme. Nous sommes une association qui existe à Montréal depuis 1822. Depuis sa fondation, elle a toujours eu à coeur les intérêts économiques de la grande région de Montréal, de la province et du pays entier. Notre liste de quelques 3000 entreprises membres - 75 % d'entre elles étant des PME ayant à leur emploi 50 employés ou moins - reflète tous les secteurs de l'industrie, du commerce et des firmes de services de la région. Et, même si nos racines sont anglophones, 50 % des délégués actuels des entreprises membres de notre organisation sont francophones.

Aujourd'hui, nous sommes partagés entre le plaisir et le devoir. Même si nos points de vue rejoignent ceux du Conseil du patronat du Québec, dont nous sommes membres et présents au conseil d'administration, nous avons quand même cru bon d'appuyer leur présentation précédente et vous faire part de nos propres préoccupations.

Nous voulons dire d'abord que nous croyons que les services de santé sont pour tous. Il n'est nullement dans notre intention de remettre en question le bien-fondé d'une politique qui veut que les services de santé soient accessibles à tous, quelle que soit la capacité de payer. Cela étant dit, nous croyons par ailleurs qu'il incombe au gouvernement d'explorer toutes les avenues possibles, de concert avec ses divers partenaires,

pour trouver des moyens de maintenir et pour quoi pas améliorer la qualité des services à des coûts moindres et sans nuire à notre capacité d'être compétitifs sur la scène mondiale.

Nous sommes d'avis que le gouvernement a atteint le plafond, pour ce qui est du fardeau fiscal des employeurs, et qu'il ne **doit** pas leur en demander davantage pour financer les services de santé. Déjà, les taxes de la masse salariale au Québec sont trop élevées. Le fardeau fiscal est lourd, puisque l'entreprise est imposée même si elle ne génère aucun profit. C'est une entrave à notre capacité d'être concurrentiel et la situation a des incidences négatives sur l'emploi et, par voie de conséquence, sur notre capacité de payer pour de tels services. Pour cette raison, nous croyons qu'il faut explorer d'autres choix et en débattre sérieusement. Parmi ces solutions, il y a, bien sûr, le ticket modérateur. C'est une approche qui a l'avantage de faire participer **l'utilisateur** du service. Et, le moyen de ne pas imposer les moins bien nantis d'entre nous n'est sûrement pas difficile à trouver. **Peut-être** que je devrais dire: Pas si difficile que ça. C'est peut-être difficile mais on peut le trouver.

Une autre approche qui peut être intéressante à explorer est la franchise. Je veux être certain qu'on comprend ce que ça *veut dire*. J'ai appris ce mot-là et, pour moi, le mot en anglais, c'est «deductible». Donc, si franchise veut dire ça, c'est ça qui est l'idée. Donc, la franchise calculée d'après le revenu imposable du contribuable, le reste pouvant être assuré par le secteur public, comme c'est le cas pour les régimes privés d'assurance. Et on donne quelques exemples: aucune franchise, jusqu'à 25 000 \$; franchise de 150 \$ pour un revenu de 25 000 \$ à 50 000 \$; de 350 \$ pour des revenus de 50 000 \$ à 75 000 \$ et ainsi de suite. C'est à titre d'exemple. Le ticket modérateur ou tout autre moyen de facturation des services utilisés aurait également comme conséquence, nous le croyons, de réduire substantiellement les consultations médicales inutiles et pourrait contribuer à rétablir un certain équilibre dans le système.

Nous croyons aussi qu'il faut regarder le côté coûts. Avant de conclure qu'il faut nécessairement plus d'argent et, par conséquent, taxer davantage, **il** serait opportun d'analyser en profondeur l'ensemble des coûts. Nous croyons que ni M. ou Mme **Tout-le-Monde**, ni les fournisseurs de santé n'ont vraiment compris la situation. Je ne dis pas tous, néanmoins. Nous ne pouvons compter augmenter éternellement les taxes pour financer des coûts qui ne cessent de grimper. **Il** nous faut tout simplement vivre selon nos moyens, une formule qui signifie que tous et chacun ont un rôle à jouer pour y arriver.

Dire aujourd'hui que les services de santé sont gratuits et qu'il revient à l'État de les payer est dépassé. La réalité, c'est que le niveau d'endettement du Québec et du Canada est tel

que nos enfants et nos petits-enfants en ont pour des décennies à rembourser. **Il** est grand temps d'endiguer cette hémorragie de fonds et le gouvernement ne peut suffire seul. Ce qu'il peut faire, par contre, c'est démontrer son **leadership** en faisant preuve de sa volonté d'agir en éliminant le gaspillage, les dédoublements d'efforts, en détectant les abus du système ainsi que l'inefficacité. Les mots que je dis là sont certainement des mots que vous avez dits vous-mêmes, mais je pense que c'est important de le souligner, c'est un aspect que nous croyons être très important à regarder.

On peut, par exemple, réfléchir sur les méthodes de gestion des établissements de santé. **Il** n'est pas nécessaire que les gens travaillent plus mais **qu'ils** travaillent plus efficacement. **Il** faut responsabiliser les gens, tant les utilisateurs que les fournisseurs des services de santé. Nous savons que le système de santé a été beaucoup amélioré, mais il y a encore **de** la place pour d'autres **améliorations**. Dans le monde des affaires, on utilise de plus en plus l'approche de la qualité totale. Même, je sais qu'un de nos membres donne des cours de formation dans un hôpital, à Montréal, sur la qualité totale. Donc, ça démontre qu'il y a déjà un certain intérêt. Mais je crois que c'est un exemple des choses qu'on peut regarder. **Il** serait sage de poursuivre ces méthodes; c'est par le biais de cette **approche** que nous pourrions ensemble trouver de meilleurs moyens pour maximiser l'utilisation de nos ressources limitées. Dans ce secteur, il faut préconiser l'amélioration continue.

Une nécessité s'impose aujourd'hui aux entreprises: réduire leurs coûts tout en maintenant un niveau de services qui réponde aux besoins des clients - même les associations à but non lucratif sont obligées de faire ça, je peux vous le dire - ce qui a amené à la réduction de certaines entreprises et à une rationalisation de leur exploitation en conséquence. Nous croyons que le secteur de la santé devrait prendre l'exemple sur le secteur privé et s'efforcer de réduire la bureaucratie tout en misant davantage sur les ressources pour les services. Bien que ce ne soit pas l'avenue la plus facile ni la plus populaire, elle demeure (a plus *appropriée pour* continuer à exercer un contrôle et, en bout de ligne, pour réduire les coûts ou au moins les garder au même niveau. Tout le monde doit être sensibilisé au fait que c'est l'affaire de chacun. Fini le temps où on mettait le blâme sur les autres.

Je pense que c'est aussi important de souligner un autre aspect que vous avez aussi mentionné dans votre document, le vieillissement de la population. Nous savons tous que notre population vieillit. Cela signifie pour les années à venir - et beaucoup plus près qu'on ne le croit - que le besoin de services de santé ira en augmentant. De plus, le nombre de personnes ayant la capacité de payer pour les services aura

diminué si les tendances démographiques actuelles se maintiennent. Pour y arriver, c'est donc maintenant qu'il faut agir, arriver à mieux contrôler nos coûts, à augmenter notre efficacité et trouver des moyens innovateurs qui ne mettront pas en jeu notre capacité de concurrencer mondialement.

Parler sans cesse de globalisation semble un lieu commun, presque un cliché, mais c'est une réalité. En fait, à la vitesse où le monde évolue, nous n'avons pas le temps de nous reposer sur nos lauriers. On ne peut se permettre d'avoir un système quelconque qui nous désavantage par rapport à d'autres collectivités au Canada ou ailleurs. Tous, industries, entreprises, gouvernements, syndicats, sans oublier la population, doivent faire preuve de souplesse et doivent pouvoir s'ajuster aux nouvelles réalités. Ce ne sont pas des mots vides de sens, c'est un appel au sens commun qui est la prise de conscience collective.

Nous sommes d'avis qu'en faisant preuve d'un esprit de collaboration et de concertation - sans jamais perdre de vue que la population doit être traitée dignement et recevoir des soins de santé efficaces - il est possible d'y arriver. Le Bureau de commerce de Montréal est prêt à continuer ses efforts pour influencer les femmes et les hommes d'affaires qu'il représente et participer activement à la recherche collective de façons d'envisager les enjeux de demain. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. Harper. Alors, j'invite M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Merci d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer. Vous ne serez certainement pas étonné que je passe le temps qui m'est imparti à vous questionner un peu sur la fiscalité puisque nous avons eu un certain nombre de débats où tout le monde parlait d'une crise financière qui était davantage conjoncturelle que **structurelle**, alors que nous estimons qu'elle est davantage structurelle au niveau des finances publiques au Québec, et que, finalement, il semble bien que plusieurs espèrent, dans un débat sur la fiscalité au niveau du Québec, y trouver là un certain rééquilibrage des payeurs de taxes, que ce soient des individus pauvres comme des bien nantis, ou des entreprises.

On sait qu'on a à faire face à de la concurrence ontarienne. On a à faire face à de la concurrence au niveau des États-Unis, peut-être demain le Mexique, à ce que j'ai compris au cours des dernières 24 ou 48 heures. Est-ce qu'en tenant compte des gens que vous représentez - parce que c'est quand même majeur là, on est dans une situation où **75 %** des gens que vous représentez ont moins de 50 employés, 50 employés et moins... Je ne suis pas sûr qu'il y ait, à ce **niveau-là**, des fortunes absolument... des

trésors qui n'ont pas été trouvés par personne encore et qu'on puisse aller voler littéralement la caisse de ces gens-là pour dire que, demain matin, on va pouvoir financer notre système de santé avec ça.

J'aimerais ça peut-être s'il y avait une distinction qui était faite entre des entreprises qui ont 50 employés et moins, qu'on peut considérer PME, et les autres entreprises sur le plan de la fiscalité. Est-ce qu'il y a de la marge de manoeuvre au niveau de nos PME, sur le plan fiscal, en n'affectant pas le niveau de concurrence? Parce que demain matin on va continuer de concurrencer avec les Américains et avec les **Ontariens**. J'aimerais ça vous entendre davantage **là-dessus** parce que c'est un débat qui est - on le disait pendant toute la journée - un débat de société où il faut questionner la fiscalité. Ce que je comprends de votre message, c'est qu'il n'y a plus bien **blen** d'espace là. J'aimerais vous entendre davantage.

M. Harper: M. le ministre, le vrai problème et le vrai défi, pour les gens qui sont dans les PME, les entreprises de 50 employés ou moins, que nous avons ciblées dans cet échange, c'est que ces gens-là doivent être capables de concurrencer pas juste avec leurs voisins Ici, mais leurs voisins partout au monde. Et ça, ça veut dire que tous les coûts qui sont impliqués dans l'opération d'une entreprise de cette grandeur-là sont un facteur sur sa capacité d'être compétitive. À Montréal, récemment, qu'est-ce qui est arrivé à la ville de Montréal? Ils ont augmenté les taxes foncières de près de 10 %. Ce que ça représente c'est qu'il y a des compagnies qui sont allées en faillite juste à cause de ça. Quand on parie d'une taxe sur la masse salariale, qui représente 22 % des revenus pour les services de santé, ce que ça fait, c'est une taxe sur **l'entreprise** qui est en fait une augmentation au point de vue de l'engagement du personnel. Chaque personne additionnelle qui est engagée devient un coût additionnel. Et c'est un coût additionnel même **si** l'entreprise ne fait pas un profit. Et, au bout de la ligne, c'est le profit qui détermine si l'entreprise va continuer à vivre ou non.

Et je pense que le mot profit est un mot qui est souvent mal compris. Pour moi, ce n'est pas un péché que quelqu'un fasse un profit, même **une** société à but non lucratif peut faire un profit. Même je dirais un gouvernement peut faire un profit, on l'appelle surplus, et dans notre cas c'est un surplus aussi, mais c'est un profit qui veut **dire** qu'on a **fait** des choses qui permettent qu'on a réussi dans les différentes prévisions qu'on a faites. Dans une entreprise de petite envergure, c'est les individus. On parle de bien-être humain. C'est des gens qui prennent des **risques**, c'est des gens qui sont prêts à payer leur part égale à d'autres sur les différents aspects de notre société. Et je pense que ce qui est essentiel de faire, c'est de ne pas les taxer

au moment où ils viennent juste de commencer à réaliser un profit. Après qu'ils ont fait un profit, il y a des taxes sur les profits. Ça, c'est normal, personne ne critique ça. C'est une question d'être compétitifs. Et la taxe sur les masses salariales, c'est une taxe qui rend nos entreprises moins compétitives, les petites, les moyennes et les grandes, et particulièrement les entreprises qui ont une quantité de main-d'oeuvre plus élevée que dans d'autres cas. Et quel est notre problème dans notre société, dans notre économie ces jours-ci? C'est évidemment la création d'emplois et de garder les emplois qu'on a.

(17 h 15)

J'aimerais juste ajouter un autre élément. Nous travaillons avec une firme de consultants pour essayer de regarder l'économie québécoise et canadienne, les différents enjeux parce que, je n'ai pas besoin de vous le dire, c'est très compliqué. Et une des choses qui sort, et ça, c'est une chose qui me préoccupe beaucoup et je pense que c'est une chose dont vous allez entendre parler beaucoup plus dans les semaines à venir parce que l'étude que nous réalisons va être disponible à la mi-mars à peu près, c'est que notre crise économique actuelle n'est pas juste une crise économique. Nous sommes dans une crise structurelle. Nous savons qu'il y a beaucoup d'entreprises qui disparaissent actuellement. Ces entreprises ne reviendront pas après la crise. Si nous voulons avoir une économie qui continue d'être forte, il faut qu'on encourage l'entrepreneuriat, il faut qu'on aide les PME. Au contraire, ce qu'on devrait faire, c'est de trouver des moyens pour les encourager à se créer. Nous faisons beaucoup de ça déjà mais 97 % des entreprises au Québec sont des PME. Donc, il faut encourager ces entreprises, pas en les taxant davantage mais en leur donnant des incitations à créer d'autres emplois et d'investir plus chez nous.

M. Côté (Charlesbourg): Ce que vous êtes après nous dire, c'est que parce que c'est la majorité de nos emplois qui sont dans nos PME, à ce moment-ci et chaque fois qu'il y aura une charge sociale additionnelle, ça va mettre en péril un certain nombre de ces entreprises-là et qu'avant d'exiger davantage que les 2 800 000 000 \$ qui sont investis par les 3,75 % de la part des employeurs il faut voir les effets sur la stabilité de l'emploi. C'est ce que vous êtes après nous dire.

M. Harper: Exactement.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que ça serait le même cas pour des entreprises qu'on peut ne pas considérer comme des PME mais davantage des plus grosses entreprises? Est-ce que c'est le même phénomène ou si la capacité ou la marge de profit des grosses entreprises n'est pas plus importante à ce moment-ci?

M. Harper: Avec les grandes entreprises, particulièrement les grandes entreprises qui n'ont pas nécessairement le même pourcentage de personnel comparé avec le revenu qu'elles ont, c'est peut-être moins évident. Mais, encore là, si on parle des multinationales, et on a beaucoup de multinationales à Montréal, vous savez les multinationales décident de s'installer où c'est le plus compétitif pour fins de toutes les dimensions, soit les taxes, soit les coûts de main-d'oeuvre, soit l'efficacité de main-d'oeuvre, formation de main-d'oeuvre qu'on va discuter dans un autre commission tantôt. Tous ces facteurs de compétitivité sont impondérables pour décider où l'entreprise va s'installer, où elle va prendre de l'expansion. Et je pense que ce qui est important, c'est que nous regardions... Et il faut faire le bilan. Il y avait un monsieur dans une des grandes entreprises, qui m'a dit, et je vous parle franchement: Nous autres, comme association d'affaires, on a tendance à dire: Il y a des grandes entreprises, elles ont beaucoup de ressources, donc, on va les approcher pour nous aider dans différents programmes qu'on a. Il m'a dit: Vous savez, quand vous venez aux TLM, les TLM commencent à être tannés que c'est toujours eux autres qui sont choisis. Les TLM, c'est «Toujours Les Mêmes». Il y a 27 entreprises à Montréal, à ce qu'il m'a dit - je ne savais pas que c'était ça - qui sont des TLM et ensuite de ça, vous pourriez les nommer. Donc, tout le monde fait exactement la même chose. Les gouvernements, les associations, les différentes organisations de charité et éventuellement ces entreprises-là sont obligées de dire: On ne peut pas tout faire. Il y a une limite aux ressources qu'elles ont. Même si elles ont certaines capacités, les capacités ne sont pas illimitées. C'est la réalité.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, si je comprends, sur le plan de la fiscalité, la démonstration dans le débat public qui va venir prochainement, j'espère, les entreprises ont une démonstration à faire parce que, dans l'opinion publique, il n'est pas clair qu'à leur point de vue les entreprises en paient suffisamment. Et probablement que ce qui les achale davantage, c'est lorsque les banques déclarent des profits assez impressionnants. Il y a peut-être l'image qui reste par rapport aux PME. Il y a une distinction très nette, je pense, entre la capacité des PME et ce que vous nous dites, c'est qu'il n'y a pas beaucoup d'espoir de ce côté-là. Ou, si on ajoutait des charges additionnelles, ça va se traduire par des pertes d'emploi, dû au fait qu'ils ne seront plus concurrentiels.

M. Harper: C'est le danger. Il faut, comme je l'ai dit tantôt, être compétitif. Donc, il faut être en mesure de mesurer ça. Si j'étais à votre place, c'est une des choses que je ferais. J'essaierais de faire une analyse de ce que ça peut

représenter. Prenez des exemples de certaines banques, certaines grandes entreprises, comparez le fardeau avec le fardeau ailleurs au Canada ou ailleurs au monde. **Parce** que n'oubliez pas qu'on est dans un monde, aujourd'hui, où la liberté de choix, où l'entreprise va s'installer... Même les entreprises québécoises. Regardez Bombardier. Combien d'opérations de Bombardier ne sont pas ici. Ce n'est pas arrivé par accident. Ils ont regardé les différentes occasions qui existaient et ils ont fait leur choix.

M. Côté (Charlesbourg): Vous parlez, dans les mesures qui pourraient nous apporter certains revenus additionnels, d'une franchise qui est graduée selon le niveau de revenu des individus qui s'apparente, somme toute, à un impôt-santé. Est-ce que vous avez à l'esprit des exemples ailleurs où cette mécanique et cette proposition sont appliquées?

M. Harper: Non, pas tellement. J'ai parlé avec deux ou trois comptables agréés qui ont dit que ça les intriguait, que l'idée les intriguait. En fait, comment est-ce qu'on le mettra en marche? Je vous laisse le soin de le déterminer. Je n'ai pas besoin d'avoir toutes les réponses, juste donner des suggestions. Mais l'avantage qu'on voyait et que les gens voyaient dans ça c'est que c'est peut-être possible de l'intégrer à l'intérieur du système fiscal, c'est-à-dire que ça fasse partie du système actuel, au lieu que ce soit une autre bureaucratie, un autre coût, en fin de compte, pour l'administrer. Mais comment, exactement? Si jamais vous voulez le poursuivre, je suis sûr que je peux trouver les gens qui m'ont donné cette idée...

M. Côté (Charlesbourg): Les comptables.

M. Harper: Je pourrais les mettre ensemble pour vous aider.

M. Côté (Charlesbourg): Vous évoquez la possibilité d'un ticket modérateur. Et je sais que le Conseil du patronat nous l'a évoquée avec un sondage qui était sorti dans le journal **Les Affaires** du matin même. D'après vous, est-ce qu'il existe des revers, des côtés négatifs à l'application d'un ticket modérateur?

M. Harper: C'est peut-être possible que des gens n'aillent pas chercher un soin à cause du fait qu'il y a un coût, dépendant du montant du ticket modérateur. Mais je serais étonné si... Particulièrement, comme le Conseil du patronat l'a souligné aussi, il faut avoir un certain niveau où ça continuera d'être, entre guillemets, gratuit. Mais après ça quand il y aura le ticket modérateur, nous le croyons, et c'est l'expérience que j'ai eue en parlant avec les gens, ça aura un impact positif sur l'utilisation du système de services de santé. Donc, je pense qu'il y a plus

d'avantages que de désavantages et peut-être que le moment est propice, étant donné qu'il semble que le gouvernement fédéral soit au moins intéressé à en discuter, si j'ai bien compris.

M. Côté (Charlesbourg): M. le Président, pour le moment je n'aurais pas d'autre question, sauf une seule observation qui est assez intéressante de par votre témoignage. Vous avez bien pris soin de nous dire que vous aviez témoigné tout à l'heure dans une autre commission. Ce que je comprends, c'est que vous avez su, vous, représentant de l'entreprise privée, vous assurer que votre présence à deux commissions parlementaire se fasse la même journée. Ça occasionne, j'imagine, moins de coûts. Il y a probablement du monde dans notre réseau qui pourraient prendre le même message et s'assurer de faire ça la même journée quand ils ont à venir. Ça éviterait un voyage. Ça serait de l'efficacité et aussi de l'efficacité. C'est un bel exemple de ce qui peut être sauvé comme piastres et cents.

M. Harper: M. le ministre, j'aimerais, par contre, donner le crédit où il est dû. C'est les commissions parlementaires qui nous ont convoqués la même journée. Donc...

M. Côté (Charlesbourg): Donc, on doit dire merci à l'efficacité des commissions parlementaires, alors que ce n'est pas une initiative privée. Merci beaucoup.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. le ministre. M. le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, vous avez une quinzaine de minutes.

M. Trudel: Merci, M. Harper, de vous présenter devant nous, du secteur des affaires et des manufacturiers, pour nous parler de votre vision du problème, de la situation que nous examinons actuellement en matière de financement de nos systèmes de santé et de services sociaux. J'y reviendrai, moi aussi, tantôt, en disant que le mémoire que vous nous présentez nous donne une vision assez à froid du système; grosso modo, ça me semble, en tout cas, être un excellent reflet de ce qu'on entend généralement sur la place publique. On appelle ça le «monde des affaires». C'est-à-dire que, sur le plan de la taxation, sur le plan des charges publiques, on en a assez. C'est un discours qui est conforme à ce qu'on entend et, par ailleurs, il y a des pistes sur lesquelles vous nous invitez à nous engager et c'est celles-là que j'aimerais examiner un peu avec vous, en notant d'abord votre bon sens de l'humour au départ. Vous dites qu'au Montreal Board of Trade «50 % des délégués actuels des entreprises membres sont francophones. Aujourd'hui, nous sommes partagés entre le plaisir et le devoir». Apprécions ce caractère distinct du Montreal Board of Trade!

Il y a une question qui me chicote sur le plan de la concurrence, de la compétitivité. Il n'y a pas de piège dans ma question, M. Harper. C'est qu'on a entendu, ici, différents points de vue sur cette question de la compétitivité. Somme toute, ce que vous nous dites au niveau de l'imputation des coûts, c'est: N'en mettez pas plus sur le dos des entreprises parce qu'il nous faut maintenir une capacité de compétitivité, être capable de concurrencer le restant du Canada et les États-Unis. Est-ce que vous avez remarqué dans le document qui a été présenté par le gouvernement, le 18 décembre dernier, que les dépenses de santé aux États-Unis sont relativement plus élevées qu'au Québec et au Canada et que, dans ce sens, toute mesure allant vers la privatisation, soit du financement ou des services, n'est pas nécessairement une garantie d'abaisser les coûts et, donc, de maintenir une capacité de compétition avec nos voisins? Avez-vous vu cette question, l'avez-vous examinée et quelle est votre réflexion à cet égard?

M. Harper: Oui. En fait, je suis au courant de ça. Mais il faut dire que nous n'avons pas proposé la privatisation des services de santé dans notre document et même le Conseil du patronat a proposé peut-être certaines voies à regarder mais ils n'ont pas vraiment privilégié une voie. On ne critique pas tellement le système actuel. Je pense qu'il faut être conscient du fait que le système actuel... Vous savez qu'il faut aussi être compétitif avec les choses qu'on offre aux citoyens. Et le fait qu'on ait un service de santé qui est ouvert à tout le monde, à des frais pour les individus via d'autres moyens de financement, est un des avantages compétitifs que nous avons. Donc, si on veut regarder les deux côtés de la médaille, avoir un service de santé efficace et accessible à tous est un avantage comparatif et compétitif qu'on a. Donc, on ne questionne pas ça. Je pense que la seule chose qu'on essaie de dire, et de plusieurs façons, et peut-être qu'en me posant d'autres questions j'aurai une façon de le dire plus clairement, c'est qu'il faut être en mesure de ne pas avoir des coûts qui créent un fardeau sur notre système entier, pas juste sur les entreprises, mais sur notre capacité générale d'être compétitifs.
(17 h 30)

M. Trudel: Remarquez que ce que vous venez de nous dire, de mon point de vue, est absolument remarquable, M. Harper, et c'est la première fois, ici, que, du monde en général des affaires, on ait une affirmation aussi claire que notre système public et la façon dont nous le contrôlons, c'est un avantage au niveau de la concurrence et de la compétitivité. Et les chiffres, effectivement, semblent confirmer cela et je dirais que votre déclaration et votre affirmation contribuent à détruire un mythe qui, par définition, est largement répété dans notre société, que c'est le coût de nos systèmes de

santé et nos services sociaux qui nous enlève cette marge de compétitivité. Ce matin, il y a M. Poulin, un actuaire travaillant particulièrement auprès des Américains, qui nous a fait la démonstration chiffrée à l'appui de votre thèse et de votre affirmation, ici, ce qui ne nous empêche pas, par ailleurs, oui, de regarder des mesures d'efficacité de notre système.

À cet égard-là, moi aussi, j'aurais une petite question au sujet des franchises ou du "deductible" que vous avez suggéré. Vous le suggérez simplement comme étant une autre approche qui peut être intéressante à explorer, une imposition d'un certain deductible suivant le niveau de revenu des particuliers. Vous êtes, M. Harper, particulièrement, certainement témoin, comme tout le monde au Québec, de cette espèce - je ne veux pas grossir trop trop - de révolte des contribuables de la classe moyenne. N'avez-vous pas l'impression que d'adopter une telle suggestion, de la regarder ou de la mettre en application, ce serait contribuer à attiser la révolte des contribuables? Parce que vous n'avez pas l'impression que - et je sais bien que c'est à titre d'exemple que vous nous les donnez, les montants, ce n'est pas à ça que je m'attache - d'en faire payer davantage à la classe moyenne, qui en a jusque-là comme vos PME, ce serait de la provocation, actuellement?

M. Harper: Si on comprend bien ce que nous disons quand on parle de franchise, ma réponse à votre question serait: Non. Et je dis ça dans le sens suivant: Ça veut dire que c'est quelqu'un, un contribuable, qui a pris avantage du système des services de santé, c'est-à-dire qu'il a utilisé ou elle a utilisé les services de santé pour un montant qui était plus élevé que le montant de la franchise. Et ceci étant le cas, ce sera une façon... D'abord, c'est une façon de démontrer qu'il y a un coût, parce que, vous savez, souvent, les gens ne pensent pas, ils pensent que c'est gratuit et c'est un peu ça qui est -

Même le ticket modérateur, une façon de démontrer qu'il y a un coût derrière tous les services qu'on reçoit est d'avoir un ticket modérateur. Même chose avec ça. Et la seule raison pour laquelle nous avons proposé ça comme une alternative au ticket modérateur, c'est que ce serait peut-être plus facile à administrer. Évidemment, ce sera important de l'avoir en fonction des services rendus aux citoyens, mais vous savez que beaucoup de gens ont des plans privés d'assurance. J'ai une assurance dentaire. Il y a un deductible de 100 \$. Donc, ce 100 \$, il faut que je le paie. Après ça, c'est compris dans le plan. C'est un peu ça, le principe. Ça prendra une certaine période de formation, parce que, de changer d'un système à un autre, ça prendra une période de formation. Mais c'est une question de responsabiliser les gens, qu'ils réalisent que, quand on prend

avantage d'un système quelconque, il y a un coût rattaché à ça.

Et, pour un certain groupe de gens qui sont mieux nantis que d'autres, ce serait approprié, il me semble, qu'il y ait un coût rattaché à ça. Vous avez raison quand vous dites que les contribuables moyens sont certainement... S'ils ne sont pas là, ils sont là! Quand on est là, on ne peut même pas sortir, mais là, au moins, on peut sortir! Mais je pense qu'il faut être très réaliste et que souvent nous avons tendance à croire que, juste parce qu'on a une réaction négative à quelque chose, la même chose va arriver ici. Je dirais qu'on a plus de chances de réussir si c'est bien présenté. Évidemment c'est votre défi collectif.

M. Trudel: Vous nous renvoyez la balle, mais je comprends que c'est surtout en termes de mesures de transparence ou de relation entre le coût pour un service et l'utilisation de ce service que vous nous faites la suggestion. C'est que vous dites que la gratuité, ce n'est pas vrai ça, évidemment, parce que tout le monde paie quelque part et on n'a pas toujours, dans notre système, la relation entre le coût du service et l'utilisation de ce service-là.

Vous nous dites, plus loin dans votre mémoire, avoir l'oeil sur les coûts. Je pense que, quand on est dans un système qui bouffe 12 000 000 000 \$ par année, c'est un conseil tout à fait sage que vous nous passiez là d'avoir l'oeil sur les coûts. Et - vous le dites à tout le monde d'ailleurs - vous dites, dans le deuxième paragraphe sous cette rubrique: «Dire aujourd'hui que les services de santé sont gratuits et qu'il revient à l'État de les payer est dépassé. La réalité, c'est que le niveau d'endettement du Québec et du Canada est tel que nos enfants et nos petits-enfants en ont pour des décennies à rembourser.»

M. Harper, je vais laisser le problème du Québec, parce que c'est lui qui est au gouvernement et puis il se défendra avec ses affaires. Dans le cas du Canada, est-ce que vous êtes d'accord avec le jugement de M. Le Hir, de l'Association des manufacturiers québécois, qui dit que depuis 20 ans la gestion des affaires publiques du gouvernement fédéral est une faillite à tous les points de vue? M. Le Hir a déclaré ça le 9 décembre dernier. Est-ce que, chez vous, on porte à peu près le même jugement sur la gestion des fonds publics au gouvernement fédéral?

M. Harper: Bien, pas tout à fait. On dit qu'il y a des déficits. J'ai entendu cette déclaration de M. Le Hir, avec qui j'ai beaucoup de relations parce qu'il est dans notre édifice à Montréal. Nous croyons que le déficit, au niveau du gouvernement fédéral, a besoin d'être abaissé beaucoup plus que ce n'était le cas jusqu'à date, sauf que je pense qu'on peut dire - et c'est sur

ce point-là qu'on ne sera pas si sévères que Richard - que les efforts ont dernièrement été pris. Il y a certainement des actions qui sont en voie d'être faites, et je pense qu'il faut donner un peu de temps. Je pense qu'il faut mettre beaucoup plus de pression, continuer à mettre de la pression, et qu'on a beaucoup de chances d'être en mesure de voir des réalisations. Mais ce n'est pas une chose facile, hein. Je ne prends pas la part du gouvernement fédéral, ni du Québec, mais je crois qu'un des aspects dans tout ça, c'est que les politiciens ont besoin d'être capables de vraiment communiquer aux citoyens, quand ils font des coupures, et les citoyens corporatifs aussi bien que les individus. Parce que les coupures affectent tout le monde, mais, si ça affecte quelqu'un d'autre, ce n'est pas tellement un problème, c'est juste quand ça m'affecte. Et à tous les niveaux de gouvernement c'est la même chose. Donc, je pense qu'il y a des efforts qui ont été faits et je ne suis pas si pessimiste que Richard l'est envers l'action du gouvernement fédéral à cet égard.

M. Trudel: Merci.

M. Harper: Sur d'autres points peut-être que j'aurai d'autres commentaires.

M. Trudel: En terminant, M. Harper, je ne peux m'empêcher de vous dire qu'il y a quatre mots, moi, qui m'ont impressionné dans votre mémoire, peu importants les options que l'on choisit à savoir comment on va gérer ça. C'est les mots «responsabiliser», «sensibiliser», «souplesse» et «traiter dignement les personnes». Il y a là une approche qui est empreinte d'une sagesse que l'on ne peut renvoyer du revers de la main lorsqu'on examine un système, encore une fois, qui implique 250 000 salariés et qui coûte 12 000 000 000 \$. Et moi, je veux le noter, parce que, venant d'un organisme comme le vôtre, ça m'atteint, comme mots.

Et je termine en vous posant une question. Vous dites, par rapport au vieillissement de la population, qu'il faudrait que l'on essaie de trouver des moyens innovateurs qui ne mettront pas en jeu notre capacité de concurrencer mondialement mais, en même temps, de répondre aux besoins des personnes âgées. Est-ce que vous avez vu une piste de solution quant à ces moyens innovateurs qu'on pourrait mettre sur pied en rapport avec la situation du vieillissement de la population et, donc, de l'augmentation de services que cela entraîne?

M. Harper: Franchement, je ne suis pas un expert dans ça. Je pense que c'est vraiment un défi de l'avenir et il faut absolument regarder la façon dont on gère le système. Je n'habite pas loin de Huntingdon, dans le sud-ouest du Québec, et dernièrement il y a un petit hôpital, qui était un hôpital de 13 lits, je crois, qui a été converti

en un hôpital pour les vieillards - c'est ça qu'on dit? - les personnes âgées. Ma fille, qui a 15 ans, va (à à toutes les semaines pour travailler deux heures comme bénévole et c'est incroyable comment ils ont converti ce petit hôpital-là. C'est maintenant rendu qu'il y a une centaine de personnes âgées qui sont dans cet hôpital. Ça, c'est un exemple de quelque chose qui, je pense, a été bien fait. Ce n'est pas Montréal, mais j'habite là et je peux en parler. J'aimerais juste dire, si vous me le permettez, que j'aimerais ça vous engager pour écrire la conclusion de mes textes, parce que vous avez très bien dit ce que j'aurais dû dire comme conclusion à ce texte que j'ai présenté tantôt. Merci beaucoup.

M. Trudel: Je suis prêt à faire certains autres échanges ailleurs, moi. Merci beaucoup, M. Harper.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Peut-être une question. Vous avez mentionné la franchise tout à l'heure. Est-ce que, à l'instar des sinistres d'accidents, où on paie une franchise à toutes les fois qu'on consomme ou qu'il y a un sinistre, c'est la même chose que vous préconisez?

M. Harper: Non, ce n'était pas l'esprit qu'on avait.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): C'est une fois l'an selon le salaire.

M. Harper: Pardon?

Le Président (M. Paradis, Matapédia): C'est une fois l'an selon le salaire.

M. Harper: Oui, mais basé sur le fait qu'il y a des services...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Qui ont été consommés.

M. Harper: ...de santé qui ont été consommés.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très bien, merci. M. le ministre, pour conclure.

M. Côté (Charlesbourg): Très bonne précision, parce que, par la suite, on examinait aussi avec M. Dicaire... On se demandait à chaque fois si ce ne serait pas difficile à gérer pour être capable de suivre tout ça. Merci beaucoup de cette contribution. Je retiens un certain nombre de choses, c'est qu'il faut faire bien attention aux gestes que nous allons poser sur le plan de la fiscalité, pour bien s'assurer que ça ne viendra pas défaire ce qu'il a été difficile de conserver comme emploi dans le secteur privé, en particulier au niveau des PME, et qu'il faut être

extrêmement prudent quand on pose un geste à ce niveau-là, parce qu'au bout de la ligne on va se retrouver avec des chômeurs, des chômeurs qui vont **peut-être** devenir des assistés sociaux et qui vont, eux aussi à leur tour, consommer davantage de services. Il y a une **chaîne**, là, qui est inquiétante et qui... Vous nous avez mis en garde contre un certain nombre de choses. Merci beaucoup et bon voyage de retour à Huntingdon.

M. Harper: Merci pour votre intérêt.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, merci, M. Harper.

M. Trudel: C'était une bonne illustration, le petit centre transformé. C'était très bon.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, merci, M. Harper. La commission des affaires sociales suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30.

(Suspension de la séance à 17 h 44)

(Reprise à 19 h 41)

Corporation professionnelle des médecins du Québec

Le Président (M. Paradis, Matapédia): La commission des affaires sociales reprend donc ses travaux. Nous avons invité, et ils sont déjà là, la Corporation professionnelle des médecins du Québec. **J'inviterais** le Dr Augustin Roy, que je semble reconnaître, à nous présenter les gens qui l'accompagnent.

M. Roy (Augustin): M. le Président, M. le ministre, messieurs de l'Opposition, mesdames, messieurs, je vais vous présenter les membres qui m'accompagnent. À ma droite, le Dr Pierre Saint-Georges, directeur du Service de l'inspection professionnelle à la corporation; le Dr Louis Cossette, adjoint à la direction générale; à ma gauche, le Dr André Lapierre, directeur général adjoint, et le Dr Joëlle **Lescop**, directrice du Service des études médicales.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, Dr Roy, vous êtes suffisamment familier avec nos commissions parlementaires pour savoir que vous avez à peu près 30 minutes pour nous présenter votre mémoire. Par la suite, vous pourrez échanger avec votre...

M. Côté (Charlesbourg): **Peut-être** même, dans votre cas, vos mémoires!

Le Président (M. Paradis, Matapédia): ...grand ami.

M. Roy: Ça en fait presque une vingtaine

ou plus, même, alors, je commence à avoir une certaine habitude. Mais je dois vous dire que **celle-ci** me plaît particulièrement.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très bien, très bien.

M. Roy: Alors, je porterai quand même un jugement final à dix heures. On présente, la corporation et les membres du regroupement, un mémoire conjoint. D'ailleurs, le Dr Robert Marier est ici pour participer également à cette audition en commission parlementaire. Le Dr Aubry, je ne sais pas si je l'ai vu, il devait être ici également. Le Dr Jean-Hugues Brassard - malheureusement, à cause des événements d'hier soir - a dû s'absenter, mais il est représenté par M. Jean Blouin. Le Dr Richer, qui est malheureusement absent, est représenté par le Dr Dutil.

Alors, nous sommes solidaires du mémoire qui a été présenté, jeudi dernier, par les membres du Regroupement des fédérations de médecins. Nous croyons que, dans un domaine comme le **financement** des services de santé, il ne pouvait pas être dit la même chose de 100 000 manières. D'ailleurs, la plupart des mémoires de tous les groupes se rejoignent sur un bon nombre de points, surtout sur les questions purement statistiques et fiscales. Nous sommes heureux de cette commission parlementaire qui a été demandée par les médecins, particulièrement par le Dr Robert Marier, demande qui a été également reçue avec beaucoup d'attention par M. le ministre, nous l'en remercions, et appuyée beaucoup également par le député de Rouyn-**Noranda-Témiscamingue**, comme c'est son devoir évidemment de bien s'assurer que le gouvernement fait son travail.

Nous félicitons le ministre pour le ton de son livre vert. Le ministre a l'air heureux. C'est rare que je fais ça, mais c'est un excellent document. C'est un **document** honnête, objectif, transparent, avec beaucoup de franchise et qui ouvre au dialogue. Je souhaite que les échanges qui vont avoir lieu ce soir soient dans le même sens.

Un mot de la Corporation des médecins pour tous ceux qui ne connaîtraient pas exactement ce que la corporation fait. Nous sommes une corporation publique, créée par une loi du Parlement, et soumise à une certaine vérification de l'**Office** des professions. Nous existons depuis 1847 et la corporation est financée en totalité, au coût d'à peu près... un peu plus de 8 000 000 \$, par les médecins. Nous n'avons aucune subvention gouvernementale. Sans fausse modestie, je dois dire que, dans le domaine médical - parce que je ne voudrais même pas **parler** des autres domaines - nous sommes la meilleure corporation au monde. Je le dis sérieusement. D'ailleurs, ça me ferait plaisir de visiter d'autres corporations, dans d'autres pays du monde, avec le ministre - je sais qu'il l'a fait

dans d'autres domaines - pour qu'on puisse regarder ensemble... Entre parenthèses, je l'invite, chez nous, à venir voir le travail extraordinaire qui s'accomplit à la Corporation des médecins.

Nous avons souvent la visite de délégations de différents pays: France, Espagne, Argentine, Italie. Tout le monde est estomaqué vis-à-vis le travail fait par la Corporation des médecins. Notre rôle, c'est de nous assurer de la qualité des soins médicaux, de la qualité de la médecine exercée au Québec, et je peux vous dire que cette médecine est excellente. J'en suis fier et toute la population québécoise doit en être fière. Nous nous occupons des études médicales. Pour admettre les étudiants, nous travaillons en collaboration avec les facultés de **médecine**, et nous encourageons la dispersion des étudiants en médecine et des résidents au cours de leur formation. Nous pensons que c'est extrêmement important que les étudiants en médecine soient au courant de la médecine qui se pratique en dehors des grands centres universitaires de Québec, Montréal et Sherbrooke.

Nous nous occupons également d'enseignement continu. Nous nous occupons des plaintes, de la discipline et, à cet égard, nous dépensons à peu près 1 500 000 \$ par année au service du public pour vérifier les plaintes qui sont portées à notre attention. Nous avons également un service d'inspection professionnelle dirigé par le Dr Saint-Georges. En **1990-1991**, les membres de ce service - à plein temps et avec l'aide d'experts qui sont des médecins en exercice - ont visité 117 établissements au Québec, des CHCD, des CLSC, des centres d'accueil et des centres de soins prolongés touchant 5471 médecins. Nous avons visité individuellement 131 médecins, c'est quand même beaucoup de travail. Nous avons également publié des monographies que j'ai avec moi et dont certaines, par exemple, sont utilisées par d'autres organisations comme celle qui s'occupe des technologies. J'ai celle-là, ici, «Guide d'utilisation des substances de faible **osmolarité** comme agents de contraste». C'est une monographie que la corporation a publiée un an avant que le conseil de technologie ne se penche sur la question. D'ailleurs, ce conseil s'est inspiré de ce que la corporation avait déjà fait. Nous avons déjà beaucoup de monographies dans le cas des laboratoires de cathétérisme cardiaque, dans le cas de l'obstétrique. Je vous en fais grâce, j'en ai au moins une dizaine, ici, qui sont distribuées aux médecins pour en arriver à des meilleurs standards de pratique médicale.

Je dois aussi ajouter qu'en plus du contrôle de la corporation chez ses membres, dans les hôpitaux, il y a également un contrôle local fait par les conseils des médecins et dentistes qui est un travail bénévole des médecins dans chaque établissement pour s'assurer de la qualité des services rendus dans ces établissements. Je dois vous dire que c'est bénévole alors que les

infirmières, que j'ai vues parader **ici** à une couple de reprises, sont payées pour faire ce service.

Je voudrais peut-être faire une petite mise au point en commençant cette commission. Une erreur s'est glissée dans le texte de mon bon ami de **Rouyn-Noranda-Témiscamingue**, dans sa **présentation**, à l'effet qu'il y avait 172 médecins de 75 ans et plus qui avaient fait une moyenne de revenus de 204 000 \$ par année. Effectivement, c'est une moyenne de 35 180 \$. Je me sens obligé de le faire parce que ça été quand même repris dans les journaux. Je pense que c'est important que la vérité ait ses droits. D'ailleurs, le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue est tout à **fait** au courant de cette statistique que je voulais corriger.

La même chose en ce qui concerne un rapport dans **La Presse** de vendredi sur les revenus moyens nets des médecins, qu'on disait après impôt. Évidemment, c'est avant impôt, ce sont des revenus nets moyens avant impôt comme pour tous les citoyens. Si on calcule ça à l'heure, étant donné la moyenne de 45 heures de travail des médecins, en général, ça ne fait pas des très grosses moyennes à l'heure. Ça fait des revenus d'à peu près 50 \$, 60 \$ de l'heure, pas plus cher que bien des techniciens qui viennent nous visiter à la maison, pas plus cher que bien des fonctionnaires ou des professionnels dans notre système de santé et dans notre système d'éducation, dont je **vois** les postes affichés de temps en temps dans les journaux.

Je voudrais aussi **dire** que le rythme de croissance des médecins n'est pas 3,2 fois plus rapide que celui de la population. C'était le cas jusqu'en 1988. Actuellement, c'est 1,5 fois la vitesse de la population parce que le rythme de croissance a baissé radicalement depuis les deux ou trois dernières années.

Je voudrais détruire, une fois pour toutes, ce qui a été dit quand même à plusieurs reprises au sein de cette commission, le mythe que la santé coûte cher. Quand on ventile les dépenses de la santé et les dépenses sociales, qui sont importantes, on se rend compte que c'est moins de 5,2 % du produit intérieur brut, alors qu'on nous l'estime à 6,88 % du PIB. On n'est pas contre les dépenses sociales, mais on voudrait qu'il y ait une meilleure comptabilité, une comptabilité séparée. D'ailleurs, la corporation des travailleurs sociaux l'a demandé, et je suis très heureux qu'elle ait compris que ce que nous demandons avait bien du bon sens. C'était dans l'intérêt de la société d'avoir une comptabilité séparée pour les services sociaux et les services de santé.

Je comprends que, actuellement, c'est très difficile de ventiler ces chiffres parce qu'ils sont mélangés, ils sont imbriqués dans les statistiques de la Régie, dans les rapports du gouvernement. Malgré toutes les bonnes publications fédérales et provinciales - depuis quelques années, quel-

ques mois, le ministère de la Santé fait de très belles publications - il est très difficile de s'y retrouver en ce qui concerne les dépenses de santé et les dépenses sociales. Dans **l'imagerie** populaire, c'est important. Quand on parle du ministère de la Santé, les gens pensent à «médecins», Ils pensent à «hôpitaux». Les autres secteurs sociaux ont des problèmes et ont besoin d'argent, également, mais il reste que nous, on voudrait quand même qu'on nous impute les vraies dépenses de la santé parce que ces dépenses et ces coûts sont raisonnables, ils sont stables, vous le **savez** très bien, M. le ministre, malgré l'augmentation de la population, malgré le vieillissement de la population, malgré le développement de la technologie, avec la gratuité, l'accessibilité et l'universalité qui sont dans le système actuel, le système de santé.

Il faut garder intact ce régime de santé que l'on a au Québec et au Canada. Il faut, tout au plus, l'ajuster pour tenir compte de la situation actuelle et du vieillissement du régime. Il a peut-être besoin d'un petit «tune-up», d'un petit «fine tune-up», mais de quelque chose de gentil - pas de quelque chose de trop radical - qui ne mettrait pas en péril le système de santé dont on a hérité et pour lequel bien des gens ont travaillé très fort au cours des 25 ou 30 dernières années.

J'en profite pour faire un petit historique de ce système de santé. C'est assez récent, le système de santé canadien, mais ça remonte quand même à une quarantaine d'années. Je me souviens, quand j'étais étudiant en médecine, qu'on parlait **déjà** de **l'assurance-hospitalisation**. **Mais**, bien avant ça, dans les années quarante, le gouvernement fédéral, qui est l'Initiateur de nos systèmes sociaux au Canada et que les provinces ont agréés, ont acceptés, avait publié plusieurs monographies, fait plusieurs commissions sur les régimes de santé dont la population devait se prévaloir. Alors, il y a eu plusieurs commissions d'enquête, mais la première véritable loi fédérale, c'est celle sur les services hospitaliers et diagnostics qui, en 1957, a donné lieu à l'instauration des programmes d'assurance-hospitalisation. Le Québec a été, je pense, la dernière province à s'en prévaloir en 1961, sous le régime de M. Lesage.

Je me souviens, en particulier, en 1961... J'étais, à ce moment-là, un employé du gouvernement - imaginez-vous! - j'étais un employé du ministère de la Santé à l'Unité sanitaire de **Saint-Hyacinthe-Rouville**. Je me souviens très bien de la mise en oeuvre de ce régime d'assurance-hospitalisation où il fallait changer les habitudes des gens. Je me souviens, en particulier - vous allez sûrement trouver ça dans vos archives, au ministère, M. le ministre - de la publicité que le ministère de la Santé a faite dans les journaux pour attirer les gens à l'hôpital. Le citoyen, à ce moment-là, s'appelait M. **Tout-le-Monde**. Je pense qu'il s'appelait Thomas

Tout-le-Monde. Des grandes pages de journaux pour dire: M. Tout-le-Monde, maintenant, l'hôpital c'est gratuit. On vous invite à aller à l'hôpital. On vous sollicite à l'hôpital. Ne vous gênez pas, l'hôpital est à votre disposition. Pas surprenant que les gens aient, à ce moment-là, délaissé les bureaux des médecins pour les services d'urgence, et aient commencé à aller à l'hôpital pour des bagatelles dès qu'ils avaient un problème! Pas surprenant que les médecins aient abandonné les soins d'urgence dans leur cabinet privé et dans leur clinique parce qu'à ce moment-là c'était gratuit à l'hôpital et il fallait payer dans le cabinet du médecin! Alors, si on a des encombrements, c'est évidemment parce qu'on a changé les mentalités et il faudrait peut-être, encore une fois, responsabiliser tout le monde au sujet des coûts engendrés par la fréquentation des services d'urgence des hôpitaux.

Il y a eu ensuite l'enquête Boudreau sur l'assurance-santé, l'enquête Castonguay, que tout le monde connaît, sur l'assurance-maladie. C'est ça qui a donné lieu à notre régime d'assurance-maladie d'aujourd'hui.

À ce moment-là, on faisait des enquêtes pour établir un système d'assurance-maladie, pas un système d'assurance sociale, pas un système qui couvrirait les services sociaux. On voulait empêcher les gens de se ruiner parce qu'ils avaient le malheur d'être malades. C'est bien sûr qu'avant 1970, et particulièrement avant 1961, avoir un infarctus, avoir un accident, avoir le cancer, ça pouvait être catastrophique pour une personne et pour sa famille. Alors, l'État a voulu protéger les gens contre les soins médicaux catastrophiques, je dis bien les soins médicaux. C'est comme ça qu'on a appelé ça les services médicaux de base. Par opposition, les autres services, qui n'étaient pas inclus parce qu'ils n'étaient pas catastrophiques au point de vue des coûts, se sont appelés des services complémentaires. Alors, ils ont été baptisés complémentaires et non essentiels, c'est tout simplement la raison. Ils n'étaient pas essentiels, ils se sont appelés complémentaires. Pas parce qu'ils n'étaient pas bons, mais parce qu'ils n'étaient pas assez essentiels pour que les gens les aient gratuitement, parce que ce n'était pas essentiel qu'on ait des services optométriques gratuits, ni des services dentaires, ni des médicaments, même si ce sont des choses qui sont quand même intéressantes à avoir gratuitement.

C'est pour ça qu'après ces discussions très longues le système qui a été construit à l'aide d'efforts des citoyens du temps - il y a 20 ans, il y a 30 ans - c'est pour ça qu'à l'heure actuelle il ne faut pas toucher aux personnes âgées. Il ne faut pas aller taxer de nouveau les personnes âgées qui ont contribué toute leur vie au financement du système de santé qu'elles ont mis en place; ce sont elles qui l'ont bâti. Au moment où elles vont peut-être avoir besoin d'utiliser le système, je pense que ce serait

inacceptable, odieux, qu'on aille les taxer alors qu'elles ont contribué toute leur vie à bâtir ce système.

Le problème, actuellement, M. le Président, ce n'est pas la santé, ce ne sont pas les dépenses de la santé. Le problème, ce sont - je devrais dire - les gouvernements que je ne qualifierai pas. «Les» gouvernements, je n'ai pas dit «le» gouvernement, je n'ai pas dit «un» gouvernement. C'est sûr qu'il y en a un qui est plus coupable que l'autre. Je pense que je vais faire plaisir au député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue en identifiant le gouvernement fédéral. C'est bien évident que le gouvernement fédéral, depuis plusieurs années, depuis une dizaine d'années, n'a pas fait sa job. Depuis une quinzaine d'années, il n'a pas fait son travail, et il est en train de contaminer tous les gouvernements de tout le pays.

(20 heures)

Mais il ne faudrait pas faire subir ces déficiences des gouvernements aux malades. Actuellement, M. le ministre, avant que vous ne me posiez la question, je vais vous répondre. C'est de problèmes structurels dont souffre l'économie. J'ai rencontré un président, un économiste d'une grosse banque, en fin de semaine, et je lui ai posé la question. Il m'a clarifié clairement que c'était structurel le problème de l'économie. Il m'a même dit que le cycle actuel n'était pas terminé, et qu'il durerait encore un certain temps. Je suis certain que vos économistes du Conseil du trésor en sont informés. Les changements structurels dans notre système économique vont durer plus longtemps qu'on pense. C'est bien sûr que c'est actuellement entouré de problèmes conjoncturels et le moindre n'est pas celui ou ceux causés par nos ineffables et interminables débats constitutionnels qui, j'espère, vont se terminer un jour. Actuellement, ça monopolise l'énergie de bien des honnêtes citoyens, et ces énergies pourraient être mieux utilisées à développer l'économie de notre pays.

Comme citoyens, nous médecins, nous devons aider le gouvernement, quel qu'il soit, de quelque couleur qu'il soit. Nous comprenons l'impasse budgétaire actuelle. Nous comprenons qu'il soit nécessaire de contrôler les coûts, mais il ne faut quand même pas bloquer l'évolution normale des dépenses de santé qui sont causées par l'évolution, tout simplement, des problèmes de santé et des besoins des malades.

Par exemple, à la page 11 de notre mémoire, on note un certain nombre de problèmes qui nécessitent de l'argent nouveau parce que bloquer le budget actuel à IPC plus 1 % serait insuffisant. Par exemple, le développement des nouvelles technologies; le problème de la vétusté des immobilisations ou des équipements; les nouvelles maladies, le sida qui a coûté une fortune au ministère de la Santé qui a investi 150 000 000 \$ au cours des quatre ou cinq

dernières années; les nouveaux médicaments; le financement insuffisant dans la recherche médicale; le vieillissement de la population; les délais dans l'accessibilité aux services diagnostiques et thérapeutiques. Donc, **il** faut quand même garder de l'argent pour régler ces problèmes qui sont encore existants.

Entre parenthèses, pendant que j'y pense, l'opération que vous faites dans le domaine de la santé, il faudrait qu'elle se fasse dans le domaine de l'éducation parce que, là aussi, il y a presque 28 % ou 30 % du budget du Québec qui y passe. Je suis certain que, si on faisait la même opération, si on était aussi critique et aussi sérieux dans l'évaluation de ce qui se passe en **éducation**, on sauverait des millions. Je dirais même des centaines de millions de dollars, ne serait-ce qu'en regardant, qu'en révisant la structure des cégeps qui, d'après moi, comme citoyen, est quelque chose d'absolument aberrant, quelque chose d'inutile, dont on devrait se débarrasser et qui pourrait facilement sauver beaucoup d'argent, beaucoup d'argent. Ça a été une erreur de M. Lesage d'avoir été trop vite en écoutant un de ses ministres fort dans le temps, M. **Gérin-Lajoie**.

De toute façon, il ne faut pas faire subir aux malades les contrecoups de la mauvaise gestion des gouvernements. Les malades ne doivent pas servir de bouc émissaire aux erreurs des gouvernements. **Il** ne faut pas prendre, par ailleurs, l'argent de la santé ou l'argent qu'on pourrait épargner dans la santé et l'envoyer ailleurs, dans le social... à condition qu'on garde la part de la santé. **Il** ne faudrait pas l'envoyer ailleurs en diminuant la part de la santé. **Il** ne faudrait pas l'envoyer dans le social, dans l'éducation, dans la justice.

Il y a le Sommet de la justice la semaine prochaine. Je sais qu'il va y avoir énormément de demandes qui vont être drainées par les avocats pour améliorer la justice au Québec. **Il** ne faudrait pas que ça se fasse au détriment de l'argent qui est déjà dans la santé.

Des routes! C'est **bien** sûr que les routes sont mauvaises au Québec. On le sait très bien. Mais, qu'est-ce que vous voulez? **Il** faudrait bien trouver de l'argent spécial pour les routes, malgré le fait qu'on est déjà taxé et surtaxé...

M. le ministre, il ne faut surtout pas blâmer les médecins pour les dépenses de la santé. Les médecins sont formés pour traiter les malades et c'est normal qu'ils engendrent des coûts et des dépenses dans le domaine de la santé, tout comme on ne **doit** pas blâmer les ingénieurs pour le coût des routes, ni les architectes pour le coût des édifices. Le médecin répond tout simplement à la demande des patients. **Il** ne court pas après les patients, nonobstant ce que disent certaines personnes, et sa profession, son rôle, c'est de soigner des malades.

Bien **sûr**, le nombre de médecins a augmenté, mais à la demande des gouvernements. Ce n'est pas la Corporation des médecins qui a le contrôle sur le nombre des médecins et sur l'admission des médecins à la faculté de **médecine**. C'est le gouvernement qui, d'année en année, dicte le nombre d'étudiants en médecine. C'est le gouvernement qui, par ses politiques, fait en sorte qu'il y ait plus ou moins de médecins. Dans le passé, c'est le gouvernement qui, volontairement, a augmenté le nombre de médecins au Québec. **Il** faut dire, par ailleurs, qu'au Québec le nombre de nouveaux médecins est fort bien contrôlé.

Je voudrais faire part, tout de suite, aussi, d'une correction qui apparaît à la page 20 de notre mémoire sur l'évolution... Attendez une minute, là! À la page 20 de notre mémoire, on a une correction sur la comparaison entre le Québec et l'Ontario, au niveau du nombre de médecins. On dit très bien, à ce **moment-là**, et en citant un rapport de M. Contandriopoulos - que vous aimez bien, M. le ministre. Est-ce que vous avez le goût de l'inviter de nouveau? Entre parenthèses, puisque ça me passe par l'idée, par l'esprit, j'aimerais ça que, si vous invitiez M. Contandriopoulos, vous invitiez également la profession médicale à donner sa contrepartie. On cite le rapport de M. Contandriopoulos: «La proportion des médecins spécialistes en Ontario continue donc à augmenter alors qu'elle diminue au Québec. Quand on compare les ratios population par médecin en tenant compte des différences dans le temps de travail des médecins et des différences dans la structure par âge de la population, l'écart entre l'Ontario et le Québec disparaît. La disponibilité de services médicaux par habitant est alors identique dans les deux provinces. Par ailleurs, les coûts des services médicaux per capita sont plus élevés et croissent plus rapidement en Ontario qu'au Québec. De plus, les différences dans les politiques de formation des médecins dans les deux provinces font en sorte que le nombre de médecins augmentera plus vite dans les années qui viennent en Ontario qu'au Québec, particulièrement chez les spécialistes». C'est à la page 17, dans le rapport du ministère préparé par M. Contandriopoulos qui compare l'offre de services médicaux au Québec ou en Ontario.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): C'est parce qu'on ne semble pas avoir le document à la même page que vous.

M. **Roy:** Non, je ne l'ai pas, en fait, malheureusement. C'est le résumé, en fait, du mémoire qu'on a déjà présenté collectivement. Alors, je fais des... comment je dirais ça...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Alors, la page 20 que vous mentionnez, ce n'était pas pour nous, c'était pour vous. Ah! très bien.

M. Roy: La page 20? Ah! Ce n'est pas la même. C'est notre mémoire, ça, ici? Apparemment, c'est à la page 9. C'est parce que c'est un autre texte que j'ai. C'est à la page 9; c'est une autre édition que vous avez.

M. Côté (Charlesbourg): C'est 21 de l'édition que vous avez.

M. Roy: C'est ça. 21, c'est l'édition qui a été circulée à tous les médecins.

M. Côté (Charlesbourg): Je suis chanceux, j'ai un médecin dans mon équipe. Je pouvais en avoir une copie!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lapierre (André): La page à laquelle le Dr Roy faisait référence, c'est la page 26 du mémoire.

M. Roy: C'est ça, du mémoire.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci. Vous pouvez poursuivre.

M. Roy: Comme je vous disais tout à l'heure, la croissance actuelle des médecins n'est pas 3, 2 fois plus rapide que la population mais bien 1, 5 plus rapide que la population.

Juste un mot sur la prévention. On a entendu beaucoup parler de la prévention au cours des dernières journées. Ce n'est pas une mauvaise idée la prévention, mais il y a un mythe à détruire au fait que la prévention, ça va régler tous les problèmes. D'ailleurs, j'ai moi-même une formation d'hygiéniste et de santé communautaire. J'ai pratiqué la prévention déjà et je la pratique encore d'ailleurs. La prévention, les médecins la pratiquent tous les jours dans leur cabinet, elle est intégrée au curatif. La prévention n'empêche pas la maladie, surtout quand une population vieillit parce que, en fait, à ce moment-là, plus on fait de prévention, plus les gens vont vieillir, plus on est victime de nos succès, plus les gens vont peut-être être malades, à moins qu'il n'y ait une recette idéale...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy:... à moins qu'il n'y ait une recette idéale, que le gouvernement aurait et qui serait, en fait, que les gens meurent subitement, à 90 ans, en bonne santé. Là, on réduirait les coûts. En fait, on pourrait parler plus longuement de la prévention, je ne veux pas prendre trop de temps sur ça, mais il reste que c'est un facteur important. On en a parlé à plusieurs reprises ici, et c'est une fausse idée que de croire que développer trop la prévention, investir trop d'argent dans la prévention réduirait les coûts de la santé, au contraire. Maintenant, que pouvons-

nous faire comme médecins? Beaucoup, M. le ministre. Je pense qu'il est temps de parler du partenariat parce que ce partenariat est essentiel et que c'est même une condition sine qua non du succès des politiques de santé. Il faut que les gouvernements impliquent les médecins dans la gestion de la santé. Il n'y a pas d'autre réponse, il n'y a pas d'autre recette magique pour tenter de résoudre les problèmes de la santé.

Il faut impliquer les médecins dans la gestion de la santé. Entre parenthèses, je pense qu'il faut, au plus vite, rémunérer les médecins pour les tâches médico-administratives qu'ils font bénévolement depuis longtemps. Il ne faut surtout pas écouter les infirmières quand elles disent qu'elles vont vous sauver 50 000 000 \$ en ne rémunérant pas les médecins, ce que j'ai entendu vendredi dernier, parce que les infirmières, elles, elles sont payées.

De toute façon, M. le ministre, les médecins veulent collaborer avec le gouvernement et avec les établissements. Nous pouvons faire beaucoup ensemble. Nous sommes au courant des problèmes du système de santé et si la réforme - vous connaissez ma résistance à la réforme - veut être une réussite, il faut un véritable partenariat. Il ne faut pas que ce soit seulement un mot. Il faut que ce soit vraiment mis en application. Nous vous l'offrons cette collaboration, nous vous l'offrons ce partenariat, sur un plateau d'argent, M. le ministre. Après tout, quand le gouvernement a décidé de faire la réforme du Code civil, il n'a pas consulté des fonctionnaires, des gestionnaires puis des sociologues. Il a consulté des avocats. Quand le gouvernement veut refondre les lois de l'impôt, il consulte des comptables, pas des avocats, pas des médecins, pas des ingénieurs et pas des sociologues, encore une fois. Il consulte des gens qui sont connaisseurs du régime. Donc, dans le domaine de la santé, s'il vous plaît, si vous voulez que ça fonctionne bien, consultez les médecins.

En terminant, je vais vous faire quelques suggestions pratiques pour réduire les coûts. Par exemple, un contrôle sévère de l'utilisation de la carte-soleil. On l'a dans notre mémoire. Ça a été dit et redit. On est tout à fait d'accord avec un contrôle très sévère de l'utilisation de la carte-soleil. C'est une carte de crédit, on l'a dit encore, avec la photo sur cette carte-là. On vient de la mettre en vigueur, la photo, sur le permis de conduire. Je pense qu'actuellement il y a trop d'abus, il y a trop de fraude avec cette carte. Il y a trop de personnes qui utilisent la carte pour se faire soigner, trop de personnes de l'extérieur utilisent la carte pour se faire soigner avec l'argent des Québécois.

Des anecdotes, vous en avez. Moi aussi, j'en ai. Je connais des gens qui, déjà, ont prêté leur carte-soleil à d'autres personnes, particulièrement à des Américains. Mais ça existe aussi pour des gens d'autres pays. Il faut aussi encourager l'usage de la carte à puce. Une expérience

va commencer bientôt. Il va falloir pousser dans ce sens-là pour être capable de donner un meilleur contrôle du patient, de son dossier médical, pour que le médecin soit capable de connaître le genre de consultations que le patient a eues, au point de vue médical et au point de vue ordonnances pharmaceutiques, en particulier.

Il faut revoir les mécanismes de négociation des conventions collectives. Je pense qu'il est important... Vous avez entendu les syndicats ce matin. Vous avez vu qu'ils n'étaient pas très ouverts. Je pense qu'il est important de revenir, peut-être, à la négociation locale. C'est clair que, actuellement, les négociations nationales donnent un pouvoir de pression extraordinairement grand, énorme aux syndicats. Je pense qu'il faut réviser ces conventions collectives. J'emprunte ici au mémoire de Ghislain Dufour sur la question du manque de mobilité du personnel, sur la question de la multiplicité des types d'emploi, sur les mutations internes, sur les coûts des arbitrages inutiles, les libérations syndicales. Vous savez les coûts énormes que ces conventions collectives trop rigides et trop généreuses donnent au régime actuel des soins médicaux. Ils coûtent au système.

Il faut aussi réviser et revoir le régime d'avantages sociaux. Il y a 500 000 000 \$ en cause, M. le ministre, et vous le savez très bien, 500 000 000 \$ en ce qui concerne l'utilisation de la CSST et, également, les congés, des remplacements. C'est extrêmement important et je pense qu'il y a beaucoup d'argent là-dedans. Je pense que ce système, ses avantages semblent excessifs et le système semble mal géré. Je m'aperçois que je suis en train de faire votre job. (20 h 15)

M. Côté (Charlesbourg): Ce dont je me rends compte, c'est que vous avez pris pas mal de notes la semaine passée.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Dr Roy, est-ce qu'il vous reste beaucoup de recommandations?

M. Roy: J'achève... trois minutes. Je pense qu'il faut également augmenter la productivité des employés du système de santé. Il faut viser l'efficacité et l'efficacités, tout le monde l'a dit. À part les médecins... Évidemment, il ne faut pas augmenter leur productivité, bien là, parce qu'on va vraiment faire sauter la cagnotte, comme on dit. À part les médecins, il reste 10 000 000 000 \$ dans le système de santé pour tous les autres intervenants. Si on augmentait la productivité de 1 % seulement, on sauverait 100 000 000 \$; de 2 %, 200 000 000 \$. Vous avez là, à 2 % par année, votre 200 000 000 \$ que vous n'avez pas du fédéral. Si vous êtes capable d'avoir les deux, tant mieux.

Il y a également toute la question des médicaments. Les médicaments coûtent

500 000 000 \$ et augmentent à un rythme de 15 % par année. En Ontario, c'est rendu plus de 1 000 000 000 \$. Dans ces 500 000 000 \$, il y a 100 000 000 \$ de rémunération pour les pharmaciens et le reste sert à l'achat des médicaments. Il y a certainement là des épargnes à faire, en négociant avec les compagnies pharmaceutiques, en vérifiant avec la liste des médicaments approuvés, en diminuant peut-être cette liste, en faisant en sorte que les médicaments ne soient approuvés, ne soient mis sur la liste que s'ils sont absolument essentiels et, surtout, en négociant mieux, je pense, avec les compagnies pharmaceutiques. Ce sont elles qui, vraiment, coûtent cher dans ce système-là. Ce sont elles qui bénéficient des largesses du gouvernement.

Il y a aussi à regarder du côté des dentistes. Il n'y a pas beaucoup d'argent à sauver là, pas beaucoup. Je pense que le système est assez bon mais peut-être que si vous étendiez le délai entre les examens, et que vous limitiez surtout les enfants à un dentiste par examen, à ce moment-là, par délai, par année ou par deux ans, il y aurait de l'argent à épargner, un peu.

Il y a aussi de l'argent à épargner du côté des optométristes, pas en désassurant complètement, mais en gardant les services au moins assurés pour les enfants et les personnes de 65 ans, et en étendant peut-être les examens aux trois ans, comme ça se fait dans d'autres provinces. Vous pourriez peut-être, en même temps, faire la même chose pour les ophtalmologistes qui, d'ailleurs, sont d'accord pour une désassurance des services, des examens visuels.

Vous pourriez sauver de l'argent - vous l'avez dit très bien au début de la commission - avec les remboursements à l'étranger, 5 000 000 \$. Vous pourriez sauver de l'argent - et ça, on va vous aider à le faire - avec le paiement des radiographies pulmonaires de routine. D'ailleurs, en ce sens-là, quand le rapport du conseil des technologies est sorti récemment... Je dois vous dire que nous, on a un règlement, à la corporation, depuis 1982, sur les examens de routine. Il est clairement dit que les radiographies pulmonaires ne doivent pas être faites de routine et ça fait partie, d'ailleurs, des règlements du gouvernement. Nous espérons tout simplement que les hôpitaux vont faire leur travail, que les CMDP vont faire leur travail, et qu'on va pouvoir épargner probablement 10 000 000 \$ par année de ce côté-là. Il y a d'autres recettes, mais je les garde pour un autre moment. En terminant, je me pose la question. On a le meilleur système de santé au monde, tout le monde le dit. Pourquoi tant se questionner? Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci Dr Roy. Maintenant, je laisse le soin au ministre de la Santé de s'entretenir avec son grand ami, le Dr Roy.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. Je pense que, dans un premier temps, il **m'apparaît** opportun de dire pourquoi j'ai insisté pour recevoir la corporation de manière indépendante du regroupement. On s'est échangé quelques petites politesses la semaine dernière. Mais, à ce moment-ci, pour moi, je pense qu'il était capital, dans cette discussion extrêmement importante, alors que la corporation a à défendre le public, de pouvoir l'interpeller de manière différente. Donc, elle seule, **par** rapport au Regroupement des fédérations **de** médecins qui, au-delà de l'intérêt public, ont quand même des clientèles de dispensateurs de services à défendre - je pense que c'est leur droit bien légitime. C'est pour ça que j'ai souhaité voir la corporation de manière indépendante. Bien sûr, compte tenu de l'amitié **qui** nous lie et qui a défrayé passablement les manchettes au cours des dernières années, je me suis fait sortir mon évangile selon saint Augustin, **aussi...**

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): ...alors j'ai fait le tour passablement pour qu'on puisse effectivement échanger sur un certain nombre de dossiers. Vous le comprendrez très certainement.

M. Roy: C'est «Les confessions de saint Augustin»?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): En tout cas, une chose est certaine, c'est que vous êtes presque rendu au **paradis**, compte tenu du qualificatif que j'ai pu recevoir en cours de route. C'est Jésus-Christ qui reçoit saint Augustin. Donc, au paradis les deux, je pense qu'on va tenter de trouver le meilleur des mondes pour les Québécois, sans nécessairement que ce soit le paradis, mais un meilleur environnement sur le plan fiscal qui aura très certainement des conséquences sur les déterminants de la santé et du social aussi, parce que, évidemment, il y a un ensemble de dossiers dont on devra se parler.

D'entrée de jeu, il y a un certain nombre de constats que je fais à votre présentation. D'abord, je vous lance le même défi qu'au Dr Marier, 5 200 000 000 \$ par rapport à 5 600 000 000 \$. C'est sûr que c'est ouvert; dans la mesure où on fait la démonstration à l'un, j'imagine qu'on la fait à l'autre aussi. Dans la mesure où c'est effectivement 5 600 000 000 \$ qui sont dépensés au Québec, je pense qu'on est dans une situation où le défi sera... Le défi est lancé et sera prouvé aussi par rapport aux 5 200 000 000 \$ qui sont évoqués. On va faire la clarification des chiffres en souhaitant pouvoir vous faire cette démonstration-là.

Deuxièmement, ce qui me surprend un peu, c'est que, dans toute la présentation qui a **été**

faite au niveau des mesures où on pourrait sauver un certain nombre de choses, il y en avait pour un petit peu tout le monde. Mais j'ai bien compris, quand on est arrivé à la fin... Puis, on est arrivé dans le pulmonaire à la fin, et c'était la seule mesure qui pouvait concerner les 2 000 000 000 \$. Ça, je dois vous dire que ça m'inquiète un petit peu, donc on va travailler ça en cours de route, de manière certaine. Il ne peut pas y en avoir juste pour les dentistes, juste pour les optométristes, juste pour les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Ce que je trouve extraordinaire, et je commencerais peut-être par cette question-là, vous nous avez dit: Oui, sur le plan de la négociation, sur le plan local, il y aurait probablement un certain nombre d'avantages. Est-ce que, sur le plan régional, il n'y aurait pas eu aussi certains avantages? Par exemple, un petit budget fermé à la RAMQ, au niveau régional, sur le plan de la rémunération? Commençons par ça parce que j'imagine que, si c'est bon sur le plan local, ça peut peut-être être bon aussi, avoir certaines vertus sur le plan régional, tel qu'on le souhaitait, mais qu'on n'a pas fait.

M. Roy: Vous savez bien, M. le ministre, que, malheureusement, ce n'est pas moi qui négocie pour les médecins. Mais il reste que la négociation, sur le plan régional, ou les enveloppes budgétaires, sur le plan régional, la régionalisation des services, en fin de compte, ce n'est pas une affaire nouvelle. On en a parlé dans le temps de M. Castonguay, le débat a été fait longtemps. Les gens étaient d'accord pour une régionalisation, mais à une condition: c'est que les régions soient autofinancées, que les régions aient le pouvoir de taxation. Or, aucun gouvernement n'a voulu aller dans ce sens jusqu'à maintenant. Les régions ne sont pas autonomes parce qu'elles recevraient leur argent du grand frère ou du grand prêtre à Québec, qui déterminerait d'avance...

M. Côté (Charlesbourg): Pour rester dans la religion.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: ...quel est l'argent qui sera attribué à tel région plutôt qu'à telle autre. Il y a aussi tous les problèmes des personnes qui auraient à consulter en dehors de la région. Dans notre système actuel, les médecins ont le droit de choisir leurs malades, les malades ont le droit de choisir un médecin. Les malades ont le droit de choisir leur centre de santé, leur établissement, et ce serait très lourd sur le plan gestionnaire, sur le plan administratif. Je ne pense pas que ça amènerait grand-chose.

Je pense qu'on peut régler et améliorer le système de santé sans donner des pouvoirs exorbitants aux régies régionales qui, déjà, en

ont beaucoup de pouvoirs et ont relativement fait peu au cours des dernières 20 années. Je ne pense pas qu'il soit justifié qu'elles dépensent encore 60 000 000 \$ comme elles veulent le faire, en fonctionnaires additionnels, pour tenter de faire plus de travail. Je ne pense pas que ce soit nécessaire d'aller dans ce sens-là.

Dans un petit pays comme le Québec - on n'est quand même pas si nombreux et si grand - je pense qu'on peut gérer de Québec. Une gestion raisonnable m'apparaît correcte en partant de Québec, sans trop décentraliser au niveau des budgets et au niveau des régions.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne peux pas m'empêcher de tirer la conclusion suivante: Pour les médecins, **centralement**, pour les autres, localement. **Ça** me paraît être... Mais je ne veux pas **m'étendre là-dessus** indéfiniment, là.

M. Roy: Je parle des budgets, M. le ministre. Je parlé des budgets. La négociation, je ne sais pas... Vous **pourriez** négocier, actuellement, avec les résidents, avec les **omnipraticiens**, avec les spécialistes. Ça dépend des structures de négociation que se sont données les gens. Mais vous venez de signer et d'adopter la loi 120, vous avez fait une négociation centrale avec les fédérations. Vous avez tenté d'amener, peut-être par inadvertance, une possibilité de négociations avec des groupes de médecins. Vous avez vu la réaction des syndicats médicaux. Je dois vous dire que ce n'est vraiment pas dans mon domaine de **parler** de syndicats et de négociation.

M. Côté (Charlesbourg): Changeons... Comme je n'ai pas beaucoup de temps, j'ai quand même une douzaine de bonnes questions que je pense bonnes. Évidemment, je vous laisse le soin de juger. Mais, en premier lieu, pour être bien clair quant à la démarche de notre échange, il m'apparaît important de souligner un certain nombre de domaines où la corporation fait un travail assez exceptionnel. Pour que ce soit clair, pour ne pas que tout le monde pense que le ministre est en chicane absolument ouverte avec la corporation, et qu'il pense qu'il ne se fait pas des choses de bien, à la corporation.

C'est peut-être bon de les rappeler, parce que, souvent, on va davantage tirer un petit bout pour passer à la TV ou un beau petit paragraphe dans le journal qui va faire... là où on s'accroche et on se tire les oreilles que ce qu'on reconnaît comme ayant été bien fait. Je ne veux pas vous retourner la pareille parce que vous m'avez dit que le document était bon, mais je pense qu'il m'apparaît important, à ce moment-ci, pour rendre justice à la corporation, de souligner que, sur le plan de l'introduction de la médecine familiale pour tous, en termes de formation médicale, c'est un des points extrêmement importants pour lesquels la corporation s'est battue et a été à **l'avant-scène** du Canada. Les

autres provinces, au Canada, l'imitent maintenant. Il y avait de quoi, là, assez intéressant.

D'autre part, c'est assez audacieux, aussi, de faire un colloque sur la pertinence. Il est en voie d'élaboration et se tiendra très prochainement. Bravo, je pense que ça fait partie de vos responsabilités et vous les prenez. La carte à puce, vous en avez parlé. Le projet **Optima...** Finalement, j'imagine que vous pourriez en ajouter bien d'autres sur une collaboration, donc, un partenariat qui est tout à fait exceptionnel, et qui donne un certain nombre de fruits. J'arrive maintenant à ma question, à une de mes questions.

M. Roy: Elle doit être salée.

M. Côté (Charlesbourg): Comment?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Ah non, elle n'est pas si pire que ça, surtout... Finalement, je ne voulais pas la poser, mais je l'ai remise dans mon ordre de priorités - c'est pour ça que j'ai travaillé tantôt - très haut sur le plan prioritaire. Vous m'avez évoqué, et ce n'était pas nécessairement très clair dans l'article que vous avez donné à Martin Gagnon, dans **La Presse** du 8 décembre 1990, quand vous disiez que vous aviez rêvé d'être ministre.

M. Roy: Vous me prêtez des intentions.

M. Côté (Charlesbourg): Oui oui. On pourrait s'étendre longtemps sur le sujet. Comme vous m'avez évoqué qu'à Saint-Hyacinthe vous avez été dans la santé communautaire et que, si j'ai bien entendu dans la présentation, il y avait aussi de l'intérêt aujourd'hui, vous étiez là lorsque les départements de santé communautaire ont présenté leur document... À la page 11, il est dit ceci - je veux relire pour être bien sûr qu'on se comprend bien. La rémunération des médecins. Il est dit ceci: «L'argent étant le nerf de la guerre, la vraie réforme risque de venir avec cette discussion sur le financement. La réforme, deuxième étape, pourrait être la vraie réforme en misant cette fois sur ceux qui prescrivent nos 12 000 000 000 \$ de services au Québec.» Évidemment, c'est des médecins qui le disent. Si c'était moi, ce ne serait pas bon.

M. Roy: Ça doit être bon.

M. Côté (Charlesbourg): On se comprend? Normalement, il y a des chances que ce soit bon. Donc, ce n'est plus une question de 2 000 000 000 \$ pour les médecins, c'est une question de 12 000 000 000 \$ pour les médecins. «Cette réforme pourrait se faire par les médecins. En effet, le véritable consommateur, celui qui transforme les symptômes des patients en

visites, consultations, hospitalisations, tests de laboratoire, examens radiologiques, chirurgie, le véritable consommateur, c'est le médecin.» Je pourrais continuer, mais vous avez le texte, avec toute une série d'exemples qui sont donnés en dessous de ça, - il y en a une dizaine - assez percutants, merci.
(20 h 30)

Comme ça vient des médecins, je me demandais si le président de la Corporation aurait quelques idées à nous transmettre sur la valeur de ces affirmations ou d'actualisation de ces informations.

M, **Roy**: Moi, je respecte les opinions de tout le monde, y compris celle de mes collègues de santé communautaire. Il y a quand même de bonnes choses dans leur document, mais ce qui est important de noter, M. le ministre, et vous l'avez lu d'ailleurs, c'est que cette réforme pourrait se faire par les médecins, non pas par le gouvernement ou par les fonctionnaires, mais par les médecins. Donc, le partenariat dont on parlait au début, c'est extrêmement important parce qu'on sait qu'il y a des choses à faire. On n'est pas idiot. Mais ça, ça doit se faire avec les médecins, par les médecins. Je suis certain que mes collègues des fédérations médicales sont prêts à regarder toute cette question de la rémunération des médecins.

Il n'y a pas de mode de rémunération magique, vous le savez très bien. La rémunération à l'acte a ses bons côtés; elle a aussi ses côtés pervers, c'est bien évident. C'est une question de choix. Quel est le meilleur système? La **rémunération** à l'acte encourage la productivité, c'est bien évident. Quand le médecin ne travaille pas, il n'est pas payé; quand le médecin est malade, il n'est pas payé; quand il est en vacances, il n'est pas payé, contrairement à toutes les autres personnes qui sont, dans la société, payées à rémunération.

Bien sûr que la **rémunération** salariale, ce n'est pas mauvais non plus. Je **suis** à salaire, moi. Si j'étais à l'acte dans mon travail, je ferais probablement le double; si j'étais payé au téléphone, à la commission parlementaire et aux lettres que j'écris, aux heures que je travaille, **peut-être** que je ferais plus. Mais il reste...

M. **Côté (Charlesbourg)**: ...aux déclarations faites.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. **Roy**: Il n'y a pas de système magique. C'est une question de...

M. **Côté (Charlesbourg)**: Ça, c'est à la vacation.

M. **Roy**: ...conscience professionnelle. Ça ne serait pas pensable, dans notre société québécoi-

se, de salarier les médecins, de salarier l'ensemble des médecins. Ce n'est pas pensable. Ça prendrait trop de contrôle et ça coûterait trop cher. Évidemment, il y a déjà beaucoup de médecins à salaire; il y a quand même un bon nombre de médecins à honoraires fixes aussi ou à salaire. Il y a aussi des médecins à la vacation. Donc, il n'y a pas de magie à ça. C'est une question d'organisation et de discussion entre le gouvernement et les médecins. Je pense que les médecins gagnent leur vie, mais ils travaillent fort pour la gagner; ils étudient longtemps. Quand on ventile les revenus versus les dépenses versus les responsabilités et le temps de travail, se lever la nuit, travailler les fins de semaine, travailler de bonne heure le matin, être toujours en forme et ne pas faire d'erreur, ça demande beaucoup.

Alors, il n'y a pas de recette magique, mais je pense que les médecins sont productifs. D'ailleurs, ils sont tellement productifs qu'on s'en plaint. Alors, les mettre à salaire ne serait pas bon parce qu'on a le système des pays européens, du régime socialiste, à ce moment-là, où ça a été une catastrophe.

M. **Côté (Charlesbourg)**: O.K. Je ne veux pas qu'on se perde là-dedans parce que j'ai carrément dit à plusieurs reprises, devant cette commission-là, et les chiffres le démontrent, que, si on a réussi à contrôler les coûts du système au cours des dernières années, c'est parce qu'on a réussi à contrôler la rémunération et que ça incluait aussi la rémunération aux médecins. Donc, pour moi, ce n'est pas une question de masse globale dévolue aux médecins.

C'est peut-être davantage, à ce moment-ci... Je pense que, par mon introduction, vous aurez compris que je voulais en arriver au mode de rémunération, sur le questionnement du **mode**, sans pour autant vouloir tomber dans ce qui est arrivé en Suède où, à salaire, on n'a pas nécessairement réglé les problèmes. Je pense qu'il y a un système mixte qu'on doit tenter de bonifier pour faire en sorte qu'on en ait véritablement, là aussi, pour notre argent. Par exemple, compte tenu du fait que plus ou moins 200 000 000 \$ par année sont versés à vacation, est-ce que vous seriez d'accord pour que nous puissions élaborer une feuille d'activités qui découleraient de ces vacations? J'irais plus loin que ça en vous disant: Est-il normal qu'on puisse, aujourd'hui, se retrouver, la même journée, avec quelqu'un qui soit rémunéré à la fois à l'acte et à la vacation?

M. **Roy**: Ce n'est pas moi qui ai instauré le système. Ce n'est pas moi qui signe les conventions avec les médecins. Il reste, je pense, que ça devrait être discuté avec les fédérations médicales. S'il y a des choses à corriger, je suis certain que mes collègues sont prêts à le faire, mais je pense qu'il faudrait s'asseoir à une table

et en discuter sérieusement sans aucune partialité et dans un véritable cadre de partenariat.

Les médecins sont de bons citoyens; ils sont des payeurs de taxes. Alors, je pense que c'est important qu'on puisse s'asseoir ensemble. N'oubliez pas *qu'en ce qui concerne la vacation le contrôle se fait au niveau de l'endroit où se fait la vacation, par le DSP et, surtout, par la direction générale qui signe ses feuilles avant de les envoyer à la Régie*. Écoutez, ça prend un contrôle, le salariat ou la vacation, et c'est un des effets pervers de la vacation, le contrôle que ça exige. Alors, est-ce qu'on devrait, comme corporation, s'intéresser à ça? De toute façon, je ne dis pas non. Je pense qu'il faudrait s'asseoir ensemble avec le gouvernement puis avec les fédérations médicales pour en parler.

M. Côté (Charlesbourg): Je vous posais la question parce que, le printemps dernier, vous n'avez pas été le dernier - ou en décembre 1990 - à prendre le champ pour défendre les médecins. Je pense que vous êtes allé sur la place publique pour effectivement sensibiliser les médecins. À l'époque, vous croyiez à un danger pour la pratique médicale, mais c'était votre plein droit. Évidemment, à partir du moment où on fait ça, je pense qu'il faut avoir la logique jusqu'au bout de bien faire en sorte que, s'il y a dans le système des choses *qui* sont à corriger, on puisse, bien sûr, protéger la pratique, mais aussi faire en sorte qu'on puisse protéger le citoyen qui est un citoyen-consommateur, mais aussi un citoyen-payeur.

M. Roy: Je suis *tout à fait* ouvert de ce côté-là, M. le ministre. J'aime bien ça quand vous dites «sensibiliser» les médecins parce que, moi, je n'ai jamais protégé les médecins, Dieu m'en garde! J'aimerais bien ça, des fois, mais je protège le public qui a droit à des médecins heureux et satisfaits pour faire une bonne pratique médicale.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends l'ouverture puis on va en profiter pour saisir cette ouverture. La Loi médicale, à l'article 15, nous *dit* ceci à l'alinéa a: «En outre des fonctions prévues à l'article 86 du Code des professions, le Bureau:

«a) donne avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins médicaux fournis dans les établissements et sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins.» En lisant, je m'aperçois qu'il y a quelque chose qui doit mal sonner à vos oreilles, certain. «Donne avis au ministre de la Santé et des Services sociaux - donc, c'est assez exceptionnel, merci - sur la qualité des soins médicaux fournis dans les établissements et sur

les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins.» Est-ce que, dans votre esprit, qualité peut signifier pertinence?

Ça va *peut-être* vous rappeler un certain nombre de petits échanges que nous avons eus dans cette recherche du partenariat. J'aimerais avoir une réponse la plus précise possible, s'il vous plaît.

M. Roy: Je pense que c'est important, la pertinence des actes. C'est clair que c'est le débat qui s'en vient. C'est le débat qu'on doit avoir ensemble, médecins, syndicats et corporations avec le gouvernement, avec les établissements. Ça fait certainement partie d'une certaine qualité générale des services médicaux. Mais la pertinence en ce sens qu'on décide si tel ou tel acte est nécessaire et justifié, il faut faire le débat. *Il y a des débats d'éthique là-dedans*. Vous avez l'expérience de l'Oregon, à l'heure actuelle. On *parle* de l'Oregon, on ne sait pas ce qui va arriver exactement. Ça a *peut-être* des chances de réussir, en Oregon. *Peut-être*, ça va être dur. Vous savez pourquoi on a peut-être des chances de réussir en Oregon? Parce que le premier ministre est un médecin. *Il y a des chances*. Le premier ministre, en Oregon, c'est un médecin, ou le président de la Chambre, c'est un médecin. Mais ça va être difficile.

M. Côté (Charlesbourg): C'est plus acceptable si c'est fait ou proposé par un médecin. C'est ça que vous voulez dire?

M. Roy: Ça va être difficile, mais quand même. Si c'est un médecin, évidemment, peut-être qu'il est capable de discuter plus avec ses collègues pour les convaincre. Ce n'est pas le ministre de la Santé, c'est le premier ministre. Mais c'est une grosse affaire. *Il reste qu'on a demandé des rencontres avec le ministère pour en parler puis on est ouverts pour en parler, non seulement nous, mais la profession médicale dans son ensemble*.

C'est bien sûr qu'opérer un cancéreux en phase terminale, c'est discutable. Opérer un sidéen en phase terminale, on peut également se poser des questions. Alors, ce ne sont pas des affaires faciles à décider. Est-ce qu'on doit décider si une transplantation est pertinente ou non? Ça dépend de beaucoup de facteurs. Mais on est absolument ouvert pour en discuter et je pense que ça s'impose.

M. Côté (Charlesbourg): Mais vous ne pouvez pas me répondre de manière très claire que la qualité inclut la pertinence? Je vais tenter de vous donner un exemple pour permettre de préciser ce que je voudrais avoir comme réponse. Prenons un exemple. Une césarienne, ça peut être bien fait, mais ça peut ne pas être pertinent. Donc, ça peut être un travail de qualité, une césarienne...

M. Roy: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...mais ça peut ne pas être pertinent.

M. Roy: Oui, comme bien des actes, d'ailleurs.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

M. Roy: Comme une intervention à quel-qu'un qui est en phase terminale d'une maladie peut être très bien faite, mais ne pas être pertinente. Alors, la qualité, c'est un peu différent. C'est sûr que, dans le vocable général «qualité», on peut impliquer la pertinence. Mais c'est un peu différent. Comme vous dites très bien, une césarienne, ça peut ne pas avoir été jugé essentiel après. Ce n'est pas toujours facile sur le champ, mais il reste que - je dis toujours la même chose - je ne connais pas un médecin qui a été poursuivi pour avoir fait une césarienne. Ce n'est jamais facile à décider, la pertinence d'un tel acte. Il y a d'autres cas où c'est plus facile. Je ne sais pas si le Dr Saint-Georges voudrait élaborer.

M. Saint-Georges (Pierre): Si vous le permettez, j'aimerais ajouter un certain nombre d'éléments parce que je pense qu'on est sur un terrain qu'on connaît assez bien tous les deux. Effectivement, dans les discussions que nous avons eues cet été, nous sommes tombés d'accord facilement pour dire que la pertinence était incluse à l'intérieur de la qualité. J'irais même plus loin, je pense que la pertinence réfère à l'efficacité et à la possibilité d'atteindre le résultat. Dans l'exemple que vous avez donné, si on peut le reprendre, il est bien évident que de faire une césarienne dans une situation où on n'a pas la possibilité d'atteindre un résultat qui soit acceptable, ça pourrait même être contre-indiqué, donc impertinent.

D'autre part, lorsqu'on parle de pertinence, on doit se rappeler que l'exercice de la médecine doit se faire selon des principes scientifiques. Dans la mesure où il existe des données acquises de la science, le médecin doit exercer selon ces données-là. On sait, d'autre part, que, dans plusieurs circonstances, il n'existe pas de données acquises de la science. Il appartient au médecin, dans ces cas-là, de faire en sorte qu'il puisse aider dans toute la mesure du possible son patient. Et là je me réfère à ce que vous connaissez bien et qu'on appelle l'effet placebo, qui existe chez 35 % à 65 % des patients, ce qui est loin d'être négligeable.

On peut revenir à l'élément prévention dont on parlait tantôt. La **prévention**, moi, je pense que c'est excellent, **mais** à la condition aussi que l'on fasse de la prévention quand on a l'assurance de succès éventuels, parce que scientifiquement démontrés. Tout le monde con-

naît des éléments de prévention où on peut se bourrer de vitamines qu'on sait absolument ne rien donner pour la santé des individus. Donc, c'est dans ce contexte-là que, nous, à titre d'exemple, on visite les centres hospitaliers, les divers établissements de la province, à partir d'objectifs qui ont été établis, d'ailleurs, et qu'il est important de rappeler, dans le livre d'orientation déposé par Mme Lavoie-Roux et, antérieurement, par la commission Rochon.

M. Lapierre: M. le ministre, si vous le permettez, il faudrait faire une nuance entre la pertinence et l'efficacité. Comme le Dr Saint-Georges le dit, et le Dr Roy, la pertinence fait partie de la qualité. **Mais** le médecin, en fait, lorsqu'il traite un malade, a une obligation de moyen et non pas une obligation de résultat. Alors, il ne peut pas promettre l'efficacité. Il peut s'assurer de la pertinence d'un acte, mais il ne peut pas en garantir l'efficacité, et je pense que c'est même inscrit dans le code de déontologie.

D'autre part, il faut ajouter qu'en ce qui concerne la pertinence des actes notre service d'inspection professionnelle, qui visite les hôpitaux de façon systématique et périodique, s'assure de la pertinence des actes posés, dans l'analyse des dossiers qu'il fait, et fait des recommandations régulièrement sur ces sujets-là. La Corporation, comme l'a dit le Dr Roy, a publié de nombreux guides. Alors, si vous voulez voir la pertinence des actes posés, nous, nous nous référons à nos guides que nous publions à l'avance. Les médecins savent à quoi s'en tenir lorsque nous les visitons, ils savent qu'on se réfère à ces **guides-là**. D'autre part...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Rapidement, peut-être, parce que plus vous allongez les réponses, plus on manque les questions.

M. Lapierre: Ce que je veux dire, M. le Président, c'est qu'il y a des actes qui sont aujourd'hui disparus parce que les médecins se sont questionnés sur la pertinence.

M. Côté (Charlesbourg): En enchaînant. Tantôt, le Dr Roy nous disait que, par exemple, sur les radios pulmonaires, la Corporation avait fait un certain travail à ce niveau-là, était même avant le CETS. Évidemment, ça a été constaté, ça, je pense que tout le monde le dit, par la Corporation. Mais quels sont les mécanismes de suivi? C'est bien beau de le constater et de dire: Ce n'est pas utile, mais qu'est-ce qu'on a comme mécanismes de suivi pour vérifier si, effectivement, c'est appliqué ou ça ne l'est pas? (20 h 45)

M. Roy: C'est en 1982 qu'on l'a publié comme norme. On l'a envoyé au ministère. C'est publié dans les règlements du gouvernement. II

faut que ce soit appliqué à l'intérieur de chaque établissement qui est également autonome. Évidemment, il y a un contrôle du conseil des médecins et dentistes, il y a des chefs de département. Mais ça prend le leadership des établissements. On ne peut pas aller chercher et guider chaque établissement par la main.

M. Côté (Charlesbourg): Le leadership du CMDP.

M. Roy: Mais ce n'est pas le CMDP qui dirige l'établissement. C'est le conseil d'administration. Le CMDP est là pour évaluer la qualité de la médecine, de la pratique de la médecine. Mais, qu'est-ce que vous voulez? Les médecins ont du travail à faire. Ils ne sont pas rémunérés pour faire ce travail-là. Alors, ça peut arriver qu'il y en ait qui ne l'aient pas su. D'ailleurs, il y a un médecin qui me disait l'autre jour: Nous, nous l'avons appris il y a deux ans seulement. On a passé un règlement pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de radiographies pulmonaires de routine. Mais je peux vous dire qu'il y a deux semaines, à la dernière réunion de notre bureau, on a adopté à nouveau une **résolution** pour entériner le rapport du Conseil des technologies et envoyer à chaque président de conseil d'administration une **résolution** concernant les radiographies pulmonaires de routine de façon à ce qu'il y ait une réglementation interne à chaque hôpital.

M. Côté (Charlesbourg): À partir du moment où on s'engage dans cette voie, si vous sentez le besoin de faire un colloque sur la pertinence, je pense qu'il sera bienvenu. Il y aura un certain nombre de décisions qui découleront de ce colloque. Il faut s'assurer que, dans la mesure où il y a de ces avis qui sont validés par des pairs et qu'on les achemine un peu partout, ce soit appliqué. Sinon, ça ne donne pratiquement rien de le faire. Je vous rappellerai que nos discussions... Quand on dit que ce sont les établissements qui mènent par rapport au CMDP, on se rappellera certaines discussions quant à tout le pouvoir qu'on voulait donner au directeur général qui a été un petit peu affaibli.

M. Roy: Mais, encore là, M. le ministre, il faut faire un véritable partenariat intérieur. Un D.G. tout seul ne peut rien faire.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, mais un partenariat - juste là-dessus - ce n'est pas à sens unique. C'est dans les deux sens. Il faut bien se comprendre.

M. Lapierre: M. le ministre, en ce qui concerne les examens pulmonaires, à partir du moment où la donnée est connue qu'il y a 10 000 000 \$ qui sont dépensés en radiographies pulmonaires de routine, et si elles sont réelle-

ment de routine, là, à partir du moment où la donnée est connue, il suffit d'introduire un programme d'action, en partant de la Corporation, des CMDP et du ministère. Il y a moyen d'organiser un programme d'action pour convaincre la population médicale de réaliser cet écart et de corriger, s'il y a lieu. C'est ce qu'on dit. Votre livre, d'ailleurs, fait état d'une sensibilisation des données. C'en est une qu'il **m'apparaît** important de transmettre à tout le monde.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais regrouper deux questions parce que vous avez commencé à me regarder avec des gros yeux. Il m'en reste encore une douzaine, mais...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Rapidement, M. le ministre.

M. Roy: Prenez votre temps, M. le ministre. Il est de bonne heure.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Ce sera sur le temps de l'Opposition.

M. Roy: Il y en a qui ont eu deux heures.

M. Côté (Charlesbourg): Je regroupe les deux questions pour permettre à mon collègue de vous interroger; lui aussi a vécu tout ce qu'on a vécu au même rythme que nous.

On **parle** de pertinence. Vous nous faites état d'un certain nombre de visites dans les établissements afin de vérifier un certain nombre de choses de la problématique des urgences. Cette question-là m'est venue au moment où vous avez si brillamment pris la défense des personnes âgées, tantôt, sur les acquis de ces générations qui ont bâti le Québec et qui, demain, pourraient se voir interpellé pour payer certaines parties de médicaments. Je trouvais ça touchant. Je voyais que vous avez été marqué par la présence de la Coalition des aînés, jeudi soir.

M. Roy: Je défends mes intérêts. Je m'en viens dans ce groupe-là moi aussi!

M. Côté (Charlesbourg): Je ne voulais pas le dire, mais...

M. Roy: Là, je suis gentil. Attendez-moi pour défendre les aînés!

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Donc, est-ce que vous êtes un peu préoccupé par la problématique des personnes âgées aussi qui sont à l'urgence, sur des civières, de 48 à 72 heures, et qui, bien souvent, doivent faire place à des décisions électorales? Ça me paraît aussi être une préoccupation que nous devons avoir quant à cet arbitrage que je ne peux pas faire **parce** que je n'ai pas la compétence qu'il faut. Vous nous

l'avez répété tantôt, c'est bien plus important et ça a **bien plus** de poids quand c'est **dit** par un médecin à un médecin. Dans ce sens-là, j'imagine que, lorsque la Corporation parle à ses médecins, on peut donner des avis de cette manière-là. Ça peut être assez important. Et ma dernière question, je la regroupe à l'intérieur. À la page 21 du document que vous avez cité tantôt, dans le mémoire, sous la rubrique 4, «Pour une politique **incitative**», il est **dit**, dans le troisième paragraphe: «La dispensation des services médicaux est moins coûteuse en cabinet privé qu'en CLSC et moins en CLSC qu'en centre hospitalier.» Ça m'a inspiré une petite question qui est vicieuse. Je vous la pose pareil, même si elle est vicieuse. À partir du moment où vous supportez une affirmation comme celle-là qui, je pense, sur le plan des coûts, peut s'avérer **véridique**, ça peut se démontrer... Donc, moins cher en CLSC qu'en centre hospitalier et moins cher en cabinet privé qu'en CLSC. Dites-moi donc ce que la **Corporation** a fait quand on a été pris avec le dossier de Sainte-Marie où c'étaient des cabinets **privés** qui devaient assurer une garde et il n'y en avait pas. Ça me paraît aussi important et ça me paraît relever de la défense des intérêts du public aussi.

M. Roy: Je dois vous dire, M. le ministre, que, quand c'est arrivé, on m'a appelé; d'ailleurs, j'étais au courant parce que j'avais parlé à la dame en question une ou deux semaines avant. Je lui avais dit qu'il y avait un problème évidemment de négociations entre le gouvernement et les **omnipraticiens** et d'organisation des services, parce qu'il y a un CLSC à Sainte-Marie de Beauce. Il y a un problème évidemment, la désignation de CLSC, à un moment donné, pour les omnipraticiens où les gens sont payés pour la garde ou non. Mais ce n'est pas du domaine de la Corporation de négocier des ententes entre les médecins et le gouvernement. D'ailleurs, je sais que, depuis ce temps-là, il y a eu une entente qui fait qu'il y a une couverture à Sainte-Marie de Beauce. Je suis sensible à ce cas-là parce que, venant moi-même de la Beauce, on m'a téléphoné et le journaliste... J'ai parlé à la dame et j'ai fait des pressions. Les syndicats ont bien répondu et ils sont allés voir le gouvernement puis, malheureusement, il y avait eu un problème. Il n'y a pas eu de mortalité, il n'y a rien eu, mais le fait qu'il y a eu un problème a fait régler le cas. Mais qu'est-ce que vous voulez, c'est une question de...

M. Côté (Charlesbourg): Mais vous savez comment est-ce que ça a été...

M. Roy: ...désignation, c'est une question de convention collective.

M. Côté (Charlesbourg): Mais vous savez comment est-ce que le cas a été réglé? Par

l'ajout d'argent. Ce n'est pas vrai qu'on peut régler tous les problèmes du système de santé uniquement et toujours en ajoutant de l'argent, alors qu'on est dans une situation où il y a suffisamment de médecins à travers le Québec pour répondre aux besoins de la population. Ça aussi, ça fait partie de la protection des intérêts de la population, que d'avoir des services égaux sur le territoire.

M. Roy: Je **suis** conscient de ça, M. le ministre. La partie médicale d'aujourd'hui est différente de celle que j'ai faite il y a 30 ans, 35 ans, alors que les médecins se levaient la nuit et les fins de semaine, alors qu'on n'était presque pas payé. C'était vraiment une vocation puis on n'a rien en retour, sauf de l'ingratitude. Mais qu'est-ce que vous voulez, les médecins, de nos jours, pratiquent différemment. Je ne négocie pas pour les médecins, mais je pense que le gouvernement doit s'asseoir à la table avec les médecins. On est sensible à ça pour qu'il y ait une couverture dans les endroits...

M. Côté (Charlesbourg): Les urgences?

M. Roy: ...la nuit, le soir ou les fins de semaine.

M. Côté (Charlesbourg): Les personnes âgées dans les urgences?

M. Roy: Ça, c'est un problème. C'est un peu mieux depuis le groupe d'intervention, mais, là, il y a un problème de **lits** pour loger ces personnes âgées. Est-ce qu'on va les garder à domicile? Est-ce qu'on va les garder dans les hôpitaux de soins aigus? Il y en a déjà trop, 10 %, 15 % des gens...

M. Côté (Charlesbourg): Ce n'est pas un problème de lits, c'est un problème d'admission dans les lits.

M. Roy: Oui, mais, l'admission, écoutez, il faut qu'il y ait de la place pour admettre des gens. Actuellement, demandez aux chirurgiens comment ils ont de la misère à faire admettre leurs malades. Je connais un cas aujourd'hui où je vous parle, une personne à Montréal qui est dans un hôpital universitaire depuis deux semaines, elle ne peut pas sortir, elle n'a pas été opérée encore. C'est un accident de travail. Elle est là parce qu'il y a un problème pour une opération qu'elle doit avoir. Son opération est remise de semaine en semaine parce que son chirurgien a une journée pour opérer. Elle ne va pas sortir. Le chirurgien lui dit: Ne sors pas, tu vas perdre ta place. C'est difficile d'entrer à l'hôpital pour de la chirurgie. Il y a un problème d'organisation...

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce qu'il n'y a

pas...

M. Roy: ...problème de lits.

M. Côté (Charlesbourg): ...dans ces conditions-là, un autre chirurgien qui pourrait faire la même intervention dans un autre hôpital où il y a des possibilités?

M. Roy: Essayez donc ça!

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que ce n'est pas aussi le problème du système que de réserver un certain nombre de choses?

M. Roy: M. le ministre, il y a des problèmes de listes d'attente pour la chirurgie, je dirais, quasiment élective, non urgente, partout, partout. Les problèmes de CSST qui attendent huit mois, un an, à 90 % du salaire net, c'est scandaleux. C'est pour ça que le déficit de la CSST est de 1 000 000 000 \$. Il y a quelque chose à faire dans ce coin-là. Il n'y a pas d'erreur là-dedans. Ce n'est pas seulement un problème qui vous regarde, vous, mais c'est un problème général d'organisation. Je suis certain que les médecins sont sensibles à ça, mais il faudrait s'asseoir avec les gestionnaires, avec le gouvernement, avec les administrateurs d'hôpitaux pour tenter de trouver une solution. Il reste que c'est un fait: à l'heure actuelle, c'est difficile d'admettre des malades dans les hôpitaux. Les médecins doivent se battre pour les admettre puis se battre pour les faire sortir.

M. Côté (Charlesbourg): Ça ne répond pas à ma question de mes personnes âgées. Est-ce que c'est socialement acceptable que des personnes âgées soient dans des corridors d'hôpitaux plus de 48 heures avant d'être amenées dans des lits? Parce qu'il ne manque pas de lit, il y en a des lits.

M. Roy: Pas du tout.

M. Côté (Charlesbourg): C'est une question de choix qu'il faut faire à ce moment-là.

M. Roy: Ce n'est vraiment pas acceptable, M. le ministre. Je suis d'accord avec vous. Mais ce n'est pas moi qui suis ministre, ce n'est pas moi qui peux régler les problèmes. Je pense que le problème se règle avec les médecins, avec les administrations hospitalières.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, Dr Roy. Merci, M. le ministre...

M. Lapierre: Vous êtes conscient, M. le ministre, que c'est un problème sur lequel la Corporation n'a aucun pouvoir.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci.

M. Côté (Charlesbourg): C'est-à-dire que je ne suis pas convaincu que la Corporation n'a pas certains pouvoirs sur un certain nombre de choses.

M. Lapierre: Elle a certains pouvoirs, mais elle n'a pas celui-là.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Le temps qui nous était...

M. Côté (Charlesbourg): On aura l'occasion d'en rediscuter en partenariat.

Une voix: Je ne suis quand même pas le bon Dieu parce que ...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Le temps qui nous était imparti est malheureusement terminé. Je cède la parole au député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue.

M. Trudel: Merci, M. le Président. Il y a un bon nombre de pistes qui ont été examinées déjà, en saluant votre présence, Dr Roy, ainsi que celle de vos collègues de la Corporation professionnelle, en saluant aussi le Dr Aubry, qui s'est joint à nous, de l'Association des CMDP. Oui, c'est une circonstance assez exceptionnelle, même les journalistes de Radio-Canada, à 21 heures... Il y a quasiment juste vous qui pouvez faire ça, faire venir un journaliste, à 21 heures, et c'est rare...

M. Côté (Charlesbourg): Le Soleil.

M. Trudel: Le Soleil. C'est rare que, de toute façon, ici, une institution en reçoit une autre. Vous êtes une institution au Québec et on ne vous lâchera pas comme ça. Quand le ministre vous dit qu'il y avait de l'échange entre Jésus-Christ et saint Augustin, moi, je dis: Non, c'est le diable en personne qui est là, ce n'est pas mêlant.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Compte tenu de tout ce que vous dites et d'un certain nombre d'affirmations, oui, il y a un bon nombre de questions à poser. Plus sérieusement, Dr Roy et vos collègues, plus souvent qu'autrement, au cours de ce débat, oui, effectivement, les médecins ont été interpellés de façon vigoureuse. C'est le terme le plus poli, je pense, qu'on peut employer. Vous avez assisté à la plupart des comparutions, des audiences ici, et je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de mémoires où on n'a pas fait allusion à la pratique médicale ou aux médecins comme corps professionnel dans notre système de santé et de services sociaux. C'est pour ça que je pense... Effectivement, vous êtes des piliers dans le système. Il nous faut vous interpeller de façon particulière parce que,

répétant un peu ce qu'on a dit cet été, il ne saurait exister, bien sûr, de système de santé et de services sociaux sans la présence des professionnels de la médecine et de tout ce que vous faites auprès de la population. C'est parfois difficile par rapport aux critiques que vous recevez. Un bon nombre sont probablement justifiées, mais d'autres doivent être justifiées, en particulier dans des débats publics comme nous les avons depuis quelques jours.

Je reviens tout de suite sur cette question de la disponibilité de lits ou de l'alourdissement des clientèles, dans les institutions hospitalières en particulier. Vous dites, dans votre mémoire, avec les associations de médecins, à la page 30, que 15 % à 20 % des lits de soins aigus dans les hôpitaux sont occupés par des patients en attente d'hébergement ou par des patients qui nécessitent des soins de longue durée. Ce n'est pas petit, 15 % à 20 % de l'ensemble des lits. Double question: Est-ce que vous pensez vraiment que nous **pourrions**, au Québec, développer une vigoureuse politique de maintien à domicile - vous en parlez d'ailleurs un petit peu plus loin dans votre mémoire - de façon à libérer un certain nombre de lits en centres d'accueil ou en hébergement et soins de longue durée, d'une part, et, d'autre part, comme on est en matière de financement du système, est-ce qu'on peut penser de façon réaliste que nous pourrions libérer, mais complètement libérer, sinon fermer un certain nombre de lits de courte durée au Québec parce que nous développerions, avec les professionnels de la médecine, des services appropriés, qui tournent autour de la chirurgie d'un jour ou de la médecine d'un jour? C'est deux éléments sur lesquels j'aimerais que vous nous donniez des réponses.

(21 heures)

M. Roy: Une grosse question d'organisation, M. le député. C'est sûr que, s'il y avait une gestion tout à fait parfaite, il pourrait y avoir un meilleur roulement des malades à l'intérieur des hôpitaux. Mais n'oubliez pas que, si **vous** gardez les malades moins longtemps et que vous remplissez les lits au fur et à mesure qu'ils se vident, ça va vous coûter plus cher. Alors, il y a un problème de coûts importants. Il faut par ailleurs être **capable** de s'occuper vraiment des malades et que ces malades soient aptes à retourner chez eux, qu'ils aient quelqu'un pour s'occuper d'eux. Du côté des personnes âgées, il y a des gens qui sont lourdement handicapés, qui ne sont pas capables d'être seuls à domicile, alors il faut leur trouver une place. Mais celles qui sont capables de rester à domicile, il va falloir encourager les services à domicile. Ça, tout le monde le dit, tout le monde est d'accord avec ça, il faudrait avoir des mesures d'encouragement pour garder les gens à domicile. Il faudrait peut-être avoir des mesures fiscales, également, pour encourager les enfants à garder leurs parents, avec des déductions fiscales, ou

des personnes qui pourraient garder des personnes âgées à domicile. Parce qu'il y a des personnes qui pourraient rester à domicile au lieu d'aller dans un centre d'accueil, mais elles ne sont pas capables de rester seules.

C'est un problème de société, en fait; c'est vrai qu'on institutionnalise plus au Québec qu'en Europe, qu'en Angleterre. Mais, question d'organisation, qu'est-ce que vous voulez, les cas sont lourds, ce n'est pas par plaisir que ces gens-là sont dans les hôpitaux, malgré tout le respect qu'on a pour ces personnes âgées malades, la plupart des gens et surtout les médecins aimeraient mieux qu'elles soient ailleurs qu'à l'hôpital de soins aigus. Ce n'est pas la vocation de l'hôpital de soins de courte durée. Mais, là, il y a un problème de lits dans les hôpitaux de soins prolongés, de centres d'accueil, c'est une chaîne, ça. Alors, c'est une question d'organisation, une question de société, une question d'argent. On sait tous qu'on ne peut pas imprimer de l'argent neuf constamment, alors il va falloir qu'il y ait un effort de concertation de tous les intervenants pour faire en sorte qu'on trouve une solution à l'hospitalisation des personnes âgées et à l'institutionnalisation, surtout, des personnes âgées et des personnes malades. Je ne sais pas si tu as un mot à dire.

M. Saint-Georges: Si vous permettez, M. le Président. J'abonde dans le sens que vous donnez à votre question pour plusieurs raisons et c'est une des raisons pour laquelle, dans le mémoire, on parle de développement d'unités gériatriques actives. Tout le monde peut fort bien comprendre qu'un centre hospitalier de soins aigus n'est pas instauré et n'est pas organisé pour traiter des personnes âgées présentant de multiples pathologies et susceptibles d'y séjourner longtemps.

J'irais même jusqu'à dire que c'est probablement le pire endroit pour faire traiter des personnes âgées, si on parle de **qualité** d'exercice. En rapport avec les constatations que l'on peut faire chez nous, lors des visites d'inspection professionnelle, on réalise que, dans les endroits où il y a des unités de gériatrie active et où on a développé une approche **multidisciplinaire**, bien, ces gens-là reçoivent des soins d'une qualité hautement supérieure à celle des soins qu'ils peuvent recevoir dans des centres hospitaliers de soins aigus qui n'ont pas de telles unités.

M. Trudel: Oui. J'allais enchaîner là-dessus, sur les unités d'évaluation gériatrique, pour bien évaluer et, dans le fond, donner le type de soins et de services que requiert l'état des personnes. Mais quelles sont les conditions qu'il faut mettre en place pour que ça existe, ça, les unités d'évaluation gériatrique? Je comprends, moi, dans ce que je lis ici, qu'il ne s'agit pas d'une chose énorme à mettre au monde. Il s'agit essentiellement que des professionnels de la santé, particulièrement, bien sûr, les médecins, s'entendent

avec l'établissement pour la mise sur pied de telles unités d'évaluation. Quelles sont les conditions qui doivent exister pour qu'on puisse procéder? Est-ce que vous êtes déjà attaché à faire en sorte que ça existe, ces unités-là? Et quelles sont les difficultés que l'on rencontre, actuellement, pour la mise sur pied de telles unités?

M. Saint-Georges: Remarquez que l'on revient à une question que M. le ministre posait tantôt par rapport aux personnes âgées et pour laquelle on a voulu lui répondre que, malheureusement, on n'avait pas toutes les solutions à tous les problèmes. On doit comprendre que c'est un problème multifactoriel qui relève, d'une part, de l'organisation et qui relève, d'autre part, des professionnels. Nous, ce que l'on fait lorsqu'on visite les établissements, c'est de constater que des déficiences existent dans des secteurs donnés, tâchant d'indiquer à l'établissement de prendre en compte ces différentes déficiences là pour effectivement y pallier.

Le moyen de pallier ces déficiences-là est de rassembler les ressources nécessaires en personnel de la santé, d'une part, tant infirmières que médecins, qui sont intéressées par la gériatrie, qui est quand même une discipline relativement nouvelle, et d'avoir des accommodements qui sont propices aux personnes âgées.

M. Trudel: En tout cas, le sens des affirmations que vous faites dans votre mémoire, une évaluation plus juste de ces personnes quant au diagnostic et, bien sûr, quant aux services qui sont requis, cela pourrait amener, au niveau de l'efficacité, au niveau de l'efficience, très certainement une amélioration sensible de ce taux d'efficience et un type de services qui soit plus adéquat pour ces personnes. Actuellement, ce qu'on dit, c'est qu'on leur donnerait un certain nombre de soins qui ne sont peut-être pas les soins que requiert leur condition.

M. Saint-Georges: J'ajouterais même que cette évaluation plus juste doit se faire dans un temps relativement court, au moment où la personne consulte la ressource qu'elle croit être la meilleure pour elle, à savoir l'urgence dans le cas présent.

M. Trudel: Très bien. On va changer de rubrique, si vous voulez bien. Dr Roy, vous avez, dans votre présentation, écorché à peu près tout le monde. Je vais m'intéresser au bout où vous avez écorché le secteur de la pharmacologie, des produits pharmaceutiques, des compagnies pharmaceutiques. Vous avez dit à peu près ceci, pour autant que j'aie bien noté, que nous pourrions probablement avoir des économies assez substantielles si le gouvernement savait mieux négocier avec les entreprises qui sont fournisseurs de produits. Alors, finissez ce que vous avez

commencé.

M. Roy: Je n'ai rien inventé. J'ai écouté les pharmaciens, moi aussi, quand ils sont venus jeudi ou vendredi dernier. J'en ai parlé avec plusieurs. Il reste que les 500 000 000 \$ sont ventilés en 100 000 000 \$ d'honoraires aux pharmaciens et 400 000 000 \$ d'achat de médicaments, à peu près, pour les personnes âgées et pour les gens de l'aide sociale. Le gros coût donc, c'est l'achat des médicaments. C'est clair qu'au Québec, à l'heure actuelle, on ne paie pas seulement le médicament générique, on paie tous les médicaments qui sont listés dans le formulaire.

Et là il y a certainement un choix politique, c'est clair, parce que, si on ne payait que les génériques, on se trouverait - et là je suis très honnête en le disant, peut-être que je ne devrais pas le dire - on se trouverait à encourager des compagnies pharmaceutiques de l'Ontario où sont logés la plupart des fabricants de produits génériques, alors qu'on a, au Québec, une industrie pharmaceutique, surtout dans l'ouest de Montréal, qui investit, qui donne de l'emploi à un certain nombre de personnes. Alors, quel que soit le parti politique qui va gouverner au Québec, il va falloir qu'il tienne compte de ces données, mais c'est clair qu'on pourrait peut-être négocier avec les compagnies pharmaceutiques, les grosses compagnies pharmaceutiques, des achats à meilleur compte. On faisait état du Cardizem qu'on payait non pas deux fois, mais pas mal plus cher au Québec qu'en Ontario; c'est le même médicament. De toute façon, il y aurait peut-être une négociation à faire avec les compagnies pharmaceutiques.

L'autre chose que je n'ai pas dite tout à l'heure et qui pourrait peut-être aussi être de mise dans le cas des médicaments, on a dit qu'on est contre les tickets modérateurs et qu'on est contre l'impôt-services, mais ça ne veut pas dire qu'on est tout à fait contre la participation à certains services. Peut-être que, dans le cas du médicament, comme dans le cas de bien des provinces au Canada et d'autres pays du monde - on a la Suède, on a la France - ce n'est pas gratuit, le médicament, s'il y avait une participation - et j'appelle ça une participation, non pas un ticket modérateur ni un ticket orienteur - une participation du citoyen ou du malade à la prescription de 3 \$, et l'exemple a été donné par les pharmaciens propriétaires, ça rapporterait, si ma mémoire est bonne, 60 000 000 \$ sur l'ensemble des bénéficiaires.

60 000 000 \$, c'est quand même beaucoup, à 3 \$ par prescription. Ce n'est quand même pas la fin du monde. Ce serait même bon pour les assistés sociaux parce que les assistés sociaux peuvent s'acheter des billets de loterie ou une bière; un paquet de cigarettes, c'est 6 \$. Je pense que ça aiderait à la participation des coûts, si on veut garder la couverture des

médicaments qui est quand même essentielle. On aurait beau aller voir un médecin, si on n'a pas le médicament qu'il faut pour la condition qui prévaut, particulièrement dans le domaine des médicaments cardiovasculaire, à ce moment-là, on n'avance pas beaucoup. En fait, je ne suis pas le gouvernement, je ne peux pas négocier avec les compagnies pharmaceutiques, mais il y a peut-être quelque chose à faire **là-dedans**. Ce n'est pas simple, mais il y a 500 000 000 \$ et c'est un budget qui augmente de 15 % par année. C'est un gros item dans le budget, ça.

M. Trudel: Oui, sauf que ça **m'apparaît**, Dr Roy, et vous m'excuserez, un peu simpliste de dire: On pourrait mieux négocier. Je pense qu'en termes de négociation, au Québec, on s'y connaît assez bien, merci. Ce n'est pas uniquement un **truc** de négociation avec les entreprises fabricantes. Il y a aussi des décisions à prendre sur le type de médicament qu'on veut bien rembourser, sur le type d'achat qu'on veut faire chez tel type de producteur. Est-ce que c'est davantage cela que vous voulez dire ou si, vraiment, vous ne vous limitez qu'à la négociation? Sur 400 000 000 \$, effectivement, il y a beaucoup de **sous**.

M. Roy: C'est un domaine complexe, les médicaments. D'ailleurs, je pense que le gouvernement est très généreux dans le domaine des médicaments qu'il donne gratuitement aux Québécois. Le gouvernement vient d'ajouter récemment de nouveaux médicaments pour les séropositifs et puis les sidéens. C'est un ajout, je pense, de 12 000 000 \$ par année que le ministre a annoncé, cet automne, à une conférence où j'étais présent. Le gouvernement va bientôt ajouter les médicaments gratuits pour toutes les MTS. Alors, c'est peut-être ça, la solution de l'avenir. C'est d'avoir des médicaments gratuits ou avec participation minimale pour des catégories de maladies. C'est bien sûr, quand on parle des problèmes du système cardiovasculaire qui affectent un grand nombre de personnes âgées, ce n'est pas de l'abus. C'est essentiel de les prendre, ces médicaments. C'est sûr qu'on pourrait argumenter différemment dans la question des médicaments du système nerveux central. Peut-être que les gens pourraient payer les benzodiazépines puis le **diazépam** qu'ils achètent. Peut-être, à moins que ce ne soit absolument essentiel pour une semaine, deux semaines ou trois semaines, mais pas pour un an, pas pour la vie. Mais, là, il y a des discussions qui doivent avoir lieu. C'est sûr qu'on ne peut pas régler ça ici, autour de la table, mais je suis certain que le ministre est tout à fait inquiet de ce qui se passe dans le domaine des médicaments puis qu'il va regarder ça d'un oeil très ouvert avec ses experts. Mais il y a quelque chose à faire. On parle beaucoup de l'abus de consommation de médicaments et je suis resté surpris que le

ministre n'ait pas posé une question sur ça. Il s'en consomme, des médicaments, mais il ne faudrait pas nécessairement dire qu'il y a des abus. Ce n'est pas prouvé qu'il y a des abus, nonobstant l'étude de l'Enfant-Jésus qui n'est pas bonne. Ça fait trois fois que j'entends le ministre en parler. Elle n'est pas bonne, l'étude que vous citez, M. le ministre. De toute façon, je répondrai à ça à un autre moment.

Mais il reste que c'est un problème complexe, le problème des médicaments.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Trudel: Vous aviez oublié de l'**écorcher**, cette étude-là à l'Enfant-Jésus! Vous dites que le ministre va certainement s'intéresser à cela et en discuter en partenariat avec vous autres?

M. Roy: Oui, nous et les pharmaciens également. C'est bien sûr qu'ils ont un mot à dire là-dedans. D'ailleurs, on travaille en collaboration étroite avec les pharmaciens. On n'est pas toujours d'accord, mais on travaille ensemble.

M. Trudel: Dr Roy, vous êtes donc à la Corporation professionnelle en matière de contrôle de la qualité des actes et, également, la protection du public là-dessus. J'aimerais ça **m'intéresser** à un autre secteur et peut-être, allez-vous me dire, détruire un autre mythe, si tant est que c'en serait un. Les actes défensifs, les actes médicaux de nature défensive. Il y a des chiffres qui se sont promenés. On a vu dans certaines littératures comme le «Second opinion», qui circule beaucoup comme document au Québec, qu'au Canada - sans parler particulièrement du Québec, mais ça l'inclut, bien sûr - il y avait jusqu'à 20 % des actes médicaux qui pouvaient être de nature défensive. J'aimerais connaître la version de la Corporation professionnelle des médecins sur l'ampleur de ce phénomène. Deuxièmement, le remède qui est généralement accolé à ce diagnostic, si tant est qu'il était exact, c'est le **«no-fault»**, c'est l'instauration d'un régime sans égard à la faute professionnelle.

Alors, le phénomène **existe-t-il?** A-t-il cette ampleur et quel est le remède, quant à vous, quant à ce phénomène des actes défensifs en médecine? Parce que, là aussi, si tant est que c'est vrai, il y aurait donc du fric. Si on parle de 20 %, c'est gros.

M. Roy: C'est une étude anglaise, je pense, ou de l'extérieur. De toute façon, c'est très facile a posteriori de dire: un résultat d'examen négatif. Une radiographie ne montre pas de fracture ou c'est un examen qui ne montre pas de lésion ou un examen de laboratoire, il est négatif. C'est facile, après qu'il a été fait. Mais, lorsque le médecin voit un malade, il faut qu'il fasse un diagnostic. Il faut qu'il examine le malade, qu'il regarde ses symptômes. Il regarde

les signes que présente le malade et, là, la médecine moderne prescrit les examens de laboratoire et la radiologie **qui** sont à la disposition de nos médecins. Nos bons vieux médecins de campagne d'autrefois n'avaient malheureusement pas ça. Il n'y avait pas grand-chose à leur disposition. Donc, les médecins d'aujourd'hui sont scientifiques, ils ont des Instruments à leur disposition, ils sont obligés de s'en servir pour établir le diagnostic.
(21 h 15)

Alors, c'est facile de dire: Tel examen n'était pas nécessaire, il est revenu négatif. Mais il fait partie de la kyrielle d'examens qui doivent être demandés pour établir un diagnostic différentiel. Peut-être qu'on pourrait se poser plus de questions avant de prescrire certains tests, mais ça demande beaucoup de réflexion avant de dire ce qui est valable, ce qui n'est pas valable, quel est le pourcentage qui ne devrait pas être fait par rapport à ce qui devrait être fait.

M. Trudel: Vous avez toujours fait des enquêtes, à la Corporation professionnelle, là-dessus, parmi vos membres...

M. Roy: Non.

M. Trudel: ...faire un diagnostic...

M. Roy: Non, mais c'est a posteriori qu'on peut le savoir, ça, seulement. Après tout, ça fait partie de la pratique de la médecine comme telle. Actuellement, je dois vous dire, il y a un comité qui siège depuis quelques mois, à peu près cinq ou **six** mois, qui étudie cette question des examens pertinents ou non pertinents, le comité SIRACDOF... Peut-être que le Dr Saint-Georges pourra en dire un mot. Le Dr Saint-Georges est à ce comité-là, où il y a une collaboration avec le gouvernement - je pense qu'il est là-dedans - et les établissements, un comité qui se penche sur ça.

M. Saint-Georges: En fait, il s'agit d'un projet de recherche, justement, qui est en cours, en collaboration avec le ministère, pour tâcher d'identifier quels sont les examens complémentaires qu'on peut accoler à ce qu'on appelle les DRG dont vous avez sûrement déjà entendu parler. Ça a été à l'initiative de la Corporation si, effectivement, on a initié cette étude. On manque d'information d'une façon importante, à cet égard-là. Dans toute cette problématique du financement et de la réforme, nous, on croit que l'amélioration des systèmes d'information est importante, autant au niveau des responsabilités que les chefs de département peuvent avoir à assumer pour contrôler l'exercice de leur pratique, et même le séjour de leurs patients dans leur département... que la Corporation pourrait utiliser. On utilise des données de la Régie de l'assurance-maladie de façon fréquente. Mais ce

n'est pas simple. Ce n'est pas facile et il n'existe pas de programmes établis à cet effet-là. Chaque fois, ce sont des spéciaux qu'on est obligé de faire et qui sont probablement beaucoup plus coûteux que si on s'assoyait pour établir un système d'information approprié.

M. Trudel: Allons-y, d'abord, plus subjectivement. Vous avez raison, probablement que c'est difficile à saisir, le phénomène. Les **médecins** québécois ont-ils peur des poursuites?

M. Roy: Pas tellement. En fait, ils y pensent, c'est bien évident. Qu'est-ce que vous voulez, on ne peut pas faire autrement que de penser aux poursuites. Quand arrive un incident, le médecin est très facilement poursuivi. Mais il reste que, contrairement à ce qui se passe aux États-Unis, c'est sous **contrôle**. Le nombre de poursuites est infime par rapport aux millions d'actes qui sont posés dans une année par les médecins. C'est clair que la société est revendicatrice. Les gens ont accès à des avocats très facilement. Les gens savent que les médecins sont assurés. Alors, la plus petite erreur est susceptible d'engendrer une poursuite et, dans certains cas, ça peut être extrêmement coûteux, même si l'erreur est faite tout à fait de bonne foi. C'est sûr que, quand c'est une faute majeure, ce n'est pas pardonnable. Les médecins y pensent, mais, encore là, les médecins... J'ai déjà été en cour, moi, dans le cas d'un médecin poursuivi. On lui reprochait, presque 10 ans après, de ne pas avoir fait un examen de laboratoire qui aurait aidé à l'établissement du diagnostic de cette personne-là, mais, à ce moment-là, ce n'était absolument pas indiqué de le faire. L'avocat, en fouillant dans le dossier, a dit: Si vous aviez fait cet examen-là, vous auriez peut-être eu le résultat. Alors, qu'est-ce que vous voulez, les médecins qui sont là et qui écoutent, ils se disent: Maudite! ils ne me prendront pas une deuxième fois, je vais les prescrire, les examens. Mais ce n'est pas facile. Comme on vous dit, on se penche sur la question. S'il y avait, par ailleurs, des chefs de département dans chaque hôpital, **qui** auraient beaucoup de temps et qui seraient payés en conséquence, peut-être qu'il pourrait y avoir des dialogues avec les médecins de l'hôpital pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de tests diagnostiques, par exemple, d'examens non indiqués, non pertinents. Mais ce n'est pas simple.

Si je reviens, maintenant, à votre deuxième question, l'assurance-responsabilité, ça aussi, c'est un problème difficile. Les médecins du Québec sont actuellement assurés. Je peux vous dire que la Corporation a reçu, au cours du mois de novembre, une proposition d'un courtier d'assurances du Québec pour une **assurance-responsabilité** médicale de tous les médecins de la province, avec coassurance par des compagnies américaines. Alors, on a le projet. On a reçu les

courtiers, on en a parlé avec les fédérations de médecins qui sont en train de regarder les propositions. On doit rencontrer prochainement la Canadian Medical Protective Association, l'Association de protection médicale canadienne, pour en discuter, parce que c'est elle qui assure à peu près 90 % des médecins québécois. Alors, c'est quand même très conséquent. Le gouvernement lui paie une certaine partie de la prime en haut de tel montant et il y a beaucoup d'argent là-dedans. On se demande ce qu'il faut faire. On attend d'avoir toutes les données. On sait par ailleurs, par le livre du ministre et son livre blanc de l'année dernière, que lui aussi pensait à une assurance-responsabilité médicale gouvernementale, comme on a fait dans le cas des hôpitaux. Là, vous amenez la question du «no-fault», comme dans le régime de l'assurance automobile. Le «no-fault» existe, si ma mémoire est bonne, en Suède ou en Nouvelle-Zélande. J'ai déjà participé, il y a une couple d'années, à une rencontre avec ces gens-là. Ce ne sont pas des systèmes parfaits. Ce sont des systèmes très, très coûteux. En tout cas, avant de s'embarquer dans une voie semblable, il faut certainement explorer ce qui se passe à l'heure actuelle et penser que, peut-être, la meilleure protection est celle qu'on a actuellement ou celle qui sera donnée par une protection qui engloberait tous les médecins et qui serait québécoise.

M. Trudel: Là-dessus, au minimum, comme disait votre collègue, il faut faire un bon diagnostic, pour commencer, quant à l'ampleur du phénomène des actes défensifs. Là, il faut sélectionner, M. le Président, parce qu'il ne doit pas rester grand temps.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): C'est ça. Il faudrait peut-être accélérer un petit peu.

M. Trudel: Alors, on va essayer de choisir les meilleures dans ce qui reste parce qu'il y en a beaucoup. Il y a deux ou trois lignes, dans le document ministériel du 18 décembre, quant à des mesures d'efficience que nous pourrions avoir dans le système. Tout à coup, il y a: Virgule, supprimer les dessous de table pour le recrutement des médecins dans un certain nombre d'institutions. Vous, Dr Roy, êtes-vous au courant de ça, les dessous de table? C'est quoi, ça? Quelle en est l'ampleur et comment se fait-il que ça arrive?

M. Roy: Jamais les médecins n'auraient pu faire une chose semblable! Ce qui se passe, ce qui s'est passé déjà - c'est fait au vu et au su du ministère depuis très longtemps d'ailleurs, il n'y a pas de cachette là-dedans - c'est que, pour recruter les médecins dans certains milieux - et je connais très bien un hôpital de votre comté, M. le député, qui l'a fait avec beaucoup de succès en ajoutant, évidemment,

certain montants à la rémunération des médecins, à même les budgets - il n'y a pas de secret là-dedans - à même les budgets de l'hôpital. Actuellement, c'est interdit par la loi depuis septembre dernier. Mais, qu'est-ce que vous voulez, c'était une méthode pour ces hôpitaux de recruter, d'avoir des médecins, particulièrement des médecins spécialistes. Puisque vous me parlez de recrutement, au cas où vous ne me poseriez pas la question, vous savez, quand les médecins et les hôpitaux font bien leur travail et recrutent des médecins spécialistes, surtout dans les régions, ça amène des dépenses supplémentaires et, souvent, ils sont pénalisés après parce qu'ils ont fait des dépassements budgétaires. Vous avez eu le cas, chez vous, M. le député, à Rouyn-Noranda, au cours de l'automne dernier où on m'a appelé et on a fait une conférence de presse pour dire: Ça n'a pas de bon sens. On a recruté des médecins et maintenant on est pénalisés. Récemment, à Sept-Îles, au cours de l'été à Aima... Bon. Il reste que c'est une méthode de recrutement des médecins qui est interdite maintenant.

M. Trudel: Oui, oui. Pour l'instant, là-dessus, votre médico-administratif et les équipements nécessaires pour les médecins spécialistes, vous négociez ça avec le titulaire. Mais je comprends que ça existe comme situation. Le message est passé. Il va s'occuper de ses affaires. Cependant, sur votre réponse quant aux dessous de table, vous dites: Ça n'existe plus, c'est défendu formellement avec une modification à la loi 120. Ça m'inquiète que, le 18 décembre, un document gouvernemental, ministériel, le mentionne encore comme étant un problème. Si vous dites que ce n'est pas secret, je me demande pourquoi ils appellent ça un dessous de table. Ça devrait être un dessus de table! Si c'était légal et reconnu par les établissements...

M. Roy: La Corporation n'a rien à voir là-dedans, de toute façon. C'est une question qui regarde le gouvernement et les établissements hospitaliers.

M. Trudel: Alors, je terminerai par la question du nombre de médecins. Les indications, les chiffres donnés dans le document ministériel nous indiquent qu'il y aurait, quand on ferait la comparaison avec l'Ontario, quelque chose comme 400 à 500 médecins de plus, d'autres vont dire de trop, par rapport à la norme ontarienne et aux normes généralement observées dans les pays industrialisés. Vous nous avez répondu tantôt par l'étude du GRIS, en disant: Oui, mais, écoutez bien, il ne faut pas écouter seulement celui-là, il faut également aller relire le GRIS. Chez vous, y a-t-il un nombre de médecins au Québec qui est supérieur à la moyenne généralement reconnue dans les pays industrialisés en comparaison avec l'Ontario? Deuxièmement, est-ce que vous con-

sidérez, effectivement, que c'est là une source de croissance des coûts de ce nombre de médecins? Troisièmement - parce que je ne veux pas vous échapper là-dessus, le ministre, lui, a sa bible selon saint Augustin, moi, j'ai rien que ma mémoire - je me rappelle, il y a quatre ans, vous avoir entendu dire, à **Rouyn-Noranda**, devant 300 personnes - je trouvais que vous aviez un front de boeuf, vous l'avez encore - que le principal problème de la profession médicale, c'était la féminisation de la profession, que c'était le fait qu'il y avait, entre autres choses, beaucoup de médecins féminins qui pratiquaient et qui entraient dans la profession qui nous causait un certain nombre de problèmes, je dirais, de disponibilité d'actes? Trois questions en ligne, s'il vous plaît.

M. Roy: Je vais commencer par la dernière. Des fois, on est mal interprété, mal cité. Vous savez, ça fait juste trois ans ou quatre ans, ça, à Rouyn-Noranda, mais la première fois que j'ai parlé...

M. Trudel: Il y a un vieux proverbe qui dit: A beau mentir qui vient de Rouyn.

M. Roy: Bien oui, c'est bien sûr. Pourtant, c'est un coin que je connais, c'est là que j'ai fait mes premières armes en médecine, vous savez, dans votre beau comté de Témiscamingue. La première fois qu'on a parlé des effectifs médicaux féminins, je pense que c'est en 1976. La Corporation avait publié une revue, comme on en fait souvent une étude, sur la féminisation de la médecine. Ça fait longtemps de ça. Il y avait beaucoup moins de femmes médecins, à ce moment-là, qu'aujourd'hui. C'était à peu près 10 % dans la profession alors qu'aujourd'hui c'est 23 %. Ça monte à peu près de 1 % par année, 1,5 % par année. Ce que j'avais dit, c'était que le fait d'avoir plus de femmes en médecine que d'hommes - et ça, c'était en 1976, c'était le langage des économistes que j'utilisais - ça avait un effet sur la productivité. C'est tout à fait normal que les femmes ont droit d'avoir des enfants - il en faut, en fait, qui aient des enfants - alors, pour toutes sortes de raisons, elles travaillaient moins d'heures, à ce moment-là, que les hommes. Là, revenons en 1991-1992. Il y a plusieurs facteurs dont il faut tenir compte pour les effectifs médicaux. La féminisation en est un, c'est bien évident. Actuellement plus de 50 % de nos étudiants en médecine sont des femmes. On ne doit pas penser que les femmes vont travailler 45 heures, en moyenne, par semaine comme le font les médecins actuellement. De toute façon, cette tendance diminue même chez les hommes médecins. Alors, les médecins qui, dans le temps où, moi, je pratiquais, travaillaient 60 heures, on ne verra plus ça. Se tuer à la tâche, ce n'est pas rémunérateur. De toute façon, on a des problèmes à ce moment-là avec

la Régie, avec les journalistes qui nous traitent de gros méchants parce qu'on est trop productifs, on travaille trop. De toute façon, on n'en verra plus de ces genres-là. Donc, le temps de travail des médecins a diminué pour une question de qualité de vie, la féminisation est un fait, les jeunes médecins aussi, ce «patern» de pratique est différent. C'est tout le problème de la société, il faut vivre avec ça. Ce qu'il faut dire au Québec, c'est qu'on ne manque pas de médecins, généralement **parlant**. Mais on n'a pas trop de médecins, par ailleurs. On n'a pas trop de médecins. On peut dire qu'il y a une assez bonne répartition des médecins omnipraticiens partout dans le Québec, tout le monde le constate, l'accepte. La distribution des spécialistes n'est pas aussi bonne. Ça représente un certain problème et c'est facilement compréhensible. La disponibilité des médecins a diminué, comme je le disais tout à l'heure. Il est question de vieillissement aussi des effectifs médicaux, et c'est particulièrement vrai du côté des spécialistes. Comme la croissance des médecins est beaucoup moins grande qu'elle ne l'était avant, on va avoir des problèmes au Québec, en ce qui concerne les effectifs médicaux, dans à peu près 15 ans. Si je regarde les cohortes de médecins que la Corporation vient de publier pour usage interne - je pourrais vous en donner une copie - on voit très bien que les médecins de 45 ans et plus se... Dans les médecins de 45 ans et plus, les cohortes, il y a beaucoup plus de spécialistes que d'omnipraticiens et, en descendant vers 40 ans, 35 ans, à ce moment-là, on a presque 2 omnipraticiens pour 1 spécialiste. Donc, il y a eu pendant quelques années une désaffectation des spécialités. Et ça, on risque de le payer très cher, pas tout de suite, dans 15 ans ou dans 20 ans parce que ça prend 10, 12 ans pour former un spécialiste.

(21 h 30)

Il y a eu un rajustement du ministère, cette année, dans les politiques d'entrée en spécialité, c'était le temps. Ce n'est pas facile de former des spécialistes. Il y a des spécialités qui manquent d'attrait, parce que ce n'est pas assez rémunéré, c'est trop dur, pour toutes sortes de raisons. Prenez l'anesthésie, ce n'est pas facile, c'est très dangereux, il faut que vous soyez toujours alerte, vous ne pouvez pas vous permettre de veiller le soir, il faut que vous soyez en forme à 7 heures le matin et c'est la vie du patient qui en dépend. Il y a d'autres spécialités évidemment.

Il reste que beaucoup de facteurs... Moi, je prédis que, dans 20 ans, si on continue le même système, 15 ans, on va manquer de spécialistes. Ça peut être dramatique pour la population québécoise, à moins qu'on ne fasse des **rajustements** en changeant le mode de pratique, en faisant en sorte que tous les gens soient obligés de voir des praticiens de première ligne. Il y a toutes sortes de changements qui pourraient

être faits. Dans le contexte actuel de la pratique de la médecine, on ne manque pas de médecins, mais on n'en a pas de trop. La raison que je pourrais vous donner, c'est que... Toutes les semaines, régulièrement, je reçois des lettres ou des téléphones, non pas de Québec et de Montréal, mais d'autour de Québec et de Montréal, pas seulement nécessairement en Abitibi ou sur la **Côte-Nord**, de maires. J'en ai eu un, récemment, de la région de Saint-Basile, je pense, un qui m'appelle, qui m'écrit pour avoir **des** médecins.

Une voix: Donnacona.

M. Roy: Donnacona aussi, mais Saint-Basile, le dernier, au début de la semaine ou vendredi dernier. Le médecin qui était là, c'était un de mes confrères qui travaillait 80 heures par semaine... par jour, par semaine.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: On ne verra plus ça. Mais il reste qu'il y a certains problèmes. En **plus**, M. le député, pendant que vous me parlez, c'est qu'il y a un problème au niveau des admissions en médecine. Vous parlez du rapport Stoddart...

M. Trudel: Ça, ça m'intéresse aussi.

M. Roy: ...ce **rapport-là** est 10 ans en retard pour les Québécois. D'ailleurs, tout ce qui se fait sur la scène fédérale, c'est toujours 10 ans en retard, vous le savez très bien, ça va vous faire plaisir, ça. C'est 10 ans en retard parce que ce qui est recommandé dans ça se fait à Québec depuis 10 ans. Le ministre le sait très bien, d'ailleurs.

M. Trudel: Quand on va leur dire qu'on s'en va, ils vont avoir une surprise 10 ans plus tard, eux autres.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: Les facultés de médecine ont commencé leur contingentement en 1983, je pourrais vous donner des chiffres exacts, et il y a eu des diminutions de 15 %, des diminutions de 15 % à la Faculté de médecine, de 1983 à 1985. Il y a eu un contrôle très serré sur l'entrée des médecins étrangers. Vous le savez très bien, tout le monde était d'accord qu'à un moment donné on ne pouvait malheureusement pas ouvrir la porte à tous les médecins de tout le monde **alors** qu'on empêchait nos Québécois d'entrer en médecine.

Il y a, par ailleurs, deux phénomènes nouveaux. C'est qu'autrefois on recevait des médecins des autres provinces alors que, maintenant, on n'en reçoit plus. Pourquoi? Je ne sais pas. C'est peut-être plus politique que médical,

je vous laisse le soin de répondre. On ne reçoit plus de médecins de l'Ontario qui viennent pratiquer au Québec, mais on a des Québécois qui s'en vont ailleurs, par exemple. Un petit peu moins en Ontario depuis un mois. Depuis que la catastrophe est annoncée en Ontario, depuis qu'il y a une catastrophe appréhendée au point de vue du budget et des soins de santé, on en reçoit moins, depuis ce temps-là, de demandes pour aller en Ontario. Mais il reste qu'il y a eu une sortie des médecins québécois vers les autres provinces et vers les États-Unis, en particulier, et on n'importe plus de médecins d'ailleurs.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): En conclusion, Dr Roy.

M. Roy: Alors, tout ça pour vous dire...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): J'ai été d'une énorme patience, mais, là, voilà.

M. Roy: ...que c'est très complexe, le problème des effectifs médicaux. Je ne sais pas si Joëlle voulait ajouter des choses. Je voulais laisser parler mes collègues, mais je me suis aperçu qu'en parlant j'ai dit pas mal de choses.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Très bien. Oui, en concluant **peut-être?** Conclusion rapide, une rapide.

M. Trudel: Merci de votre présentation. À la blague, je disais, au départ, que c'est rare qu'une institution en reçoit une autre. Je conclurai en disant que, si vous n'existiez pas, Dr Roy, il faudrait vous inventer. Plus sérieusement, vraiment, en conclusion, je demeure cependant inquiet de tout ce que **j'ai** entendu pendant ce débat ici. Oui, je le dis bien ouvertement. Vis-à-vis de nos médecins et de la profession médicale, vous m'avez entendu le dire quelquefois pendant cette commission, je suis inquiet dans une société quand je sens une **brisure** entre ses professionnels de la santé et des groupes de partout à travers la population. Je ne suis pas de ceux qui pensent qu'on va aller bien loin si on ne refait pas cette soudure, cette solidarité avec la profession médicale. Je pense que des responsables dans la profession, ça s'appelle la Corporation, chez vous, et je souhaite qu'il s'amorce quelque chose. Vous êtes hommes de services, vous êtes femmes de services auprès des Québécois et des Québécoises depuis de nombreuses années et il faut que ce lien solidaire se refasse avec la société québécoise. Ça m'inquiète, à cet égard-là, et je souhaite que vous puissiez poser des gestes. Merci de votre prestation. Je ne dis pas qu'on va tout retenir. Si j'en crois votre profession de foi ce soir, au prochain référendum, ça va être oui, cette fois-là, Dr Roy? Merci beaucoup.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, M. le député. M. le ministre, pour conclure.

M. Roy: Trop aimable. Je vous remercie, M. le député...

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Rapidement.

M. Roy: ...des bons mots que vous avez eus pour les médecins au cours de cette commission parlementaire; ça pourrait être payant aux prochaines élections. Il reste que je voulais juste dire un petit mot sur...

M. Côté (Charlesbourg): Voulez-vous être candidat pour le PQ?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: Ça dépend où ça va être, ces élections-là. On ne sait plus rien, actuellement. On attend le référendum. Je voulais dire, pour l'information de M. le ministre, qu'il y a actuellement presque 200 médecins à contrat pour des postes de spécialité et pour des postes de médecine générale qui sont en train de terminer leur formation. Ça veut dire que, pour les régions, ça devrait faire quand même pas mal de monde, ça, dans les prochaines années. Entre parenthèses, M. le ministre, **peut-être** pourriez-vous tordre le bras de vos conseillers juridiques pour qu'ils poursuivent les 17 médecins qui sont partis du Québec en n'honorant pas leur contrat après leur formation.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): M. le ministre, pour conclure.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président. J'accepte volontiers toutes les suggestions qui peuvent être profitables aux citoyens du Québec. Force m'est de constater, malgré l'ouverture à des discussions, à un partenariat, qu'il n'y a pas bien, bien d'argent dans la cagnotte, après nos échanges de deux heures. Il y a un certain nombre de pistes qui sont à être explorées, qu'il va falloir explorer. Heureusement, il y a des Initiatives qui, je pense, sont possiblement porteuses de bonnes nouvelles, comme votre colloque **qui** peut être extrêmement important puisque c'est une très bonne initiative, en espérant que ça débouche sur des choses concrètes. Mais, si j'ai bien compris la présentation, il faut garder le système intact. Ça veut dire aussi, sur le plan du financement, le financement intact; ça signifie, sur le plan de la demande, qu'il y a des besoins nouveaux qu'il va falloir aussi financer.

Donc, on est dans une situation où il faudra nécessairement ajouter des sommes d'argent qui sont appréciables. Chaque 1 % additionnel, c'est 120 000 000 \$; par conséquent, les finances

publiques, quant à elles, ont une problématique assez particulière qui est structurelle. Je pense que les gens commencent à s'en rendre compte assez aisément, et qu'on n'a pas pour autant réglé tous nos problèmes. Il en reste encore un bon paquet qu'il va falloir tenter de solutionner. Quant à moi, j'accepte volontiers de continuer de dialoguer et d'échanger, mais pas seulement pour les autres, pas seulement pour les autres travailleurs, mais aussi pour la profession médicale. Je pense qu'en travaillant avec la profession médicale il y a des choses qui sortent, qui sont assez intéressantes.

Vous avez soulevé, tantôt, le fait **qu'il** y avait plus de postes en spécialités de base au niveau de la médecine où, nous autres aussi, on a fait des pas assez importants dans la négociation avec la Fédération des médecins spécialistes en particulier. Et qu'en ajoutant des postes en spécialité pour 1992-1993 en médecine interne et en chirurgie générale et en éliminant une... la coercition par davantage d'incitatifs, c'est une première mesure dont nous avons convenu et, évidemment, ça ne s'est pas fait tout seul. Il a fallu que le gouvernement accepte aussi, son ministre, défendre cela auprès du gouvernement en vous disant que c'est un geste de confiance dans l'avenir, en souhaitant qu'on ne soit pas déçus. Évidemment, il reste encore passablement de chemin à faire. Je pense que ça va devoir se faire pour les travailleurs **sociaux**, pour les travailleurs des établissements, mais aussi pour ceux de la profession médicale sur le plan d'un certain questionnement. Ce n'est pas uniquement 2 000 000 000 \$ de financement pour du paiement des salaires, on l'a dit tantôt, c'est ce que le reste occasionne. Les 10 000 000 000 \$ qui sont dépensés sont aussi dépensés un peu par les médecins dans le réseau, pour le bénéfice des citoyens.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci.

M. Côté (Charlesbourg): L'Enfant-Jésus, on s'en reparlera, on verra qui va prendre sa pilule.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): D'accord, d'accord. On s'en reparlera un petit peu **plus** tard parce que, vraiment, notre temps...

M. Roy: J'aurais aimé vous donner le résultat de l'étude, mais on pourra vous le donner **privément**. Je vous remercie, M. le ministre, de nous avoir entendus. On peut faire beaucoup de choses ensemble. J'espère que votre nouveau préjugé favorable aux médecins va porter fruit. Nous, on vous offre notre collaboration. On commence à s'appropriiser, on s'approprie parce que **peut-être** on est semblables. De toute façon, il reste qu'on est à votre disposition, et la Corporation et les fédérations médicales et toute la profession, et c'est ensemble qu'on pourra faire quelque chose. C'est certain

qu'on a à coeur, nous aussi, l'intérêt des citoyens, la santé des citoyens. On sait fort bien qu'il y a des choses à faire dans le système de santé et on vous offre notre collaboration. Je vous remercie beaucoup, M. le ministre.

Le Président (M. Paradis, Matapédia): Merci, Or Roy. Merci, M. le député. Merci, M. le ministre. La sous-commission des affaires sociales remercie la Corporation professionnelle des médecins du Québec de s'être présentée devant nous et elle ajourne ses travaux à demain, le 12 février, 9 h 30. Merci.

(Fin de la séance à 21 h 41)