



DÉBATS

de

l'Assemblée nationale

du

QUÉBEC

QUATRIÈME SESSION – 28^e Législature

Commission de la santé

Crédits du ministère de la Santé (1)

Les 22, 23, 26 et 27 mai 1969

78

Président : l'honorable Gérard Lebel

Commission de la santéCrédits du ministère

Séance du 22 mai 1969

(Seize heures quarante-deux minutes)

M. GAUTHIER (Berthier) (président de la commission de la Santé): Al'ordre, messieurs!

M. CLOUTER: Nous commencerons nos travaux si c'est l'assentiment unanime des membres de la commission. Etant donné que le député de Richelieu qui devait présider nos débats est absent pour cause de maladie, me dit-on, je suggère que le député de Berthier, qui est médecin, préside nos débats.

M. GAUTHIER (Berthier): M. Goldbloom.

M. GOLDBLOOM: Il nous fait plaisir d'agrèer le député de Berthier et nous vous prions de transmettre nos vœux de prompt rétablissement à notre collègue du comté de Richelieu.

M. LE PRESIDENT: Le ministre de la Santé devrait se charger de la santé de ses députés.

M. CLOUTIER: Et lui conseiller de ne pas abuser des médicaments. M. le Président, la commission est à vous. Nous sommes à votre disposition pour commencer l'étude des crédits du ministère de la Santé.

M. LE PRESIDENT: Messieurs, seriez-vous d'accord pour que M. le ministre fasse un exposé général des intentions du ministère ou si vous voulez passer tout simplement aux questions en discussion générale.

M. GOLDBLOOM: A tout seigneur, tout honneur! Je pense que si le ministre a une déclaration à faire, nous aimerions l'entendre.

M. CLOUTIER. Il est dans la coutume, au début de l'étude des crédits, de présenter les officiers qui m'accompagnent: J'ai à ma droite le sous-ministre en titre, le Dr Gélinas; et je vais à l'autre extrémité, le Dr Claveau, directeur des unités sanitaires; M. Gaumont du bureau du personnel du ministère; M. Corbeil, chef de cabinet; M. Gagnon, comptable; M. Marcoux, directeur de l'assurance-hospitalisation; M. Morin, des relations de travail; Dr Dufour, un homme de science, des laboratoires; M. Jean Roy, ingénieur, directeur des services de génie sanitaire et d'hygiène industrielle; M. Fournier,

directeur financier au service psychiatrique; M. Langlois, ingénieur, directeur des services d'études techniques; M. Lord, administrateur aux unités sanitaires; M. Bernier, aux ententes fédérales-provinciales; M. Cantin, des ententes fédérales-provinciales; M. Lavoie, de l'assurance-hospitalisation.

M. LAFRANCE: Vous êtes bien encadré.

M. CLOUTIER: Je leur ai demandé d'être à la disposition non seulement du ministre et du ministre d'Etat mais aussi des députés de l'Opposition afin que, tous ensemble, nous puissions répondre à toutes les questions qui nous seront posées.

Messieurs, je n'ai pas de déclaration d'ouverture à faire. J'imagine que le député de D'Arcy-McGee, qui, depuis trois ans maintenant, étudie avec nous les prévisions budgétaires du ministère de la Santé, voudrait peut-être procéder comme les années précédentes et traiter d'abord des questions générales, quitte à entrer ensuite dans les détails de chacun des articles. Je lui laisse le choix de sa manœuvre.

M. GOLDBLOOM: Merci, M. le Président, clairement, nous avons intérêt à discuter de certaines des politiques générales du ministère.

Nous connaissons les talents professionnels du ministre qui est très fort en chiffres. Alors ce n'est pas surtout sur les chiffres que nous le prendrons en défaut.

Il me semble qu'il y a une question d'actualité qui nous préoccupe tous. C'est l'avènement de l'assurance-maladie. Sur cette belle promesse faite par le gouvernement, nous avons quand même certaines inquiétudes. Le gouvernement par la voix du ministre des Finances, en l'occurrence, a déposé, en annexe au discours du budget, un tableau qui a exposé l'acheminement critique de ce régime qui serait instauré le 1er juillet 1970.

Je crois que, de tous les facteurs, de tous les éléments préparatoires à l'instauration d'un régime d'assurance-maladie, celui qui est le plus important, c'est la collaboration des professionnels qui seront appelés à travailler sous ce régime et à prodiguer les soins. Parce que, comme je l'ai dit maintes fois, ce n'est pas l'argent qui prodigue les soins, c'est le personnel compétent et dévoué.

Or, nous nous inquiétons surtout et avant tout de constater qu'à peine treize mois avant l'instauration du régime, il n'y a pas eu de consultation avec les professions importantes qui

seront appelées à travailler en collaboration avec le gouvernement, avec l'administration du régime et avec le public, bien sûr.

Je me permets de rappeler l'historique du premier régime d'assurance-maladie du Canada, celui de la Saskatchewan, qui a été instauré en deux étapes, le 1er juillet 1962 et le 23 juillet 1962. Ce n'est pas le même régime qui a pris effet le 23 juillet 1962, même si la loi a pris effet le 1er juillet. Le gouvernement a dû modifier très profondément les dispositions de sa loi, de ses règlements, de son régime, parce qu'il n'y avait pas eu entente entre le gouvernement et la profession médicale surtout.

Bien avant cela, je remonte à l'automne 1958, le gouvernement de la Saskatchewan avait pris un engagement à l'endroit des médecins, avait donné une promesse que la profession médicale et évidemment les autres professions de la santé seraient consultées avant que le gouvernement ne procède à l'instauration d'un régime, même avant le dépôt d'une loi-cadre qui permettrait d'envisager l'établissement du régime à une date ultérieure. Les médecins et les autres professionnels de la santé ont été très déçus d'entendre à la radio, à peine six semaines plus tard, la voix du premier ministre de cette province qui annonçait l'instauration d'un régime d'assurance-santé.

Je me suis informé, j'ai pris soin de m'informer aujourd'hui-même, M. le Président, pour ne pas donner des renseignements qui étaient faux: il n'y a pas eu de consultation avec les fédérations de syndicats professionnels qui sont les porte-parole principaux de la profession médicale. À ma connaissance, il n'y a pas eu de consultation avec d'autres professions non plus.

Je souligne, M. le Président, que, dans d'autres circonstances, des négociations dont je ne parle pas pour l'instant mais auxquelles je voudrais revenir un peu plus tard, ont traîné assez longtemps. On me dit que les négociations prévues pour le mois d'avril 1968 avec les radiologistes ne sont pas encore terminées. Et voilà une période justement de treize mois, bientôt quatorze mois, qu'il y a des difficultés et il ne nous reste que treize mois pour conclure des ententes beaucoup plus vastes, beaucoup plus délicates que celles des seuls radiologistes, pour pouvoir assurer à la population la collaboration des professionnels de la santé.

Or, j'exprime au nom des députés de l'Opposition notre vive inquiétude devant cet état de fait et je demande au ministre s'il est en mesure de nous dire, dans son tableau d'acheminement critique, où se trouvera le début de ces négociations, parce qu'il y aura effectivement des négociations.

M. CLOUTIER: Sans refaire l'historique de nos relations entre le ministère de la Santé et les groupes de médecins, particulièrement les deux fédérations, la Fédération des médecins spécialistes et la Fédération des médecins omnipraticiens, on peut dire que les négociations qui recommenceront à l'occasion de l'instauration d'un régime d'assurance-maladie, évidemment, ne sont pas un précédent, parce que depuis mars 1966 il y a eu presque constamment des négociations entre la profession médicale et le gouvernement.

Que les médecins n'aient pas été consultés avant l'annonce d'un régime d'assurance-maladie, je pense que ce n'est pas exact, parce qu'il y a eu tellement de discussions sur la place publique à propos du régime d'assurance-maladie, de la législation fédérale, de la possibilité des provinces d'y entrer, que cela a été un débat public. Lors de négociations partielles — je dis partielles, concernant le secteur de la santé — avec les spécialistes, notamment les radiologistes et les spécialistes pour les fins de l'assurance-médicale, et durant les négociations avec les omnipraticiens, il a été soulevé question — moi-même j'ai participé à ces discussions en compagnie du ministre d'Etat — d'un régime d'assurance maladie. Si bien que cette annonce, évidemment, n'était que la suite logique du scénario ou du déroulement des événements.

Le ministre des Finances a déclaré dans son discours du budget qu'il y aurait des négociations avec la profession médicale. Il a déclaré quelles seraient, en général, les caractéristiques du régime. Il a dit que le régime serait administré par une régie d'assurance-maladie.

Le député de D'Arcy-McGee demande si la profession médicale est en négociation. Je pense bien qu'il a aussi voulu laisser sous-entendre dans l'administration du régime et savoir si la profession médicale aurait voix au chapitre, parce qu'il s'agit d'assurer des soins médicaux.

La profession médicale que la commission d'assurance médicale qui existe actuellement au ministère, au secteur de la santé, a deux représentants. Le président de la Fédération des médecins spécialistes et le président de la Fédération des médecins omnipraticiens siègent à cette commission.

Donc, jusqu'à présent, les médecins sont représentés dans un régime partiel qui couvre environ 7% à 8% de la population. Nous présenterons incessamment — cela veut dire d'ici quelques jours — une législation créant la Régie de l'assurance-maladie. Sans dévoiler le détail de cette législation — suivant les

coutumes de la Chambre évidemment — les détails de la législation ne sont révélés qu'au moment du dépôt du projet de loi, je peux dire que les médecins seront représentés sur cette régie.

Donc, ils auront le droit de regard et ils pourront exercer une surveillance sur l'administration du régime d'assurance-maladie. Quant aux autres questions pertinentes au sujet de cette régie, je ne crois pas, M. le Président, pour le moment devoir en ajouter davantage.

En ce qui concerne le cheminement critique des négociations avec la profession médicale, au moment du dépôt de cette loi, je pense que je pourrai donner à ce moment-là les détails et donner suffisamment de renseignements pour bien démontrer que les négociations qui vont s'entreprendre avec la profession médicale tiendront compte d'un désir, d'une collaboration complète, loyale et entière de la part du gouvernement.

En ce qui concerne le secteur des négociations proprement dit, au cours de l'étude des prévisions budgétaires, je pense bien que le député de D'Arcy-McGee voudra y revenir, il l'a indiqué d'ailleurs dans son exposé préliminaire. Mon ministre d'Etat, le député de Dubuc à qui j'ai confié particulièrement le secteur des relations de travail au ministère de la Santé et du Bien-Etre social et aussi cette partie importante des négociations avec la profession médicale, pourra donner des précisions additionnelles au député de D'Arcy-McGee au fur et à mesure qu'il en exprimera le désir. Mais pour ce qui concerne les négociations, en terminant je dis que nous allons offrir à la professions médicale et nous allons demander à la profession médicale une collaboration très étroite pour l'instauration du régime d'assurance-maladie.

M. GOLDBLOOM: Je comprends bien, M. le Président, que si le ministre a l'intention, et j'en suis heureux, de déposer un projet de loi très prochainement, il ne voudrait pas entrer dans les détails de ce que contiendra ce projet de loi. Il y a quand même une question cruciale que je me dois de poser en ce moment-ci. La forte majorité des médecins et de certains autres professionnels de la santé sont des personnes qui travaillent à leur propre compte et sont parfaitement indépendantes de tout employeur. La profession médicale et d'autres professions voudraient savoir si c'est l'intention du gouvernement de leur imposer une participation obligatoire à ce régime et, si ce n'est pas le cas, quelles seraient les conditions de la non-participation d'un médecin en particulier — je souligne — ce n'est pas pour rien que

j'ai fait allusion à l'historique du problème de la Saskatchewan — que cette question de la liberté d'action du médecin est très cruciale et serait une pierre d'achoppement possible pour des négociations entre le gouvernement, ou la régie qui administrera le régime d'assurance-maladie, et les professions concernées.

M. CLOUTIER: M. le Président, le député de D'Arcy-McGee entre à ce moment-ci dans les modalités du régime et il a d'ailleurs dit que je ne donnerais pas à ce moment-ci le détail de la législation, mais je peux lui dire que, continuant la même politique que pour la législation de l'assistance médicale, législation qui ne force pas le médecin à participer au régime, continuant dans le même optique, la même orientation le médecin ne serait pas obligé de s'inscrire obligatoirement au régime d'assurance-maladie. Cela veut dire qu'il pourrait se désengager. Et, en fait, dans le régime d'assistance médicale, il n'y a, à ce jour, qu'un seul médecin qui s'est désengagé du régime partiel d'assurance-maladie, qui est l'assurance médicale.

M. GOLDBLOOM: Je prends tout particulièrement note du fait que vient de révéler le ministre, et je me permettrai d'y revenir en temps et lieu quand nous arriverons au poste budgétaire qui traite de ce régime d'assistance médicale.

Je crois que le ministre peut comprendre davantage mon inquiétude, notre inquiétude, si je souligne le fait que, pour les professions de la santé, le régime d'assistance médicale est en quelque sorte un cas d'exception; et parce qu'il s'agit, en ce qui concerne ce régime, d'assistés sociaux auxquels la plupart des professions de la santé ont consenti des considérations particulières à travers les siècles — et je sais que cela n'a pas toujours été parfait, cela, je le sais — mais il y a quand même nombre de médecins, nombre de professionnels de toutes sortes qui ont consenti une diminution et même une abolition de leurs honoraires devant les difficultés éprouvées par les citoyens à faible revenu à payer les tels honoraires.

Les professionnels ont sûrement accepté de bon gré certaines conditions du régime d'assistance médicale qu'ils ne seraient peut-être pas prêts à accepter, ou qu'ils examineraient avec beaucoup plus de soin et discuteraient avec beaucoup plus d'attention exigeante que celles du régime d'assistance médicale, quand il s'agira de l'ensemble de la population.

Or, nous nous inquiétons d'autant plus de voir que les négociations qui entourent le régime

d'assistance médicale traînent, et cela pour un seul secteur de la profession ou plutôt deux secteurs en ce moment, et que les négociations beaucoup plus compliquées, avec des implications beaucoup plus sérieuses pour les professionnels, ne sont pas encore commencées.

Alors, je souligne ce fait. Sans demander une réponse du ministre à ce deuxième point puisque nous attendrons le projet de loi qu'il nous apportera prochainement, je tiens à lui souligner que le fait, pour un médecin, de jouir de la liberté de se désengager individuellement d'un régime est conditionné très sérieusement par la question cruciale: Est-ce que le malade qui consulte un médecin non participant bénéficiera selon l'échelle d'honoraires prévue par le régime ou est-ce que le malade et, évidemment, le médecin ou l'autre professionnel qu'il consulte, se trouveront entièrement en dehors du régime et se trouveront à perdre tout bénéfice? C'est la question cruciale qui a causé le conflit en Saskatchewan en 1962.

Je répète que je ne demande pas, en ce moment-ci, une réponse du ministre, mais je le prie de bien noter la nature de cette inquiétude et, s'il est en mesure, ultérieurement, à l'occasion de la présentation du projet de loi, de faire quelques commentaires là-dessus et de faire, même, des déclarations, je crois que de telles déclarations seraient de nature à faciliter énormément les négociations qui devront se dérouler au cours des treize prochains mois.

M. CLOUTIER: De toute façon, M. le Président, le député de D'Arcy-McGee ne demandant pas de réponse, je serais bien malvenu de lui répondre à ce moment-ci.

D'ailleurs, j'ai mentionné tout à l'heure que les modalités du régime seraient annoncées au moment où nous présenterons la législation à l'Assemblée nationale. Mais de toute façon, les médecins seront invités dès le début par la création de cette régie de l'assurance-maladie à travailler en collaboration avec le gouvernement.

M. GOLDBLOOM: Est-ce que je peux poser au sujet de la régie une seule autre question? Est-ce que les autres professions de la santé seront représentées au niveau du conseil d'administration de cette régie?

M. CLOUTIER: M. le Président, le député de D'Arcy-McGee comprendra que je ne puis donner maintenant la modalité de la composition de la régie, sauf pour l'assurer que les professionnels de la santé qui sont concernés par le régime seront représentés à la régie.

M. SAINT-GERMAIN: Vous avez parlé tout

à l'heure de la négociation avec la profession médicale en vue de l'assurance-santé. Vous considérez, je suppose, les négociations qui ont eu lieu au sujet du contrat avec les omnipraticiens et les spécialistes en vue de l'assistance médicale que nous avons partiellement aujourd'hui, vous considérez ces négociations comme étant un début, une base sur laquelle vous construirez les négociations futures, je suppose?

M. CLOUTIER: Certainement, c'est une expérience dont nous tiendrons compte pour en retenir le meilleur.

M. SAINT-GERMAIN: Maintenant, au point de vue de la commission de l'assistance médicale, est-ce que vous considérez que cette commission a un rôle important à jouer? Est-ce que les discussions sur l'assistance médicale font aussi partie selon vous de ces éléments de base des discussions futures?

M. CLOUTIER: En relation avec un futur régime d'assurance-maladie?

M. SAINT-GERMAIN: Oui.

M. CLOUTIER: Le problème ne se posera pas d'ici le 1er juillet 1970 parce que le régime concernant les assistés sociaux devra se continuer jusqu'au 1er juillet 1970, c'est-à-dire à l'avènement d'un régime général d'assurance-maladie, alors qu'à ce moment-là les soins médicaux actuellement donnés aux assistés sociaux seront désormais couverts par le régime général d'assurance-maladie. D'ailleurs, c'est ce que la loi d'assistance médicale dit dans sa rédaction.

M. SAINT-GERMAIN: Mais vous n'avez fait aucune démarche ou aucuns pourparlers jusqu'ici, en vue d'un régime futur d'assurance-santé avec la profession médicale?

M. CLOUTIER: La première étape est la création de la régie.

M. SAINT-GERMAIN: Est-ce que vous êtes entré en pourparlers avec la profession médicale en vue de la création de la régie?

M. CLOUTIER: La création de la régie sera annoncée incessamment par législation et, au moment de la formation de cette régie, les communications nécessaires seront faites avec...

M. SAINT-GERMAIN: Elles n'ont pas été

faites antérieurement à la formation de la régie?

M. CLOUTIER: M. le Président, je ne veux pas entrer maintenant dans les détails de négociations qui pourraient se faire avec la profession médicale, mais je répète que l'étape importante de discussion avec la profession médicale se fera à partir du moment où les professionnels de la santé faisant partie de la régie collaboreront avec le gouvernement à l'établissement d'un régime d'assurance-maladie.

M. SAINT-GERMAIN: En d'autres mots, vous n'avez pas fait de négociation ou d'approche avec la profession médicale en vue d'un régime futur d'assurance-santé.

M. CLOUTIER: Il faut que le député comprenne que la première étape est la formation de la régie...

M. SAINT-GERMAIN: Bon.

M. CLOUTIER: ... où les professionnels de la santé seront invités, et dont ils feront partie: c'est à ce moment que le groupe des professionnels de la santé, en collaboration avec le gouvernement, travailleront à l'établissement d'un régime d'assurance-maladie.

M. SAINT-GERMAIN: Alors, antérieurement à la formation de cette régie, les pourparlers n'ont pas débuté encore.

M. CLOUTIER: La législation est en préparation.

M. GOLDBLOOM: Devons-nous comprendre que c'est l'intention du gouvernement que ce soit la régie elle-même qui entreprenne les négociations avec toutes les professions de la Santé?

M. CLOUTIER: Non. Le ministre des Finances a déclaré que le secteur des négociations demeurerait la responsabilité du gouvernement. Je n'ai pas à élaborer, je pense quelle député de D'Arcy-McGee comprend pourquoi cette responsabilité doit rester gouvernementale.

M. GOLDBLOOM: Je comprends parfaitement, M. le Président, mais si le ministre m'avait répondu que c'était la régie qui était pour entreprendre les négociations, j'aurais pu comprendre plus facilement pourquoi les négociations ne sont pas encore commencées.

M. SAINT-GERMAIN: Relativement aux professions paramédicales, je suppose qu'aucuns pourparlers avec eux n'a débuté actuellement?

M. CLOUTIER: Non.

M. SAINT-GERMAIN: Ni en vu de l'intégration des professions paramédicales qui nous viennent de l'assistance-santé actuelle.

M. CLOUTIER: Actuellement, le seul travail préliminaire et essentiel, c'est la préparation de la législation sur une régie. Les autres étapes — je les annoncerai à ce moment-là — suivront.

M. SAINT-GERMAIN: Est-ce que les professions paramédicales seront incluses ou comprises dans le système? Est-ce qu'on acceptera les services de ces professions-là à l'intérieur du futur système d'assurance?

M. CLOUTIER: L'orientation que nous voulons donner au régime d'assurance-maladie — je reviens sur une affirmation que j'ai faite tout à l'heure — c'est que les professionnels de la Santé qui sont concernés par le régime d'assurance-maladie sont; soit représentés ou ont des représentants ou une voix sur cette régie afin d'exprimer des opinions.

M. SAINT-GERMAIN: Parce que ces professions sont un peu inquiètes à cause de la façon dont ils ont été traités lors de l'établissement du système d'assistance médicale actuelle. Quant à eux, je pense bien, ils n'ont pas l'air trop optimistes.

M. CLOUTIER: Je peux rassurer le député que le dialogue est établi avec chacun des secteurs de la Santé et à l'occasion des négociations, ou en d'autres circonstances, nous allons demander la collaboration des professionnels de la Santé, qu'ils soient des médecins, qu'ils soient des optométristes, qu'ils soient des dentistes ou des pharmaciens. Je pense pouvoir dire, au nom de mes collègues, que dans l'instauration d'une législation importante qui les concerne particulièrement, nous mettrons tout en oeuvre afin qu'ils aient l'occasion d'exprimer leurs points de vue sur une législation possible ou sur un régime administratif possible.

M. GOLDBLOOM: Il y a présentement une commission qui siège pour étudier les responsabilités, les champs d'action professionnels, la formation, je pense surtout, des professions

paramédicales. C'est une commission de cinq ou six membres. C'est un nombre plutôt restreint. Ce que je veux souligner, c'est que ce ne sont pas toutes les professions qui y sont représentées. Je souligne une suggestion qui a été formulée il y a trois ans par celui qui est présentement chef de l'Opposition à l'effet de créer une sorte de table ronde, une commission beaucoup plus vaste où ces professions pourraient se rencontrer non simplement pour plaider leur cause devant un organisme quelconque, gouvernemental ou autre, mais pour se réunir.

Vous n'êtes pas sans savoir, M. le Président, que ces professions ont chacune une loi constitutive, que dans cette loi constitutive il y a un article qui expose les droits, la fonction professionnelle, le champ d'action de la profession concernée.

Vous n'êtes pas sans savoir que ces définitions sont nécessairement d'ordre assez général; il y a alors un chevauchement non seulement entre le champ d'action de la profession paramédicale et celui de la profession médicale, mais également entre professions paramédicales. Il y a une certaine confusion qui en résulte et cette confusion devra être résolue avant que la participation de ces professions ne soit acceptée dans un régime d'assurance-maladie.

Or, je voudrais demander où l'on est rendu dans le travail de cette commission; je voudrais demander, en deuxième lieu, si l'on prévoit une sorte de table ronde à laquelle toutes les professions, y compris la profession médicale, pourront s'asseoir, discuter ensemble et arriver à des ententes qui éviteront des conflits et des demandes peut-être justifiées et peut-être injustifiées de la part de certaines professions. Ce sont des demandes auxquelles le ministère de la Santé ou la régie seront appelés à répondre. Il faudra trancher certaines questions à un moment donné. Il faudra prendre une décision qui sera beaucoup plus facilement acceptée si elle a déjà été discutée par les professions intéressées.

Alors, j'aimerais avoir des précisions sur ces deux aspects du problème des professions paramédicales.

M. CLOUTIER: Le ministre d'Etat à la Santé...

M. BOIVIN: J'ignore si le député de D'Arcy-McGee connaît l'arrêté ministériel 2624 par lequel nous formions une commission pour l'étude des professions auxiliaires de la santé. « Il est ordonné qu'un comité d'étude des pro-

fessions auxiliaires de la santé soit formé. Son mandat sera de faire des recommandations au lieutenant-gouverneur en conseil sur les matières suivantes, à savoir: — il y a deux parties —

A) Identifier et inventorier les différentes professions auxiliaires de la santé et déterminer les besoins du Québec dans ce domaine;

B) Déterminer comment seront désignés les représentants des différentes professions auxiliaires de la santé qui pourront être invités au comité pour aider celui-ci à accomplir la deuxième partie de son mandat.

« Dans la deuxième partie du mandat, il s'agira de:

A) Définir les fonctions de travail et déterminer les responsabilités, les champs d'action et les privilèges des professions auxiliaires de la santé;

B) Indiquer le niveau de formation requis pour les différentes fonctions de travail définies à A et pour l'exercice de chaque profession et prévoir l'intégration des membres de ces différentes professions;

C) Prévoir les programmes-cadres de l'enseignement au niveau universitaire, au niveau des CEGEP et au niveau secondaire pour chacune des dites professions, le cas échéant;

D) Définir les qualifications du personnel enseignant;

E) Etablir un programme d'enseignement dans les différentes régions de la province suivant les besoins de chacune;

F) Déterminer comment l'intégration des écoles existantes pourrait être faite;

G) Indiquer les différents modes d'assistance financière qui pourront être mis à la disposition des étudiants.

« Que pour la première partie de son mandat le comité soit composé de représentants désignés respectivement par les organismes suivants: Le ministère de la Santé, le ministère de l'Education, les universités du Québec, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et l'Association des hôpitaux. » Cette commission a présenté, tout dernièrement, un premier rapport sur les inventaires des professions de la santé. Alors, elle se dirige actuellement vers la deuxième partie du travail important, qu'on considère essentiel dans le désordre qui existe actuellement dans les professions auxiliaires de la santé.

On constate qu'il y a plusieurs écoles qui s'ouvrent, chacune fait son enseignement, chacune décerne ses diplômes. Nous avons constaté, par exemple pour une même école qui devait donner un même diplôme, qu'il y a une différence de 300 heures de cours à 25 heures.

Nous avons vu la nécessité de mettre de l'or-

dre dans ces professions auxiliaires. Nous avons constaté cette chose à la table des négociations. C'est une chose qui nous a été demandée, évidemment, parce que ces auxiliaires de la santé réclament des salaires selon leurs connaissances, selon leur scolarité et selon les services qu'ils peuvent rendre.

M. SAINT-GERMAIN: Quels ont été les premières nominations? Quels sont les gens qui ont fait partie de ce premier comité de travail?

M. BOIVIN: Pour le ministère de la Santé, le Dr Roger Dufresne, de Sherbrooke; pour le ministère de l'Education, le frère Hormidas Gélinas, directeur général du CEGEP de Sainte-Foy; pour les universités du Québec, le Dr Georges Bergeron, de l'université Laval de Québec; pour le Collège des médecins et chirurgiens de la province, le Dr Yves Leboeuf, de Montréal, et, pour l'Association des hôpitaux, le Dr André Pothier de Trois-Rivières.

M. SAINT-GERMAIN: Où était le représentant des professions para ou périmédicales là-dessus?

M. BOIVIN: Je vous ai dit tout à l'heure que ce comité-là est d'abord un comité pour inventorier toutes les professions de la santé.

M. SAINT-GERMAIN: Pourquoi est-ce toujours les médecins qui inventent les autres professions?

M. BOIVIN: Le ministère de la Santé, évidemment, a nommé un médecin; le ministère de l'Education, ce n'est pas un médecin; les universités auraient pu nous envoyer peut-être d'autres personnes qu'un médecin, elles nous ont envoyé un médecin, et nous n'y sommes pour rien. Le Collège des médecins, c'était normal que ce soit un médecin, et l'Association des hôpitaux nous a envoyé un médecin aussi. Ceux-là n'ont pas été nommés par le ministère.

M. GOLDBLOOM: Sauf qu'aucun autre collègue n'a été invité à envoyer un représentant.

M. BOIVIN: C'est-à-dire en sous-comité, pour toutes les professions, la deuxième partie ne peut pas se faire par ces cinq représentants. Pour cette deuxième partie, qui va définir les positions de travail, le champ d'action, les privilèges des professions auxiliaires, chacune des professions sera là pour faire l'étude et prendre des décisions.

M. SAINT-GERMAIN: On croirait à entendre

lire cela que l'assurance-hospitalisation a été établie non pas pour la population mais pour les médecins. Il n'y a aucun porte-parole des autres professions ni de porte-parole d'aucun corps intermédiaire.

M. BOIVIN: Je vous le dis et je vous le répète, dans la deuxième partie. Il faut tout de même reconnaître aux universités, à ceux qui font l'enseignement, une certaine autorité dans la classification de ces professions auxiliaires...

M. SAINT-GERMAIN: Ce n'est pas une autorité exclusive. Le gouvernement aurait bien pu mettre des représentants de certains corps ou de certaines professions.

UNE VOIX: Des optométristes.

M. SAINT-GERMAIN: Ils étaient très intéressés dans l'établissement de l'assurance-santé. Cela aurait été extrêmement facile.

M. BOIVIN: Chacune des professions sera appelée dans la deuxième partie du mandat à discuter...

M. SAINT-GERMAIN: Il n'y a aucune garantie là-dessus, absolument aucune garantie.

M. GOLDBLOOM: Là, M. le Président, vous savez, il y a une différence de philosophie des deux côtés de la table...

M. SAINT-GERMAIN: C'est la même politique qui se continue.

M. GOLDBLOOM: Je me permets de faire la comparaison avec le conseil des universités que le gouvernement a créé il y a quelques mois. Nous avons critiqué la création de ce conseil, plutôt la constitution de ce conseil, parce que certaines universités s'y trouveront représentées, d'autres non. Quand même toutes les universités seront appelées à plaider leur cause et en l'occurrence la cause de leur budget annuel, de la répartition de l'assiette fiscale telle que le gouvernement peut la mettre à la disposition des universités, devant une commission ou quelques-unes seront représentées et d'autres pas. Et voici une situation superposable. On demande à chaque profession de la santé de se présenter sur convocation devant une commission qui comprend des représentants de certaines professions et en l'occurrence une seule, la mienne, la nôtre, nous sommes trois médecins autour de la table ici.

Je suis bien fier de ma profession et je suis très heureux de trouver que des médecins sont représentés.

Mais en toute justice, il me semble que l'on devrait permettre à des professions paramédicales de plaider leur cause devant leurs pairs, c'est-à-dire devant des membres de leur profession.

C'est pour cela que j'ai parlé tout à l'heure d'une table ronde à laquelle se trouveraient représentées toutes les professions. Je crois, M. le Président, que nous insistons beaucoup depuis quelque temps, et avec raison, sur le travail en équipe. Ce travail en équipe est absolument nécessaire dans l'intérêt du malade. Il me semble que lorsqu'on a une équipe, on doit désigner un capitaine pour cette équipe. Le médecin se croit toujours celui qui doit être nommé capitaine. Peut-être a-t-il raison. Je crois que, compte tenu de la formation qui est donnée au médecin, compte tenu de la responsabilité globale qu'il a pour la santé du malade, il est généralement normal que le médecin soit considéré comme capitaine de l'équipe. Dans la grande majorité des cas, l'action professionnelle, l'activité professionnelle des autres membres de l'équipe découle des recommandations et, dans beaucoup de cas, des ordonnances spécifiques du médecin. Cela, c'est normal.

Mais quand même, il n'y a pas moyen de demander à toutes les professions, à tous les professionnels de la santé d'occuper toujours des rôles secondaires et de leur prêcher en même temps le travail d'équipe. Ce n'est pas logique, ce n'est pas juste.

Alors, c'est pour cela que nous critiquons l'attitude du gouvernement, dans ce sens-là. Deux ou trois des professions paramédicales — je sais qu'il y en a plusieurs, il y en a au moins une vingtaine; je ne les ai pas comptées récemment, peut-être une trentaine — ça ferait une commission peut-être lourde. Mais quand même, il me semble qu'il faudra arriver au point où tout le monde parle ensemble plutôt que de demander à chaque profession de parler avec la profession médicale, avec d'autres personnes intéressées peut-être dans l'éducation, dans d'autres secteurs, comme l'administration hospitalière. Mais là aussi, c'est un médecin qui est appelé à représenter les administrations hospitalières.

M. BOIVIN: Mais je ne voudrais pas que le gouvernement prenne toute la responsabilité d'avoir nommé ces gens-là qui n'ont pas été nommés par le gouvernement. Nous avons demandé aux universités du Québec de nommer un représentant. Ils ont nommé un médecin, le Dr Georges Bergeron. Nous avons demandé à l'association des hôpitaux... Ce sont peut-être ces associations qui auraient pu nommer d'autres personnes qu'un médecin.

M. CLOUTIER: Ils ont nommé le président, il s'agit du Dr Pothier.

M. BOIVIN: C'est ça, André Pothier.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, que mon bon ami et collègue, le ministre d'Etat comprene que ce n'est pas parce que ces organismes ont envoyé des médecins que nous pouvons critiquer le gouvernement. Mais, je reviens à ce que je disais tout à l'heure. La seule corporation professionnelle qui a été invitée comme telle à désigner un représentant à cette commission, c'est le Collège des médecins. Il y a après tout le Collège des chirurgiens-dentistes, il y a le Collège des optométristes; il y a beaucoup d'autres intéressés, qui sont constitués en corporation professionnelle ou en association ou syndicat professionnel qui auraient pu être invités.

Si l'on avait posé le moindre geste d'en inviter quelques-uns, on aurait créé une bien meilleure impression chez les professionnels de la santé.

M. CLOUTIER: Si le député de D'Arcy-McGee me permet une suggestion, il arrivera encore certainement plusieurs circonstances où les différentes professions de la santé seront intéressées aux gestes que posera le gouvernement, soit dans le domaine de la législation ou dans le domaine de l'administration.

On a mentionné tout à l'heure qu'il y aurait une vingtaine et peut-être — le ministre d'Etat a voulu souligner qu'il y aurait peut-être plus qu'une vingtaine de groupements, de professionnels de la santé — des paramédicaux.

Vous avez parlé du regroupement pour ces professions de la santé qui, disons-le, peut-être, n'ont pas été invitées assez souvent à faire partie de ces commissions.

Est-ce que l'initiative ne pourrait pas venir de ces groupes, de ces corporations professionnelles qui se réuniraient et qui s'entendraient sur les porte-parole que nous pourrions inviter à différents moments à siéger à des réunions d'organismes? Et l'on comprendra qu'une commission qui voudrait avoir un représentant de toutes les corporations professionnelles, de tous les paramédicaux et de tous les périmédicaux, cette corporation serait certainement trop lourde et son fonctionnement serait certainement gêné par le nombre de participants. Mais je crois que l'initiative pourrait venir de ces groupes, qui déjà, par des rencontres et des discussions préalables, pourraient s'entendre soit en prévision d'études comme celles qui se poursuivent actuellement dans le domaine de la formation des sciences de la santé soit en prévision d'une législation comme l'assurance-maladie ou soit

en prévision d'autres développements dans le secteur de la santé. Je n'appellerais pas cela un front commun parce qu'à ce moment-là il ne s'agit pas de lutte interprofessionnelle ou contre le gouvernement ou contre des législations, mais ce serait une initiative susceptible d'aplanir des difficultés auxquelles on peut faire face dans ces mécanismes, dans ces communications.

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, vous avez mentionné l'exemple de la formation d'une commission, il y a quelques minutes, en vue de l'établissement d'une assurance-santé. Vous vous en êtes tenu, et probablement à bon droit, au secret du cabinet et vous n'avez pas pu nous dire si vous aviez approché les autres professions en vue de la formation de ce comité. Il me semble tout à fait évident que si vous l'avez fait secrètement comme la majeure partie des législations qui sont étudiées et si vous avez approché secrètement, le Collège des médecins, pour qu'ils envoient des représentants, il me semble tout à fait évident que les autres professions ne pouvaient pas s'organiser entre elles. Premièrement, si on leur a pas demandé, et deuxièmement, si elles ne connaissaient même pas la formation de cette commission.

Dans cet arrêté ministériel où vous formez une commission, il est clair que, si vous demandez au Collège des médecins d'envoyer un représentant, ce ne sera pas une autre personne que les représentera. Et si vous demandez aux hôpitaux d'envoyer un représentant, il me semble absolument évident que l'influence du corps médical est prédominante dans les hôpitaux. Il ne faut certainement pas être surpris si on vous envoie un représentant médecin. Si vous demandez à l'Université de Montréal d'envoyer un représentant, il est tout à fait normal qu'on remette à la faculté de médecine la responsabilité d'envoyer un représentant. Alors, c'est normal que la faculté de médecine envoie un représentant qui est médecin et ainsi de suite.

Alors, faire comme le ministre, c'est essayer de rejeter la balle et dire que c'est un pur hasard si on a une commission formée exclusivement de médecins. Je crois que c'est un peu osé. On aurait pu prévoir, et d'ailleurs c'est la raison pour laquelle je l'ai demandé, qu'en citant les corps, les différents organismes qui avaient des représentants à cette commission, j'en ai déduit que la dernière partie serait des médecins.

La population sait bien que l'assurance-hospitalisation coûte absolument cher. On se pose de sérieuses questions. On s'inquiète et l'on se

demande si l'assurance-hospitalisation aujourd'hui est sous l'autorité du gouvernement, si le ministère peut la conduire, s'il peut l'ordonner, s'il peut la dominer; et la population se demande si le tout n'est pas exclusivement en fait sous la juridiction exclusive du corps médical et si le public n'est pas simplement habilité à en payer les frais qui sont de plus en plus exagérés d'année en année.

Je crois qu'il est temps d'envisager que l'assurance-hospitalisation a été légiférée en ce sens pour le bien-être de la population et qu'il en soit ainsi. C'est de très mauvais augure puisqu'au point de vue de l'efficacité d'administration, vu que c'est terriblement exagéré, ça rend les gens extrêmement prudents en ce qui concerne l'assurance-santé.

Si'il faut que ce soient toujours les mêmes qui dominent et l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé, cela coûtera une fortune. Parce qu'on sent — et il me semble que c'est absolument évident — que l'administration est absolument inefficace. Tout ce qui se fait dans la province de Québec, au point de vue d'assurance-santé, coûte plus cher que nulle part ailleurs!

M. CLOUTIER: L'assurance-santé: il faudrait dire l'assurance-hospitalisation.

M. SAINT-GERMAIN: L'assurance-hospitalisation! Les coûts d'hospitalisation semblent absolument hors de contrôle.

M. CLOUTIER: Je ne sais pas si le député veut en faire un débat à ce moment-ci, mais j'imagine que c'est seulement une amorce. Il y aura un débat un peu plus tard. A ce moment-là, nous donnerons toutes les statistiques. Je pense que cela répondra parfaitement aux questions qu'a droit de poser le député.

M. SAINT-GERMAIN: Je dis cela, M. le Président, pour expliquer simplement ma façon de voir relativement à la représentation du corps médical. Comme tous les citoyens et comme toutes les autorités, je ne veux absolument pas démolir le corps médical et l'accuser de tous les vices, mais les médecins ne sont certainement pas formés en vue de l'administration et ce n'est pas leur formation.

Si j'ai soulevé ce point, c'est simplement pour appuyer l'argumentation que j'apportais tout à l'heure relativement aux différentes personnes qui représentent certains niveaux...

M. CLOUTIER: De toute façon, le député de D'Arcy-McGee a noté soigneusement les paro-

les de son collègue au sujet du corps médical.

M. GOLDBLOOM: Depuis quelque temps, je note ses paroles, M. le Président, et nous nous entendons très bien, je vous assure.

Il y a un premier ministre de cette province, vous devinerez facilement lequel, qui a dit un jour que les meilleures lois sont celles qui sont préparées par les intéressés eux-mêmes. Dans ce sens, j'ai une suggestion pratique à faire. Je sais que le ministre et le ministre d'Etat laissent à la commission en question une parfaite indépendance et liberté quant au déroulement de ses travaux. Je pense quand même qu'une suggestion qui pourrait être transmise par le ministre d'Etat au président de cette commission pourrait être bien reçue comme suggestion, et je la formule.

Outre les rencontres individuelles qui ont eu lieu et qui continueront d'avoir lieu avec les professions paramédicales, ne serait-il pas de bonne guerre de convoquer, à un moment donné, une assemblée générale de ces professions? Je suis d'accord avec le ministre et je l'ai dit moi-même, une commission qui grouperait un représentant de chacune des professions serait trop lourde pour fonctionner. Mais, à un moment donné, ne serait-il pas possible de convoquer, dans la même salle, autour de la même table, au moins une fois et peut-être l'expérience s'avérera suffisamment heureuse pour être renouvelée, pour être continuée à deux ou trois reprises afin de vider le sujet des conflits, des chevauchements, des frictions qui existent entre les professions. Ne serait-il pas une bonne chose de leur permettre, au moins une fois, pas simplement de plaider chacun sa cause, mais de se rencontrer et de passer une journée entière si nécessaire, à discuter tous les points de conflit, toutes les difficultés qui surgissent, afin de pouvoir s'entendre mieux. Je pense que ce serait une idée qui pourrait être avantageuse à tous les intéressés.

Il se peut que l'on soit mieux inspiré de diviser cette assemblée en deux et de tenir une assemblée séparée pour les professions qui prodiguent des soins infirmiers. Peut-être. Peut-être que ce serait plus facile, quoique les infirmières devraient rencontrer toutes les autres professions de la santé; mais les infirmières ont certains problèmes avec les auxiliaires et les infirmiers. Nous connaissons ces problèmes et nous avons déjà eu l'occasion de discuter l'an dernier.

Je pense que si le ministre et le ministre d'Etat voyaient d'un bon oeil la suggestion que je viens de formuler et acceptaient de la transmettre respectueusement à la commission qui

entend les causes des professions paramédicales, nous pourrions tirer avantage d'une telle rencontre et nous pourrions apprendre bien des choses qui ne sortiront peut-être pas des audiences plutôt privées qu'aura chacune des professions devant la commission.

M. CLOUTIER: Je crois que le mandat de la commission tel qu'il a été élaboré n'exclut pas cette possibilité.

M. BOIVIN : C'est la deuxième partie.

M. CLOUTIER: J'ai moi-même fait tantôt la suggestion que cette initiative pourrait venir des groupes de professionnels paramédicaux et périmédicaux. Le député de D'Arcy-McGee suggère que cette initiative soit prise par le gouvernement. Un moyen terme pourrait être que cette commission des sciences de la santé prenne l'initiative et qu'elle convoque au moment opportun, tous les intéressés ou tous ceux dont nous avons parlé à une réunion selon les modalités exprimées par le député.

M. GOLDBLOOM: Je crois que la commission aimerait mieux être saisie de cette suggestion par la voix du ministre que par la voix des journaux.

M. CLOUTIER: M. le Président, je n'ai aucune objection à le mentionner. Le ministre d'Etat, qui s'occupe particulièrement des travaux de cette commission, verra après discussion, quelle est la formule à utiliser dans les circonstances.

M. SAINT-GERMAIN: Il reste tout de même que, d'après cette formule, les travaux préliminaires auront été faits sans les professions paramédicales ou périmédicales. Il est tout probable qu'on travaillera un peu, si vous voulez; ceux qui viendront adhérer à cette commission travailleront jusqu'à un certain point sous la direction des premiers nommés, qui, enfin, en garderont toujours la direction. Alors, c'est la façon classique dont on a toujours procédé.

M. BOIVIN: Ce n'est pas une chose très facile de réunir les professionnels de la santé.

M. SAINT-GERMAIN: Il n'y a rien de facile.

M. BOIVIN: Cela viendra d'ailleurs dans la discussion de certaines choses et l'on a tenté de former des comités pour préciser davanta-

ge la situation entre les médecins et les optométristes.

M. SAINT-GERMAIN: Ils admettront, M. le Président...

M. BOIVIN: Les optométristes, nous n'avons jamais été capables, après une dizaine d'arrêts en conseil, de les réunir.

M. SAINT-GERMAIN: On y reviendra, monsieur, à ce point, croyez-moi. Mais il reste qu'il est beaucoup plus facile, lors de discussions, de discuter entre hommes de formation plus homogène. Je ne doute pas qu'entre hommes de formation différente les discussions soient de beaucoup plus laborieuses et beaucoup plus lourdes. Mais les résultats de ces discussions peuvent, à mon avis, être beaucoup plus efficaces et beaucoup plus près de la réalité des choses et des problèmes qu'en partant avec un genre de commission comme celle que vous avez là.

M. BOIVIN: Quand nous les réunissons, et qu'ils ne veulent pas travailler cela n'avance pas. Ce n'est pas cela qui nous donne le travail d'inventaire des professions auxiliaires.

M. SAINT-GERMAIN: Je ne doute pas qu'au ministère de la Santé, c'est bien plus facile de discuter entre médecins que de discuter avec d'autres professions. C'est absolument assuré.

M. BOIVIN: Ce n'est pas au ministère.

M. SAINT-GERMAIN: Il ne devrait pas y avoir de réactions, à un moment donné, qui sont des plus déplorables. Cela ne veut pas dire que les résultats obtenus sont des plus efficaces et sont les moins coûteux surtout.

M. GOLDBLOOM: Cela m'amène à un dernier aspect de cette partie de notre discussion. Voici que le gouvernement, par l'intermédiaire, par le truchement de cette commission, prend connaissance de certains points de vue, de certaines revendications, sans doute, des professions paramédicales. Le but n'est pas simplement de faciliter la participation de ces professions à tout régime d'assurance-maladie ou autre qui sera conçu. Ce n'est pas seulement de faciliter les ententes par lesquelles des conventions collectives pourront être conclues, mais également, pour le gouvernement, comme représentant de la population, de connaître le point de vue de certaines personnes qui jouissent d'une formation professionnelle et qui mettent

cette formation et les talents qui en découlent au service de la population. Il me semble que c'est une heureuse initiative, il n'y pas de doute. Il me semble que ce n'est pas simplement à l'occasion d'une telle étude, mais à l'occasion de l'instauration prochaine d'un régime d'assurance-santé que les professions devraient être consultées.

Je reviens donc à une demande que j'ai formulée l'an dernier et, je pense, l'année précédente. Est-ce que le gouvernement a en fait, dans ses projets, la création d'un Conseil supérieur de la santé? Nous avons un Conseil supérieur de l'éducation, le ministre jouit — et je choisis ce mot avec soin — des conseils d'un tel organisme au ministère de la Famille et du Bien-être social. Il y a d'autres conseils de cette nature qui existent auprès d'autres ministères. Je pense que, dans ce domaine et avec toutes les décisions et discussions difficiles qui sont à l'horizon, le ministre tirerait profit de la présence à ses côtés d'un Conseil supérieur de la santé, constitué de façon similaire à celle dont les autres conseils sont constitués. Nous attendons depuis assez longtemps un geste, une déclaration du gouvernement dans ce sens. Je demande au ministre si, enfin cette année, il est en mesure de nous dire qu'il procédera à la création d'un tel conseil?

M. CLOUTER: M. le Président, je crois avoir donné, l'an dernier — si le député m'a posé cette question, si ma mémoire est fidèle — la réponse à l'effet que c'était l'intention du ministère de la Santé de suggérer au conseil des ministres la création d'un Conseil supérieur de la santé. Je me demande si, à ce moment-ci, il ne serait pas préférable d'attendre que la commission Castonguay dépose son rapport. Elle aura certainement dans le contenu de son rapport des suggestions très pertinentes en ce qui concerne le Conseil supérieur de la santé même si la commission, à certains moments, a exprimé une opinion sur ce sujet. Il y a des rapports qui ont été présentés à la commission Castonguay et qui ont traité spécialement de cet organisme à créer.

Alors je crois qu'il serait logique, à ce moment-ci, d'attendre la production du rapport de la commission Castonguay à l'automne prochain et de procéder ensuite, à la lumière de ces recommandations et des modalités qu'elles nous suggéreront et tenant compte des législations qui existeront, à ce moment-là après l'assurance-maladie, tenant compte de tout cela, il sera, je pense, logique que le gouvernement apporte à l'Assemblée nationale un projet de loi suggérant la création d'un Conseil supérieur de la santé.

M. GOLDBLOOM: Je serai très méchant et je demanderai si le gouvernement attendra aussi longtemps pour mettre en vigueur ce rapport attendu cet automne qu'il a attendu pour mettre en vigueur le premier rapport, celui sur l'assurance-maladie.

M. CLOUTIER: En effet, le député de D'Arcy-McGee est méchant. Ce qui rachète sa remarque, c'est le ton conciliant avec lequel il l'a faite. Après avoir échangé avec celui qui vous parle, en Chambre, des remarques au sujet du régime d'assurance-maladie, le député connaît toutes les raisons très sérieuses pour lesquelles nous avons dû retarder jusqu'à aujourd'hui l'instauration d'un régime d'assurance-maladie. Ces raisons n'existent pas en ce qui concerne le Conseil supérieur de la santé parce qu'il n'y a pas d'implications financières comme celles qu'on doit envisager dans le régime d'assurance-maladie. Alors la raison logique que je donne, et je pense qu'elle est très acceptable et très raisonnable, c'est que nous attendions que la commission Castonguay nous livre son rapport final avant de procéder à un geste aussi important.

M. GOLDBLOOM: A moins que mes collègues n'aient d'autres questions ou commentaires à ajouter, je pense que, pour notre part, nous avons franchi la première étape de notre discussion et, si le ministre et le ministre d'Etat sont d'accord, peut-être pourrions-nous attendre à ce soir pour en commencer la deuxième.

M. LE PRÉSIDENT: Huit heures ou 8 h 15.

M. SAINT-GERMAIN: Bien, M. le Président, peut-être qu'à 8 heures j'aimerais donner le point de vue de la situation relativement aux optométristes. Peut-être qu'à 8 heures nous pourrions reprendre le débat là-dessus et vider la question.

M. LE PRÉSIDENT: A 8 heures.

Reprise de la séance à 20 h 6

M. GAUTHIER (Berthier) (président de la commission de la santé): A l'ordre, messieurs!

M. SAINT-GERMAIN: Si vous permettez, M. le Président, monsieur le ministre avait conseillé aux professions auxiliaires de la santé de se réunir pour pouvoir défendre leurs intérêts plus efficacement. J'ai été, je l'avoue, un peu surpris de constater que ces professions-là ne s'étaient pas encore réunies et je crois qu'il y a eu une mauvaise interprétation quelque part parce que le ministre est sans doute au courant du Conseil interprofessionnel du Québec qui a été fondé en 1965. Ce conseil s'est formé en comité de la santé et ce comité comprend les pharmaciens, les dentistes, les médecins, les optométristes, les chimistes, les diététistes, les psychologues, les travailleurs sociaux et les conseillers en orientation.

Le conseil est formé de toutes les professions qui sont gérées par une corporation et le conseil n'a jamais été approché en vue des études pour la future assurance-santé, si je ne m'abuse. D'ailleurs, les professions corollaires à la santé ont protesté. J'ai ici devant moi une lettre de la Corporation des chimistes professionnels du Québec qui dit: « Etant donné que notre corporation est mandatée en date du 3 mars 1969, étant donné que notre corporation est membre du comité des membres de la santé au sein du conseil interprovincial du Québec, étant donné qu'une forte proportion de nos membres travaillent dans les hôpitaux, l'industrie pharmaceutique et autres laboratoires ayant trait à la santé des gens, nous avons donc été surpris de n'avoir été informés qu'indirectement et ce en janvier 1969 de la formation du comité d'étude des professions auxiliaires de la santé.

« Nous déplorons le fait que le comité formé de cinq membres comprend quatre médecins qui auront comme fonction de:

a) Définir les fonctions de travail et déterminer les responsabilités, les champs d'action et les privilèges des professions auxiliaires de la santé;

b) Indiquer le niveau de formation requis pour les différentes fonctions de travail définies en a) et pour l'exercice de ces professions et prévoir l'intégration des membres de ces différentes professions;

c) Prévoir les programmes-cadres de l'enseignement au niveau universitaire, au niveau des CEGEP et au niveau secondaire pour chacune des dites professions le cas échéant;

d) Définir la qualification du personnel enseignant;

e) Etablir un programme d'enseignement dans les différentes régions de la province, suivant les besoins de chacune;

f) Déterminer comment l'intégration des écoles existantes doit être faite;

g) Indiquer les différents modes d'assistance financière qui pourront être mis à la disposition des étudiants.

« La Corporation des chimistes professionnels du Québec s'explique mal que seul le Collège des médecins fasse partie de ce comité. Notre corporation est désireuse d'y être représentée étant donné qu'une forte proportion de ses membres oeuvrent dans le domaine de la santé. Nous croyons, de plus, que chacune des professions membres du comité des professions de la santé du CIQ, devraient être représentées sur ledit comité.

« Nous recommandons donc que le comité s'adjoigne d'autres membres qui seraient désignés pour chacune de ces professions membres du Conseil interprovincial québécois. C'est signé: Guy Letellier, président, chimiste. »

Si je dis ça, M. le Président, c'est pour appuyer ce que j'ai dit avant le dîner, au sujet de la formation du comité, composé, pratiquement et exclusivement de médecins. Je vois que ces objections sont bien partagées par les professions auxiliaires.

J'ai encore une lettre ici. Je ne sais pas si vous êtes intéressés. C'est un extrait du procès-verbal de l'assemblée du conseil des gouverneurs du Collège des pharmaciens de la province de Québec, tenue le mercredi 18 décembre 1968:

« Il est proposé par M. Yves Courchesne et secondé par M. Paul-A. Lavigne que le conseil des gouverneurs fasse parvenir la résolution suivante aux autorités gouvernementales concernées et à la commission formée en vertu de l'arrêté ministériel numéro 2624 concernant la formation du comité d'étude des professions auxiliaires de la santé.

A/, Nous sommes surpris que le Collège des pharmaciens de la province de Québec a été informé seulement en date du 25 novembre 1968 de la formation dudit comité.

B/, Nous déplorons le fait que le comité, formé de cinq membres, comprenne quatre médecins qui auront comme fonction de:

a) Définir les fonctions de travail et déterminer les responsabilités, les champs d'action et les privilèges des professions auxiliaires de la santé;

b) Indiquer le niveau de formation requis pour les différentes fonctions de travail définies

en a) et pour l'exercice de ces professions et prévoir l'intégration des membres de ces différentes professions;

c) Prévoir les programmes-cadres de l'enseignement au niveau universitaire, au niveau des CEGEP et au niveau secondaire pour chacune des dites professions, le cas échéant;

d) Définir les qualifications du personnel enseignant;

e) Etablir un programme d'enseignement dans les différentes régions de la province suivant les besoins de chacune;

f) Déterminer comment l'intégration des écoles existantes pourrait être faite;

g) Indiquer les différents modes d'assistance financière qui pourront être mis à la disposition des étudiants. »

Si la médecine n'est pas la seule profession auxiliaire de la santé, le collège des pharmaciens explique mal que seul le collège des médecins ait pu nommer un représentant à cette commission. En ce qui concerne les professions auxiliaires de la santé, nous n'acceptons pas que seuls des médecins aient à se prononcer et nous insistons sur le fait que chacune de ces professions devrait avoir un représentant à cette commission pour ce qui concerne sa propre profession et parler en connaissance de cause.

Nous recommandons que la commission s'adjoigne d'autres membres faisant partie des autres professions auxiliaires de la santé et qu'ils soient désignés par les différentes corporations auxiliaires de la santé.

Cela corrobore ce que j'essayais de prouver antérieurement. Je pourrais lire, si vous voulez, d'autres lettres. J'ai ici un extrait du procès-verbal de la réunion du conseil d'administration de la Corporation des conseillers d'orientation professionnelle du Québec tenue à Montréal le 27 mars 1969, comité d'études des professions auxiliaires de la santé. Elle a à peu près la même teneur que les lettres précédentes.

M. BOVIN: On parle de toutes les professions parce qu'on leur a envoyé l'arrêté en conseil 2624. Je dois toujours noter que si le ministère de la Santé a nommé un médecin — le ministère de l'Éducation n'a pas nommé de médecin — si les universités du Québec, si cela a été envoyé aux universités du Québec, ont nommé un médecin, nous n'en sommes pas responsables. Le collège des médecins, c'était normal qu'il nous envoie un médecin, l'Association des hôpitaux a nommé un médecin, ce n'est pas encore le gouvernement qui l'a nommé.

Mais, comme nous disait le député de D'Arcy-McGee, c'est bien sûr que le médecin, c'est

le capitaine de la santé. Cela ne veut pas dire que les autres professions qui viennent de la santé ne doivent pas être considérées. Et je crois que si nous avons passé cet ordre en conseil 2624 justement, nous n'avons pas besoin d'être positifs pour venir à cataloguer, à organiser et à déterminer les fonctions de chacune de ces professions. Il me semble que c'est un premier pas, nous verrons s'il y a trop de médecins à la commission et s'ils ne travaillent pas de façon objective.

Il y a d'autres actes qui ont été posés aussi pour essayer de regrouper les professions auxiliaires de la santé. Mais, je vous l'ai dit avant le dîner que c'était une chose très difficile, que le dialogue n'était pas toujours facile.

Alors, nous avons pensé qu'au sein de cette commission on pourrait établir certains jalons et que les rencontres, ensuite, seraient plus faciles avec chacune des professions. Dans la deuxième partie, vous le voyez, on y va de façon délicate. On dit qu'on définira les fonctions de travail et qu'on déterminera les responsabilités, les champs d'action et les privilèges des professions auxiliaires de la santé.

C'est entendu que cela ne se fera pas tout seul. J'ai rencontré le président de la commission. Il m'a dit qu'il inviterait chacune des professions à analyser de quelle façon on devrait procéder pour chacune de ces professions.

M. SAINT-GERMAIN: Cela confirme exactement ce que je voulais prouver. Je voulais prouver que, premièrement, les professions auxiliaires n'avaient absolument pas été consultées. Je voulais aussi prouver qu'il n'est pas si difficile de faire travailler les différentes professions ensemble parce qu'elles travaillent déjà au niveau du Conseil interprofessionnel du Québec. Elles sont déjà réunies pour étudier leurs problèmes communs et trouver des solutions communes à leurs différents problèmes.

M. BOIVIN: Qui? En quelle année?

M. SAINT-GERMAIN: Cela a été fondé en 1965.

M. BOIVIN: Et qu'est-ce que cela a produit?

M. SAINT-GERMAIN: Eh bien, c'est entendu que si le gouvernement les laisse tomber, si le gouvernement ne fait absolument pas appel à leurs services...

M. BOIVIN: Mais tout de même...

M. SAINT-GERMAIN: Et comme le gouver-

nement se met de plus en plus le nez dans la santé, il est entendu, puisque le gouvernement ne se donne pas la peine de les consulter, que le but qu'ils avaient en fondant ce conseil interprofessionnel ne peut pas être atteint.

Il est entendu que si le gouvernement n'avait pas autant d'influence au niveau de la santé le conseil professionnel pourrait résoudre ses propres problèmes. Mais si le gouvernement ne s'occupe pas de consulter ces gens-là, il est entendu que le conseil interprofessionnel perd beaucoup de son importance.

M. BOIVIN: Il me semble que vous devriez attendre les résultats de cette commission qui donneront peut-être quelque chose à votre grande satisfaction.

M. SAINT-GERMAIN: Les professions auxiliaires de la santé sont habituées d'attendre. Elles attendent depuis toujours, depuis l'existence de l'assistance médicale. Et malgré toutes les promesses qu'on leur a faites, jamais un pas n'a été fait, on n'a jamais même posé le moindre geste en vue de résoudre leurs problèmes.

M. BOIVIN: Mais, il y a tout de même...

M. SAINT-GERMAIN: On a tellement fondé de comités de toutes les sortes qui n'ont jamais fonctionné, qui ne se sont jamais réunis, qui n'ont jamais fait rapport. J'avoue que pour sauver... Comme écran de fumée, c'est parfait. Cela fait trois ans qu'on forme des comités.

M. BOIVIN: Il y a tout de même deux choses là-dedans. Il n'y a pas seulement une question d'argent, une question d'assistance médicale dans cette affaire de réorganisation de toutes les professions auxiliaires de la santé. Il y a tout de même une certaine intégration qu'on doit faire de chacune des professions, déterminer les fonctions, déterminer la scolarité...

M. SAINT-GERMAIN: Les fonctions et les professions, si je ne m'abuse, les professions n'ont pas existé avec l'existence...

M. BOIVIN: Mais...

M. SAINT-GERMAIN: ... de l'assistance médicale.

M. BOIVIN: Il n'y a peut-être pas...

M. SAINT-GERMAIN: Leurs buts, leurs qualifications, leurs obligations et leurs privilèges

sont depuis longtemps définis par la loi de leur corporation.

M. BOIVIN: Mais, il n'y a tout de même pas seulement quelques professions de la santé. J'ai été surpris de voir, dans l'inventaire qu'on a fait de toutes ces professions, qu'il y en a peut-être une centaine.

A la table des négociations, nous trouvons 150 tâches différentes dans nos hôpitaux. Ce n'est pas facile de mettre de l'ordre dans tout cela sans avoir une commission qui ne serait pas trop élaborée pour être capable d'y mettre de l'ordre.

M. SAINT-GERMAIN: Elle n'est pas trop élaborée cela c'est clair...

M. BOIVIN: Oui, mais nous verrons de quelle façon les consultations se feront et nous verrons ce qu'elle produira. Cela ne fait tout de même pas longtemps: 14 août 1968. Nous avons déjà un premier rapport sur la première partie. Attendons la deuxième partie, s'ils ne font pas les consultations nécessaires, nous blâmerons cette commission ou nous nous blâmerons de n'avoir rien réussi, en pensant que, de cette façon nous pourrions aboutir à quelque chose.

Maintenant, mettre de l'ordre, de la coordination dans les professions auxiliaires de la santé et, ensuite, peut-être, arriver à les entrer dans l'assistance médicale...

M. SAINT-GERMAIN: Justement, M. le Président, ce n'est pas une façon de mettre de l'ordre. Il y a actuellement, au niveau des professions médicales, du désordre, et ce désordre est accentué et est dû au fait que ces professions ne sont jamais consultées. Et on forme une autre commission, soi-disant pour ordonner les énergies, ordonner les connaissances. On les forme continuellement de la même façon, sans jamais les consulter.

M. BOIVIN: Il y a des comités qui ont été nommés et qui se présenteront à cette commission, comme le comité supérieur du nursing, des comités qui ont fait un excellent travail en tout ce qui regarde le nursing.

M. SAINT-GERMAIN: Tout le monde fait du bon travail...

M. BOIVIN: Ils doivent rencontrer cette commission...

M. SAINT-GERMAIN: En fait, on n'aboutit jamais à rien.

M. BOIVIN: ... et nous verrons ce qui sortira de ce travail.

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, lorsque le ministre dit que les professeurs auxiliaires de la santé sont extrêmement nombreuses, je dois tout de même lui dire qu'il y en a neuf qui sont réunis en corporation et qui sont déjà unies au niveau d'un comité du Conseil interprofessionnel du Québec. Neuf, ce n'est pas un nombre aussi considérable que le ministre veut le laisser entendre, et ces professions, même si elles ont une délégation de pouvoirs et une délégation de responsabilités de la Législature, elles ne sont même pas consultées, elles n'ont pas de représentants à ce comité. Ce que je trouve drôle c'est que le ministre veut nous faire croire que, le fait que quatre membres sur cinq soient des médecins, c'est par le hasard des choses. Ce qui est insoutenable, parfaitement Insoutenable...

M. BOIVIN: Je ne veux pas vous le faire croire, je veux bien vous dire...

M. SAINT-GERMAIN: Si on avait voulu des représentants des professions auxiliaires, il en aurait nommés.

M. BOIVIN: Ce n'est pas le gouvernement qui les a nommés.

M. SAINT-GERMAIN: C'est le gouvernement qui a déterminé qui serait représenté.

M. BOIVIN: Le gouvernement a nommé le représentant du ministère de la Santé, les autres ont été nommés...

M. SAINT-GERMAIN: Et vous n'avez jamais pensé que cela pouvait être un médecin.

M. BOIVIN: Pardon?

M. SAINT-GERMAIN: Vous n'avez jamais pensé que cela pouvait être un médecin?

M. BOIVIN: Celui du ministère de la Santé est un médecin.

M. SAINT-GERMAIN: Mais vous n'avez tout de même jamais pensé que cela pouvait en être un?

M. BOIVIN: Les autres, que les universités nomment un médecin...

M. SAINT-GERMAIN: Vous n'avez jamais pensé que cela pouvait être un médecin?

M. BOIVIN: Non, non.

M. SAINT-GERMAIN: Non.

M. BOIVIN: Cela aurait pu être un ingénieur, le vice-président...

M. SAINT-GERMAIN: C'est de la grande naïveté.

M. BOIVIN: Le vice-président...

M. SAINT-GERMAIN: Cela fait longtemps que les professions auxiliaires de la santé...

M. BOIVIN: Le vice-recteur de l'université aurait pu être présent dans cette chose.

M. CLOUTIER: M. le Président, sans vouloir priver qui que ce soit de son droit de parole, je pense que je dois faire une remarque à ce moment.

Le député de Jacques-Cartier nous a dit qu'il y avait eu la formation, en 1965, d'un conseil qui groupe les neuf professions auxiliaires de la Santé. C'est une telle chose que la création d'un comité, mais c'est une autre chose aussi de savoir comment ce comité s'est comporté, comment il a agi et quelle a été son action et quelles ont été ses recommandations.

Je n'ai pas l'impression, à ce moment-ci, même s'il y a eu un comité groupant neuf professions auxiliaires, si j'en juge par certains faits ou certains manques de faits, qu'il y a eu une cohésion parfaite et que la machine de ce comité soit parfaitement rodée.

Le député nous a lu des lettres individuelles de corporations qui demandaient à être représentées à un tel comité de la Santé. Mais, je n'ai vu ni entendu dans ce qu'il nous a lu aucune déclaration commune de ces professions auxiliaires de la Santé énonçant le voeu qu'une représentation soit faite par une corporation ou un groupe, ou une profession au nom de tout le groupe. Je l'avais constaté en 1965, lors des audiences tenues devant le comité mixte, justement dans cette salle au sujet de l'assurance-maladie.

Tous les groupements, toutes les professions de la Santé sont venues à tour de rôle donner des mémoires devant la commission — c'était M. Castonguay qui présidait aussi cette commission — qui étudiait l'instauration d'un régime d'assurance-maladie. J'avais fait la remarque à un groupe en particulier. Il s'agissait des pharmaciens, ils étaient quatre ou cinq groupes de pharmaciens qui sont venus, indépendamment l'un de l'autre, faire des repré-

sentations. A ce moment-là, j'étais surpris et je leur ai demandé pourquoi ils n'avaient pas été possible de présenter devant cette commission un mémoire conjoint représentant la profession des pharmaciens.

Je pense que la remarque a été comprise et qu'à la suite il y a eu un certain effort pour regrouper les forces à l'intérieur de cette profession. Cela est une étape qui était nécessaire. On a mentionné, avant l'ajournement de six heures, qu'il serait possible probablement pour ces professions, auxiliaires de la santé, de se réunir et de discuter de problèmes communs. Le député fait état de ce conseil. C'est une bonne chose que ce conseil existe, qu'il regroupe les professions, mais tout dépend de ce que sont leurs préoccupations et tout dépend de l'orientation qu'ils veulent donner aux travaux de cette commission.

De toute façon, pour ma part, j'accepte l'argumentation du député de Jacques-Cartier, quand il nous dit que les professions auxiliaires de la Santé doivent être entendues et doivent être écoutées pour avoir accès aux délibérations et à l'élaboration des politiques qui les concernent. Je sais que nous avons encore du chemin à faire dans ce domaine, mais je pense que déjà il s'est établi avec des professions de la santé, en particulier la profession médicale, des dialogues qui, à certains moments, ont eu des hauts et des bas. Surtout quand on sait qu'il nous faut, à certains moments, négocier à l'intérieur d'un cadre. Ce n'est pas toujours facile d'avoir une entente parfaite avec les groupes, quels qu'ils soient.

De toute façon je pense que nous avons compris le sens de l'argumentation du député de Jacques-Cartier.

Je crois que le gouvernement est très bien disposé envers les professions auxiliaires de la santé. Même si jusqu'à maintenant la consultation n'a pas toujours peut-être été celle que ces groupes auraient désirée, je pense qu'il y a lieu de tenter de corriger cette lacune, si elle a existé. Mais il devra y avoir un effort des professions de la santé, et des professions auxiliaires de la santé aussi, pour se regrouper, faire une cohésion à l'intérieur de leur propre corporation professionnelle et aussi entre elles, faire une certaine cohésion non pas pour faire, comme je l'ai dit avant l'ajournement, un front commun contre des politiques gouvernementales, mais pour apporter à l'élaboration de ces politiques une contribution positive.

M. SAINT-GERMAIN: Je suis un peu surpris de l'argumentation du ministre parce que je sais qu'il est un bon démocrate. Il sait aussi qu'il

est absolument impossible lorsqu'un groupe d'hommes travaillent ensemble d'être tous de la même opinion. C'est un problème tellement humain que cela a été à la base de la démocratie. Dans toute société, si l'on attendait que la province de Québec soit unanime pour se nommer un gouvernement, n'y en aurait jamais de gouvernement. C'est tellement vrai que, dans nos institutions, on a accepté qu'il y ait aussi un gouvernement et une opposition. Il en est, à mon avis, exactement de même au niveau des corporations. Il y aura toujours des groupes dans les corporations qui n'accepteront pas les vues et les philosophies de la majorité. Si on attend qu'elles soient unanimes pour les consulter ou pour travailler en coopération avec eux, c'est entendu qu'on les laissera éternellement de côté.

Il en reste que les corporations, par la majorité des membres, se nomment des conseils, se nomment des directeurs, se nomment un président. Comme au gouvernement, c'est la majorité qui a la responsabilité de l'administration de ces différentes corporations. Si l'on voulait les consulter, on serait à même de le faire au niveau des différents conseils de ces corporations.

Je crois, par la loi, que ces conseils ont le droit de parler au nom de tous, même au nom des groupes minoritaires. C'est à ce point de vue que je trouve que l'argumentation du ministre est faible.

Pour revenir au CIQ, le gouvernement a déjà, d'ailleurs, au sujet de l'inauguration et de la citoyenneté canadienne et au sujet de l'incorporation des groupes professionnels, il a demandé sur ces deux sujets l'avis du Conseil interprofessionnel du Québec qui a soumis, à la demande du gouvernement, des mémoires relativement à ces problèmes.

Si on avait demandé, au ministère, l'avis du conseil interprofessionnel relativement à l'assurance-santé, il est absolument évident, à mon avis, qu'on se serait empressé de faire de même.

Je crois que j'ai prouvé mon point. Je voulais simplement prouver à la population que l'assurance-hospitalisation comme la future assurance-santé, si le gouvernement n'y met pas du sien, sera dominée par une profession et ceci au détriment des intérêts de la population.

En ce qui regarde les optométristes, en particulier, voilà aussi un vieux problème et voilà aussi un problème pour lequel on a formé maintes commissions d'étude.

Ce qui ressort et ce qui est caractéristique des optométristes, c'est qu'ils offrent à la population des services professionnels qui sont aussi

offerts par une autre profession, les ophtalmologistes.

M. BOIVIN: Est-ce que ce sont les mêmes services? Il faudrait que ce soit noté en passant.

M. SAINT-GERMAIN: Alors, puisque le ministre le demande, je veux bien lui expliquer que les optométristes, par une loi de la Législature ont été formés en corporation et ils ont été formés en vue de donner à la population les services optométriques. Si le ministre veut bien lire la loi des optométristes de la province de Québec, il aura là tout ce qui regarde les optométristes.

Alors, les optométristes sont habilités à passer des examens visuels et à prescrire des verres, ils sont habilités à essayer d'aider la population à surmonter tout défaut visuel ou toute anomalie visuelle et à se servir de tous les moyens excepté les médicaments pour essayer d'aider la population qui souffre de ces troubles visuels. Et, pour ce faire, ils ont une école où on étudie, après la 11e ou la 12e année anciennement ou après le cours classique; les futurs optométristes sont affiliés à la faculté des sciences de l'Université de Montréal pour deux ans. Ils ont ainsi un cours de deux ans en optométrie exclusivement. Et d'ailleurs, le ministre n'est pas sans savoir que les relations entre l'École d'optométrie et l'Université de Montréal ont été profondément modifiées et qu'aujourd'hui l'École d'optométrie est directement rattachée à l'Université de Montréal. Un comité d'étude formé à ce sujet, pour résoudre ce problème, a déterminé en blanc et en noir que l'optométrie était une science universitaire et qu'elle devait se donner au niveau de l'université et non pas au niveau des CEGEP.

Les ophtalmologistes, par contre, ce sont des gens qui ont fait le cours de médecine au complet et qui, après, se sont spécialisés au point de vue pathologique dans les défauts visuels. Si le champ d'activité des optométristes est restreint à l'optométrie, le champ des activités des ophtalmologistes est étendu. Mais il faut dire par contre que malgré leur grande formation au point de vue médical, les ophtalmologistes étudient très peu la question d'optique relativement à la vision.

Par contre, les optométristes étudient cette matière exclusivement, et, s'ils étudient le côté pathologique de la question, c'est simplement pour être capables de détecter quand un patient a besoin de soins pathologiques pour pouvoir le référer à son médecin de famille.

Je crois avoir donné, en somme, les grandes lignes. Mais, pour faire un examen de la vue, un examen visuel, au sens optométrique du mot, je n'hésite pas à dire que les optométristes sont plus qualifiés par leur cours et leurs études que les ophtalmologistes pour ce qui regarde cette science particulière.

Il va sans dire, M. le Président, que les ophtalmologistes, avec le champ de la pathologie de l'oeil, ont un champ d'activité extrêmement vaste. Après leur cours général en médecine, ils se spécialisent, comme je le disais, au point de vue pathologique et aussi au point de vue chirurgical.

C'est là le gros de leurs activités, c'est là le pourquoi de leur longue scolarité et c'est là, dans ce champ d'activité, que le plus clair de leur temps, si vous voulez, est mis. Il est absolument évident que lorsqu'on peut charger au patient \$300 ou \$400 pour faire une extraction de cataracte, qui bien souvent ne dure pas plus qu'un examen visuel un peu compliqué, si on fait deux interventions du genre le matin, j'imagine bien que, durant l'après-midi, on aime mieux aller jouer au golf que d'aller faire un examen visuel pour \$12 ou \$15.

Aujourd'hui, si on fait des études au niveau de l'ophtalmologie, on remarque aisément surtout dans le champ d'activité de l'optométrie, que les études des ophtalmologistes et les recherches, si vous voulez, sont bien plus dirigées vers la question pathologique que la question optométrique. Et il me semble que les raisons pour lesquelles c'est ainsi sont tout à fait évidentes.

Alors, qu'est-ce qui arrive en fait? C'est que la formation d'un ophtalmologiste, est très longue et d'un coût très élevé. Je ne sais pas au juste, peut-être que le ministre pourra m'informer, combien de milliers de dollars coûte la formation d'un ophtalmologiste. Il va sans dire que celui qui ne peut que se spécialiser dans le champ de l'optométrie exclusivement a une formation moins longue, car pour être compétent dans cette spécialisation donnée, cela lui demande des études beaucoup moins considérables.

M. BOIVIN: Je ne nie pas la compétence des optométristes. Il y a un champ bien délimité, comme le député s'applique à le dire. Même je ne nie pas qu'il ne pose pas d'actes professionnels. Il pose des actes professionnels. Maintenant, dire qu'il pose des actes médicaux, il vient de le dire encore dans son élaboration, c'est que l'ophtalmologiste pose des actes médicaux; l'optométriste pose des actes professionnels, je l'admets aussi. Je pense bien que

c'est accepté; d'ailleurs, la pratique de l'optométrie est légale. C'est accepté, ça aussi, de part et d'autre. Mais lorsque l'on veut venir à faire travailler ces ouvriers de la santé, c'est-à-dire, les médecins, les ophtalmologistes et les optométristes, c'est là qu'on y trouve des difficultés. C'est que l'assistance médicale ne s'est pas étendue en dehors du champ de l'acte médical. Encore une fois, je ne nie même pas qu'il y ait des gens qui soient traités peut-être avec injustice. Prenez les chirurgiens de chirurgie buccale qui font cinq années d'art dentaire, qui font quatre années de spécialisation, ils ne sont pas reconnus non plus par l'assistance médicale. Je sais qu'il y a des anomalies, que ces anomalies-là peuvent être corrigées. Avant que l'on puisse même passer à l'universalisation, il sera peut-être bon que l'on étudie tout ce que l'on pourra faire pour tous ces ouvriers de la santé.

C'est pour ça que l'ordre en conseil a été envoyé à chacune de ces spécialités afin qu'elles prennent connaissance du classement que nous voulons faire, pour venir à faire reconnaître autre chose, peut-être, que l'acte médical. Vous avez, aujourd'hui, dans les hôpitaux, des chirurgiens de chirurgie buccale qui n'ont pas accès à l'assistance médicale. Vous avez l'art dentaire, vous avez les biochimistes qui ne font pas de cours médicaux mais qui posent réellement des actes professionnels.

Vous avez les bactériologistes aujourd'hui qui ne sont pas tous des médecins. Dans l'ordre en conseil 2624, c'est cela que nous voulons faire étudier par les universités, par les hôpitaux, par les collèges. Toutes ces professions seront invitées à aller discuter tous leurs problèmes. Il y a une intégration de chacune de ces professions à faire dans le travail de la santé. Quand elles seront intégrées, il faudra voir de quelle façon nous pouvons les rémunérer, surtout si nous songeons à organiser l'assurance-santé. C'est bien évident qu'il faudra étudier le mérite de chacune de ces professions et fixer des honoraires pour le bien de tous les malades.

M. SAINT-GERMAIN: Cela, ce n'est absolument pas évident, parce que je me demande bien ce qui va arriver si on continue de la sorte avec les professions auxiliaires de la santé dans un plan d'assurance-santé général. Mais de toute façon, M. le Président, je n'argumenterai pas si les optométristes posent un acte médical ou non, la seule chose que je veux bien dire...

M. BOIVIN: ... des actes professionnels.

M. SAINT-GERMAIN: ... c'est que si le mi-

nistre veut bien prendre le journal des Débats de l'Assemblée législative du Québec, à la sixième session de la 27e Législature, le mardi 22 mars 1966, il y trouvera tout un débat relativement à l'optométrie et on disait exactement ce que je viens de dire. Et c'était dit entre autres par ceux qui se sont faits dans le temps les grands défenseurs de l'optométrie, le regretté M. Johnson, M. Bellemare, aujourd'hui ministre du Travail, il y a eu..., ils sont tous ici, il y en a un plein volume, M. le Président. Si on me permettait de tout lire ce qu'il y a ici dans le journal des Débats,...

M. BOIVIN: Faisant suite à ce débat-là...

M. SAINT-GERMAIN: ... j'aurais la plus belle argumentation; franchement, je pense que je ne peux pas faire aussi bien que cela. Et ceux qui défendaient l'optométrie dans le temps, comme je vous le disais, étaient des gens qui sont du gouvernement aujourd'hui...

M. HOUDE: Avant les élections.

M. SAINT-GERMAIN: ...oui, c'était avant les élections. Je vois que M. Johnson avait été extrêmement brillant; M. Bellemare, comme nous le connaissons, nous avait fait un discours absolument merveilleux; M. Gabias, je crois, s'était mêlé du problème, il y avait aussi le député de Gaspé-Nord...

M. HOUDE: Le ministre de la Santé.

M. SAINT-GERMAIN: Et les gens étaient bien... en tout cas, c'est là en blanc et en noir. Mais je voudrais dire, M. le Président, avant d'être interrompu par le ministre, que la société a investi beaucoup moins dans la formation des optométristes, parce que les optométristes ont des activités bien spécifiques et bien spécialisées. Et ce que je veux faire ressortir surtout, ce qui distingue l'optométrie des professions auxiliaires de la santé, c'est que le service professionnel rendu par les optométristes est aussi rendu par les ophtalmologistes. Ce qui arrive en pratique, c'est que le patient qui veut passer un examen visuel a le choix entre deux professions. Et dans ce contexte de la libre entreprise, les optométristes ont toujours bien fait. Il y a encore une couple d'années, 70% des examens dans la province de Québec étaient faits par optométristes. Les optométristes, dans un contexte de libre entreprise, ont gagné la faveur du public par leurs services. Il y a déjà belle lurette que la population a reconnu les services des optométristes.

M. BOIVIN: Nous ne le nions pas.

M. SAINT-GERMAIN: Seulement, le gouvernement ne les reconnaît pas. Et ce que je veux faire ressortir le plus, c'est le patient qui a le droit aujourd'hui d'avoir un examen visuel a le choix entre un optométriste à qui il doit déboursier pour un examen de la vue et l'ophtalmologiste dont l'examen est absolument gratuit. Et c'est là qu'est la catastrophe.

On a amélioré de beaucoup le cours qui nous est donné, on vient de résoudre notre problème d'école d'optométrie, l'école est même subventionnée par le gouvernement et on dépense, pour la formation de jeunes optométristes, pour les mettre dans une profession qui est actuellement un cul-de-sac. Comment voulez-vous subir une compétition de la sorte?

Si nous étions comme les pharmaciens ou les dentistes, nous serions bien aises d'attendre parce que le temps de l'attente n'est pas dommageable nécessairement à la profession. Si vous avez besoin de médicaments, il faut bien aller chez le pharmacien et si vous avez besoin de soins dentaires, il faut bien aller chez le dentiste. Mais si vous avez besoin de soins optométriques, vous avez le choix entre une profession qui travaille aux dépens du gouvernement et une profession qui appartient encore à l'entreprise privée où vous êtes obligés de payer pour les services. C'est là la catastrophe!

M. CLOUTIER: Disons que le député devrait ajouter, par exemple, pour l'objectivité de son argumentation, que c'est vrai pour 7% de la population, les assistés sociaux.

M. SAINT-GERMAIN: Je m'excuse, M. le Président, depuis quelques mois, il y a les cliniques externes...

M. CLOUTIER: Là, c'est un autre problème...

M. SAINT-GERMAIN: Alors c'est le même problème. Lorsque vous parlez de 7% ou 8% de la population, avec les cliniques d'aujourd'hui, ce n'est plus juste.

M. CLOUTIER: Est-ce que le député parle des cliniques ambulantes dont il avait été question?

M. SAINT-GERMAIN: Non. Ce sont des cliniques qui ne sont pas ambulantes mais enfin, cela ne donne pas de meilleur service, néces-

sairement, d'après les rapports que j'en ai. Ce sont des cliniques attachées aux hôpitaux.

Alors là, maintenant à Maisonneuve, par exemple, on fait au-delà de 20,000 examens visuels aux frais du gouvernement. On fait des examens visuels à l'hôpital Notre-Dame, au St. Mary's Hospital, toujours aux frais du gouvernement. Alors l'optométriste, lui, qui s'est fait une clientèle de peine et de misère, il la voit se diriger vers les hôpitaux et à quels frais? Parce que si le gouvernement se servait des optométristes, cela coûterait énormément moins cher. Premièrement, il y a en eux moins de capital d'investi et, deuxièmement, ils se serviraient de leur bureau, ils paieraient eux-mêmes leur loyer, ils paieraient eux-mêmes leur téléphone, ils paieraient eux-mêmes l'administration de leur bureau.

Tandis que là, qu'est-ce qui arrive lorsque les gens se présentent aux hôpitaux? C'est le gouvernement, c'est l'hôpital qui fournit le local, qui fournit bien souvent les instruments, et qui fournit tous les services de bureau. Comment cela coûte-t-il en administration et quel est le coût pour le gouvernement de tels services? Cela, par exemple, nous ne le savons pas. Mais je serais bien curieux de le savoir.

M. BOIVIN: La clientèle privée a le choix entre l'ophtalmologiste et l'optométriste. Cela ne dérange rien à la clientèle de l'un ou de l'autre. Pour l'assistance, il ne faudrait pas, par exemple, que vous niiez ce qui est fait par le bien-être social qui paie les services des assistés sociaux, aussi en optométrie, sur demande.

M. SAINT-GERMAIN: Comment sur demande?

M. BOIVIN: Pour les 6% à 7% des assistés sociaux...

M. SAINT-GERMAIN: Oui.

M. BOIVIN: ... si le patient se présente chez l'optométriste, si l'assisté social demande au bien-être social, le bien-être social paie l'optométriste.

M. SAINT-GERMAIN: Bien non, voyons, bien non!

M. BOIVIN: Eh bien oui!

M. SAINT-GERMAIN: J'en ai des comptes au bureau, je peux bien vous les envoyer, si vous voulez, mais je ne les envoie même pas.

M. BOIVIN: Eh bien, je vous parle des assistés sociaux.

M. SAINT-GERMAIN: Cela peut arriver...

M. BOIVIN: Non, non, je parle des assistés sociaux.

M. SAINT-GERMAIN: Cela arrivera dans les endroits extrêmement éloignés où il n'y a pas d'ophtalmologiste...

M. BOIVIN: Non, j'en ai vus dans la ville de Québec. Moi-même j'en ai envoyés qui sont allés au bien-être et qui ont été dirigés vers un optométriste, et le gouvernement a payé...

M. SAINT-GERMAIN: Moi, je pratique à Montréal. Il n'y a pas un optométriste de Montréal qui se fait payer ses comptes de la façon dont vous le dites.

M. BOIVIN: Etes-vous bien sûr de cela?

M. SAINT-GERMAIN: Je suis bien sûr.

M. BOIVIN: Quand il y a des demandes au bien-être social, il s'en paie souvent.

M. SAINT-GERMAIN: Je suis bien sûr parce que j'ai un bureau et moi, je ne reçois rien du gouvernement. Je pratique privément.

M. CLOUTIER: M. le Président, si vous me le permettez, pour faire un peu de lumière sur la discussion, étant donné que je suis le ministre de la Famille et du Bien-Etre social, je voudrais apporter la remarque suivante: C'est que les comptes des optométristes sont acceptés pour les assistés sociaux qui ne peuvent défrayer ce coût.

Ce sont des cas spéciaux et cela se produit, là je n'ai pas de statistique ici. Au moment où nous ferons l'étude des prévisions budgétaires du ministère de la Famille, peut-être me sera-t-il possible à ce moment-là de fournir des chiffres, mais cela se produit dans le cas des assistés sociaux qui nous prouvent qu'ils ont un besoin spécial et qu'autrement avec l'allocation qu'on leur verse, ils ne peuvent pas défrayer le coût des soins dispensés par les optométristes.

M. SAINT-GERMAIN: Mais soyez assuré, M. le Président, que c'est une infime minorité. Ce n'est pas ça qui est la pratique générale.

M. CLOUTIER: Ce n'est pas la règle générale mais ça s'explique...

M. SAINT-GERMAIN: Régie générale, on se dirige vers une clinique, d'ailleurs ceux qui font de la clinique ne sont pas nécessairement des nécessiteux, c'est clair.

M. BOIVIN: Oui, mais on paye les comptes.

M. SAINT-GERMAIN: Les cliniques ne s'intéressent pas...

M. BOIVIN: On ne paie pas les ophtalmologistes non plus, il faut qu'ils remplissent les conditions de l'assistance médicale pour qu'on les paie.

M. SAINT-GERMAIN: Très bien, je vais vous donner un exemple pratique. Tenez, ça, c'est le 10 janvier 1969. C'est une enquête qui a été faite au niveau des optométristes. Le 10 janvier 1969, on a envoyé une personne pour un examen de la vue au St. Mary's Hospital. Alors, voilà le rapport de l'enquête. C'est signé Francine Nantel et ça a été fait par l'Alliance Sécurité et Investigation Limitée. Je pense bien que le ministre connaît ça. Je crois qu'elle a fait des enquêtes pour le gouvernement lors de la grève des alcools. Alors, cette lettre a été adressée au collège des optométristes.

« Monsieur, suivant les directives de monsieur Roch Dandeneault je, Francine Nantel, accompagnée de M. Marcel Derome, me suis rendue à l'hôpital St. Mary's afin d'y subir un examen visuel. Au bureau des patients de l'extérieur, je m'informai où aller. Le préposé me demande d'aller au bureau de vérification. Là on me remplit un dossier, nom, âge, travail, salaire, références, etc. Ensuite, je devais revenir au bureau des patients de l'extérieur pour payer l'examen, soit \$1 — ici, on peut conclure que c'étaient les frais d'enregistrement — on me donna une carte rose et à ma prochaine visite je devais présenter cette carte. Ensuite, je passai dans un bureau adjacent. Une infirmière me donna un flacon pour un test d'urine.

Enfin, je ne sais pas pourquoi; moi, je n'ai jamais passé de test d'urine de ma vie pour un examen visuel. Je tiens à dire que c'est une déclaration assermentée...

« Ensuite, je passai dans un bureau adjacent et une infirmière me donna un flacon pour un test d'urine. Je devais maintenant aller voir le médecin. Là, ce fut assez long, c'est-à-dire un examen complet à l'oeil, yeux, nez, dents, coeur, réflexes. Mon état était assez satisfaisant, a dit le docteur Landry, à l'exception de mes yeux. Je montai au deuxième étage pour une prise de sang. Je dois y retourner le 27 janvier 1969 pour l'examen complet de la vue.

Espérant le tout à votre entière satisfaction. »

M. BOIVIN: C'est un examen de routine fait à la clinique externe parce qu'il peut y avoir des cas de diabète.

M. SAINT-GERMAIN: Je vous ai lu une lettre en date du 10 janvier. Je vais vous lire la visite précédente. C'était la deuxième visite, ça.

« Suivant les directives de M. Dandeneault, je, Francine Nantel, accompagnée de M. Henri Héту, me suis rendue à l'hôpital fin d'y subir un examen visuel auquel j'avais pris rendez-vous un mois à l'avance... »

Alors ça, c'est le 12 décembre. Vous voyez tout de suite, à quelle sorte de service on peut s'attendre. Un mois. Alors, vous dire que c'était vers le début de novembre.

« Un examen auquel j'avais pris rendez-vous un mois à l'avance. J'avais pris rendez-vous pour un examen visuel. J'arrivai au service des patients de l'extérieur. On avait mon nom, mais je devais y retourner plus tard afin d'y subir un examen complet avant de passer un examen de la vue. Le médecin me passerait un examen général et, si mes yeux avaient besoin de soins, on me référerait à un ophtalmologiste et je devais passer une entrevue où l'on me demanderait un tas de questions, entre autres: mon salaire d'une semaine, qui ne doit pas dépasser \$75, l'endroit où je travaille et j'en passe. Garde Leblanc me donna ces références.

Espérant que le tout... »

Alors, voilà l'enquête pour voir si c'est un assisté social ou si ce ne l'est pas. C'est une enquête assez courte.

Alors, le 10 janvier, elle décrit la deuxième visite. Ici, nous sommes au 27 janvier, parce que là elle a pris rendez-vous vers le début de novembre. Le 12 décembre, elle s'est rendue à l'hôpital. Elle y est retournée le 10 janvier, comme je vous l'ai dit, et elle y retourne le 27 janvier. J'imagine que c'était pour l'examen de la vue.

« Sous la directive de M. Dandeneault je, Francine Nantel, accompagnée de M. J.-L. Cottier, me suis rendue à l'hôpital St-Mary's afin d'y subir l'examen visuel pour lequel j'avais déjà pris rendez-vous lors d'un examen complet passé le 6 janvier. Je me rendis à la clinique des patients de l'extérieur. Je montrai le papier certifiant le rendez-vous. Elle me fit asseoir quelques instants et ensuite elle m'informa que l'un des médecins était absent et que ce matin il y avait eu plusieurs urgences. Je lui demandai si c'était possible de m'intercaler entre deux rendez-vous. A ce moment-là elle

appella l'infirmière en chef: Très désolée, dit-elle. C'était impossible et elle me donna donc un autre rendez-vous pour le 6 février. Espérant que le tout sera à votre entière satisfaction. »

Nous partons du 1er novembre et là nous sommes rendus le 6 février. Alors, le 27 février: « Monsieur, suivant les directives de M. Dandeneault je, Francine Nantel, me suis rendue à l'hôpital à midi afin d'y subir un examen visuel pour lequel j'avais déjà pris rendez-vous. J'arrivai à l'hôpital et je passai directement à la caisse où je payai \$1 — c'est le deuxième dollar qui s'est donné, je pense bien — pour l'examen de la vue. Ensuite, on me fit passer à la chambre 7 et j'attendis jusqu'à 2 h 45. La garde me fit entrer dans un bureau adjacent et un ophtalmologiste me fit un examen très complet. Il était petit, mince... — elle le décrit — je n'ai pu savoir son nom ni avoir ma prescription — elle n'a pas pu avoir sa prescription — Ensuite je devais attendre un taxi qui me conduirait chez Butler's situé au 1393 rue Sainte-Catherine. J'arrivai là à 3 h 50. Le Dr Gilbert me fit essayer des montures ». Elle se trompe là, elle fait probablement erreur avec l'opticien d'ordonnance.

M. BOIVIN: Ce n'est pas une personne qui a de l'initiative.

M. SAINT-GERMAIN: Non, non, mais tout de même.

M. BOIVIN: Elle aurait pu aller chez un optométriste.

M. SAINT-GERMAIN: Seulement, qu'est-ce que vous voulez!

M. HOULE: Elle avait mal aux yeux!

M. SAINT-GERMAIN: Peut-être que le médecin avait de l'initiative. Je ne sais pas comment vous pouvez appeler cela.

« Le Dr Gilbert me fit essayer des montures et j'en ai acheté une au prix de \$24.80. Il me demanda un dépôt. Je lui remis \$5.11 me donna un reçu et une copie de la prescription. » Ci-joint, je trouve la carte d'admission à l'hôpital, sa prescription — pour les prescriptions j'en ai un dossier plein, c'est de même partout — elle a passé des examens, je ne sais combien. Il n'y a pas une prescription pareille, premièrement, mais enfin. « Il me donna un reçu et une copie de prescription. Ci-joint ma carte d'admission pour l'hôpital, ma prescription et une copie du reçu. »

M. HOUDE: Est-ce qu'elle porte des verres, maintenant?

M. SAINT-GERMAIN: C'est ce que je me demande. Cela était le 27 février. Comment pensez-vous que ça a coûté au gouvernement? Elle a commencé à vouloir avoir un rendez-vous au commencement de novembre. Elle a résolu son problème le 27 février. Elle a passé des examens de sang, d'urine, un examen complet pour en arriver là. Quelle somme cela a-t-il coûté? Le taxi, qui l'a payé?

M. HOUDE: Son mari.

M. SAINT-GERMAIN: Non, non, ce n'est pas elle qui a payé le taxi. Le taxi est gratuit. Il y a une loi des médecins qui dit qu'on n'a pas le droit, article 37, d'utiliser des blancs, carnets ou blocs-notes — le nom est ici, « Butler's », on ne s'en gêne pas — à prescriptions portant une autre écriture ou imprimerie que le nom du médecin, son adresse et son numéro de téléphone. On fait tout ça et ensuite on l'envoie en taxi gratuitement chez l'opticien d'ordonnance. Qui est-ce qui paie pour ça? Qui a payé le taxi? Qu'est-ce que cela a coûté au gouvernement?

M. SAUVEGEAU: Il faudrait lui écrire et le lui demander.

M. SAINT-GERMAIN: Le ministre peut-il me dire combien ce patient a coûté au gouvernement?

UNE VOIX: Une couple de mille.

UNE VOIX: Ce ne sont pas les seuls cas.

M. SAINT-GERMAIN: Je peux continuer si vous voulez, je peux vous entretenir pendant une bonne soirée. Tenez, il y a Emile Saint-Jean ici, la même jeune femme.

« Suivant les directives de M. Dandeneault, je, Francine Nantel, accompagnée de Jeannette Hamel, me suis rendue à l'hôpital Notre-Dame dans le but d'y subir un examen visuel, le 30 septembre 1968. J'allai au service d'ophtalmologie et la garde me demanda si j'avais un dossier. Je lui ai répondu que non. Ensuite, on me fit passer dans une pièce éloignée. Mon pseudonyme était Francine Beauchamp. Un peu plus tard, le docteur J.-L. Jacob me fit passer l'examen, sans r é s u l t a t. Il me pria de sortir et une garde-malade est venue me mettre des gouttes dans les yeux — pourquoi? — pour dilater la pupille de mes yeux.

Soit dit en passant, c'est une méthode dont

je ne me suis jamais servi. C'est vieux comme la terre. Cela fait longtemps qu'on ne se sert plus de ces méthodes-là.

« ... Ensuite je passai un autre examen plus complet que le premier et plus long. Il me donna ma prescription et me conseilla d'aller voir Célien Gauthier, opticien d'ordonnance, pour ma prothèse, ou M. Emile Saint-Jean, opticien d'ordonnance aussi. Il ajouta que je recevrais le compte par la poste, environ \$10. Ci-joints, prescriptions, cartes d'affaires et fichiers... »

M. BOIVIN: Mais elle est allée voir un optométriste?

M. SAINT-GERMAIN: C'est l'ophtalmologiste. Elle s'est rendue à l'hôpital Notre-Dame. C'est l'ophtalmologiste qui l'a examinée...

M. BOIVIN: Elle est allée voir un opticien d'ordonnance?

M. SAINT-GERMAIN: Après avoir eu sa prescription. Et on l'a dirigée.

« Samedi, le 12 octobre 1968, j'ai reçu du courrier, un compte de l'hôpital Notre-Dame, c'est le même montant, \$10. Espérant le tout... »

Ces \$10, la même jeune fille va à St. Mary's Hospital. Le gouvernement a payé pour elle. Ici, est-ce que le gouvernement a payé pour elle, à l'hôpital Notre-Dame?

M. CADIEUX: Probablement...

M. SAINT-GERMAIN: Elle a reçu un compte de \$10.

« Montreal General Hospital... Sous les directives de M. R. Dandeneault, je, Francine Nantel, me suis rendue à l'hôpital de Montréal...

Elle peut passer, il n'y a pas de contrôle. Alors, n'importe qui peut aller là et il y a un examen. Pour n'importe quel caprice. Vous avez remarqué qu'à l'hôpital Notre-Dame, on ne lui a pas fait passer un examen général. Mais, à St. Mary's, la même jeune fille en passe un.

« ... le 3 février, où j'avais déjà pris rendez-vous presque deux mois à l'avance. Je me dirigeai vers le bureau des patients externes. Là, une jeune fille me demanda mon nom, vérifia si j'avais un rendez-vous et, ensuite, elle me fit asseoir dans un couloir. J'attendis deux heures et quart. Un rendez-vous de deux mois. Une dame âgée m'appela et me demanda mon âge, adresse, no de téléphone, religion, profession, si j'avais un dossier à l'hôpital et me demanda de passer à la caisse pour payer l'examen visuel, soit \$4... »

Est-ce que ce sont les frais de l'examen visuel ou l'enregistrement, je ne sais pas.

« ... Je demandai un reçu, mais on refusa... »

On lui refuse un reçu. C'est une déclaration assermentée. Si le ministre veut avoir les noms, l'adresse...

M. SAUVAGEAU: On lui a refusé son reçu...

M. SAINT-GERMAIN: ... je vais lui donner tout cela. C'est une déclaration assermentée d'une honnête personne. Je lui donnerai les noms et adresses, tout le dossier au complet. On pourra faire une enquête, les interroger, si on est sérieux. Ce sont des déclarations assermentées...

M. SAUVAGEAU: Bien moi, quand je donne de l'argent, je voudrais bien voir une personne qui ne me donnerait pas de reçu...

M. SAINT-GERMAIN: C'est ce qu'on lui dit. On lui refusa.

« ... J'ai dû ensuite me présenter au deuxième étage pour l'examen. Je donnai mon dossier à Mme Jackson. Elle me fit asseoir et j'attendis trois heures et dix minutes. Le docteur Simpson me fit passer l'examen. Il est jeune, petit, mince, cheveux châtain. Tous les ophtalmologistes sont habillés en blanc, mais ils ne portent aucune insigne. Il regarda mes yeux avec une lumière et me demanda si j'avais porté des verres. Je lui dis que oui. Mais il ajouta que j'avais attendu trop tard et que maintenant les verres ne pourraient améliorer ma vue. Je lui demandai ma prescription et il me donna une copie. Ci-jointes, la copie et ma carte d'admission. Ils étaient environ cinq ou six ophtalmologistes... »

A un endroit, on lui passe un examen médical. Le deuxième endroit, on lui prescrit des verres. Le troisième endroit, on lui dit qu'elle n'en a pas besoin, elle a manqué le bateau, il est trop tard.

A l'hôpital Victoria, ici...

« ... Sous les directives de M. R. Dandeneault, je, France Nantel, accompagnée de M. Henri Hétu, me suis rendue à l'hôpital Royal Victoria afin de subir un examen visuel auquel j'avais déjà pris rendez-vous un mois à l'avance. J'arrivai à l'hôpital à 8 heures 15 minutes, au service de l'enregistrement. Je demandai au garçon à quel service je devais aller pour subir l'examen. Il vérifia s'il avait mon nom, mais il ne l'avait pas. Il me pria de me rendre au 4e étage pour voir Mme Prise. Je me rendis. Mme Prise m'informa qu'on n'avait pas noté mon nom lors de l'appel téléphonique.

Elle me donna un autre rendez-vous le 20 décembre à 12 h 30 sans aucune autre information. Espérant le tout... »

M. SAUVAGEAU: Qui est ce M. Dandeneault?

M. SAINT-GERMAIN: C'est Alliance Sécurité et Investigation limitée. C'est une agence privée.

M. SAUVAGEAU: Elle fait enquête pour qui?

M. SAINT-GERMAIN: Elle fait enquête sur demande.

M. SAUVAGEAU: Elle fait enquête pour qui?

M. SAINT-GERMAIN: Au nom du collègue des optométristes.

M. BOIVIN: Est-ce que ces malades-là ont demandé pour voir un optométriste? Est-ce que cela leur a été refusé?

M. SAINT-GERMAIN: Ils vont à l'hôpital comme n'importe quel patient. Ecoutez.

M. BOIVIN: Je vous l'ai dit tout à l'heure. J'ai vu des malades qui voulaient voir des optométristes et j'ai enquêté un peu là-dessus, des patients qui étaient sur le bien-être ils ont demandé à voir un optométriste et ils ont eu leurs lunettes; ils sont passés au bien-être, le bien-être a jugé qu'il n'était pas capable de payer.

M. SAINT-GERMAIN: Ecoutez là, il faut toujours voir les choses comme elles sont. Le type arrive à la clinique...

M. BOIVIN: Je vous le dis comme je les ai vus.

M. SAINT-GERMAIN: ... Il a sa prescription et c'est gratuit. Allons-nous passer par le bien-être et faire de longues enquêtes. Ceux qui passent par le bien-être sont habituellement des gens pauvres et ce sont les gens qui ne sont pas capables d'avoir leurs lunettes. Probablement que vous payez alors aux opticiens d'ordonnance sur prescription des ophtalmologistes, comme vous les payez aux optométristes; mais n'allez pas généraliser la situation. Vous avez là tous les assistés sociaux et en plus les gens qui ne sont pas des assistés sociaux qui vont à la clinique et qui ont un examen gratuit et qui se font conduire en taxi et tout cela. C'est cela la compéti-

tion que l'optométriste est obligé de subir, et c'est la société qui en paie le coût.

M. BOIVIN: Et si c'était un malade du bien-être...

M. SAINT-GERMAIN: J'aimerais bien savoir combien cela peut coûter.

M. BOIVIN: Si c'était un malade du bien-être, l'ophtalmologiste n'est pas plus payé que l'optométriste.

M. SAINT-GERMAIN: Par la clinique de l'hôpital, il est payé.

M. BOIVIN: Non. Si le malade n'a pas sa carte d'assistance, l'ophtalmologiste n'est pas payé, il le fait gratuitement.

M. SAINT-GERMAIN: On a fait comme premier examen un test du sang et un test d'urine, cela n'a pas été payé par l'assurance-hospitalisation?

M. BOIVIN: Cela, monsieur, vous ne ferez jamais de reproche... Toute la médecine nord-américaine nécessite des examens de routine et vous ne savez jamais le malaise qu'une personne peut avoir dans un oeil, cela peut dépendre d'une formule sanguine trop basse, cela peut dépendre du sucre qu'il y a dans ses urines, cela peut dépendre de toutes sortes de choses. Faites attention, vous n'argumenterez pas en faveur des optométristes quand vous dites des choses comme cela.

M. SAINT-GERMAIN: Ecoutez, il ne faut pas exagérer...

M. BOIVIN: Ecoutez.

M. SAINT-GERMAIN: On peut passer des rayons X, mais on peut trouver la même chose avec des examens.

M. BOIVIN. Il faut tout de même prendre la meilleure médecine.

M. SAINT-GERMAIN: Il ne faut pas exagérer. Mais ces examens-là sont-ils payés? Je demanderai au ministre si les examens qui se font aux cliniques des hôpitaux sont payés par le gouvernement.

M. BOIVIN: L'ophtalmologiste n'est pas plus payé que...

M. CLOUTIER: Les services à un patient qui n'est pas un indigent, un assisté social doit payer son médecin.

M. BOIVIN: S'il ne paie pas, le médecin le perd.

M. CLOUTIER: Tant que nous n'aurons pas le régime d'assurance-maladie, le patient qui n'est pas sous l'autorité des lois du ministère de la Famille et du Bien-Etre social doit payer son médecin.

M. SAINT-GERMAIN: Mais en vertu de la loi de l'extension de l'assurance-hospitalisation, les services de diagnostic en clinique externe ne sont pas payés?

M. BOIVIN: Pas le médecin. Le médecin n'est pas payé, même à la clinique externe.

M. CLOUTIER: Sur prescription.

M. BOIVIN: Sauf pour celui qui a la carte d'assistance médicale, qui est sur le bien-être social, les services de l'hôpital sont payés, si vous voulez, parce que les cliniques externes sont gratuites, mais le médecin n'est pas payé.

M. SAINT-GERMAIN: Qui paie le médecin?

M. BOIVIN: On ne paie pas le médecin. Le médecin n'est pas payé. Il est payé par le malade, mais si le malade n'est pas capable de le payer, il le perd.

Quand il y aura l'assurance-maladie...

M. SAINT-GERMAIN: Comment se fait-il qu'il n'y a pas de compte dans les cas où on est capable de payer?

M. BOIVIN: C'est parce qu'il juge qu'il l'enverrait pour rien probablement, c'est pour cela qu'il demandait...

M. SAINT-GERMAIN: Ah! Ah! Ah!

M. BOIVIN: C'est pour cela qu'on lui demandait combien il gagnait par semaine. Probablement qu'en principe il n'envoie pas de compte à ceux qui...

Il y en a à qui il envoie pour voir s'ils sont capables, mais il y en a d'autres pour qui ils ne prennent même pas de chance. Ils n'en envoient pas.

M. SAINT-GERMAIN: Il n'en est pas question. Ils ne reçoivent pas de compte même dans les cas où ils peuvent payer.

M. BOIVIN: Bien, non, comme je vous le dis, il y a des économiquement faibles qui n'ont pas leur carte d'assistance médicale. Alors, le médecin, dans ce temps-là, il le perd. Il n'est pas plus capable de le payer. Même s'il envoie un compte, il n'est pas payé.

M. SAINT-GERMAIN: Une fille qui gagne \$75 par semaine, elle ne reçoit pas de compte. Le médecin a jugé qu'elle n'était pas capable de payer son compte?

M. BOIVIN: Probablement qu'il a jugé qu'elle n'était pas capable de payer.

M. SAINT-GERMAIN: Voyons donc!

M. BOIVIN: Bien, jusqu'à preuve du contraire, c'est ce que je pense. C'est ce que j'ai vu dans l'hôpital où j'ai pratiqué.

M. SAINT-GERMAIN: Mais, ces services-là, M. le Ministre, en vertu de l'extension de la Loi de l'assurance-hospitalisation, de demi-diagnostic, est-ce que c'est payé par le gouvernement?

UNE VOIX: En clinique externe.

M. SAUVAGEAU: M. le Ministre, est-ce qu'il n'y aurait pas possibilité que le ministère fasse enquête sur les cas qu'il a cités pour voir si ça va collaborer?

M. CLOUTIER: Je ne sais pas si le député avait l'intention de citer des enquêtes sur plusieurs dossiers. Naturellement, je pense que, quelle que soit la méthode de compiler ces dossiers, s'il a constaté des abus, il n'a seulement qu'à les soumettre au ministre de la Santé qui verra à prendre des recours nécessaires.

M. SAINT-GERMAIN: Je suis bien prêt à vous remettre tous les dossiers.

M. CLOUTIER: Je ne crois pas, M. le Président...

M. SAINT-GERMAIN: Je suis prêt.

M. CLOUTIER: ... si le député a voulu faire une démonstration à l'effet que les optométristes n'avaient pas égalité de chance avec d'autres professions...

M. SAINT-GERMAIN: C'est ce que j'ai voulu dire.

M. CLOUTIER: ... alors, sans vouloir, M. le

Président, en aucune façon, limiter la durée du débat, je pense que, si c'est cette démonstration-là qu'il a voulu faire, elle l'a été faite avec les dossiers, avec le temps qui a été consacré à cette question. Sans vouloir donner de directives — nous faisons preuve d'extrêmement de patience, M. le Président, comme vous d'ailleurs vous nous donnez l'exemple — je pense que le député a consacré beaucoup de temps à la profession et aux professions auxiliaires de la santé et le gouvernement est certainement sensibilisé aux problèmes qu'il a mentionnés.

M. LAFRANCE: M. le Président, à titre de comptable ne trouvez-vous pas qu'il y a quelque chose de discriminatoire à l'endroit de cette profession? Il me semble qu'il y a quelque chose qui me semble injuste à l'endroit d'une profession. Est-ce qu'il n'y aurait pas possibilité de confier l'étude de ce problème-là à une commission?

M. CLOUTIER: Oui, M. le député de Richmond, il y a actuellement un comité des sciences de la santé dont nous avons parlé abondamment depuis cet après-midi. Le député de Jacques-Cartier a fait des représentations à l'effet qu'il n'y avait pas de professions auxiliaires de la santé de représentées sur ce comité.

Le ministre d'Etat à la Santé a répondu que les sous-comités verraient à rencontrer chacune des professions auxiliaires de la santé. Il y a aussi un conseil de ces professions auxiliaires de la santé, formé depuis 1965 et dont a parlé tout à l'heure le député de Jacques-Cartier. Il y a également une commission qui a été formée par le gouvernement, par le ministère de la Santé, par arrêté en conseil. Il y a eu à ce sujet même plus d'un arrêté en conseil. Cette commission devait réunir à la même table et les ophtalmologistes et les optométristes. Pour différentes raisons, le travail de cette commission est à peine entamé ou même peut-être — je ne sais pas si le député de Jacques-Cartier dirait que le travail n'est pas entamé — à tout événement, il y a certainement des problèmes à résoudre entre les deux professions, les ophtalmologistes et les optométristes qui s'occupent de la même clientèle, celle qui a besoin de soins visuels.

Il y a des problèmes là, nous en sommes conscients. Ce n'est pas par le débat que nous allons résoudre ces problèmes. Je ne reproche pas au député de Jacques-Cartier, lui qui est bien sensibilisé à ce secteur professionnel puisqu'il appartient à cette corporation professionnelle, d'avoir exposé devant la commission, comme il l'a fait d'ailleurs l'an dernier, les

problèmes de cette profession. Mais de toute façon, les problèmes ne sont pas résolus. C'est par la bonne volonté et la bonne collaboration des deux groupes qui ont été invités à la même table pour discuter de leurs problèmes, c'est par le dialogue qu'ils finiront par trouver une solution.

M. LAFRANCE: Je considère, M. le Président, simplement comme client qu'au moment où la province songe à doter le peuple du Québec d'un système d'assurance-santé, on ne laisse pas tout ce domaine-là à une espèce de « trust » médical. Il faudrait que d'autres professions aussi puissent avoir leur part et jouer le rôle qu'elles sont appelées à jouer dans notre société. Alors, je trouve que l'intervention du député de Jacques-Cartier, même si cela a semblé un peu ennuyeux pour certains d'entre nous, est extrêmement importante.

M. CLOUTIER: D'ailleurs, c'est pour cela que M. le Président lui a laissé toute latitude de prendre le temps voulu, et tous ses collègues aussi, pour exposer en détail tous les problèmes. Il a cité des dossiers qu'il aura l'obligance de me référer, s'il le veut bien, afin que nous ayons la possibilité de connaître s'il se produit des abus et, s'il y a des abus, que nous puissions y remédier.

M. LE PRÉSIDENT: L'honorable député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, j'aimerais dire, avant de terminer sur ce sujet-là, que j'aurais voulu deux choses. Premièrement, prouver que les optométristes étaient dans une situation extrêmement intenable et, deuxièmement, que dans l'intérêt général de la population — soit au point de vue économique, soit au point de vue de la qualité de service — le gouvernement avait tout avantage, dans l'intérêt commun, à faire appel aux services des optométristes. Et si le gouvernement est réellement décidé à ne pas se servir des optométristes, je crois qu'il devrait avoir l'honnêteté de le dire, et de le dire publiquement, de façon qu'on n'entraîne pas des jeunes à étudier et à s'aventurer dans une profession sans avenir. Je voulais aussi faire ressortir, vu qu'on avait moins investi, au point de vue des études, dans la formation des optométristes, parce que leur responsabilité, au point de vue du citoyen, est dans un champ d'activité beaucoup plus spécifique, que juste le fait de faire faire le même travail par un ophtalmologiste qui pourrait faire autre chose et dans lequel on a investi beaucoup

plus, rien que par ce fait, c'est un coût exagéré pour la population et pour le public.

M. BOIVIN: Je voudrais faire remarquer au député qu'il y a eu un effort extraordinaire de fait au gouvernement. Dès décembre 1967, on a formé un comité au ministère de la Santé; il y avait deux ophtalmologistes et deux optométristes qui devaient faire une étude, faire rapport et des recommandations au ministère de la Santé. Ce comité-là a été dissous, il n'y a pas eu d'entente, malgré que les optométristes eussent envoyé des lettres, acceptassent de venir à cette chose-là; ils se sont réunis une fois à peine et cela a été dissous. Le 20 décembre 1968, nous avons passé un arrêté en conseil pour créer une commission d'étude relative aux optométristes. Vous avez mentionné tout à l'heure que l'honorable Johnson était très favorable aux optométristes, c'est vrai, cet arrêté en conseil a été passé. Cela n'a pas eu de succès, on ne s'est pas réuni. Le 19 mars 1969, nous avons passé un autre arrêté en conseil — je vais vous donner les numéros: 4105, le 20 décembre 1968; 740, le 19 mars 1969 — concernant la création d'une commission d'étude relative aux optométristes. Alors, les optométristes n'acceptaient pas cet arrêté en conseil, cela n'allait pas encore selon leurs désirs. Vous avez dit que le dialogue était nécessaire, bien sûr, mais nous ne sommes pas capables de les réunir pour les faire dialoguer. Le 28 mars 1969, corrigeant l'autre arrêté en conseil à la demande des optométristes, nous avons passé encore un arrêté en conseil, 976; les optométristes ont encore refusé de fonctionner. Nous avons préparé un autre arrêté en conseil. Maintenant, le Juge que nous avons demandé, je ne vous lis pas tous les arrêtés en conseil, vous pourrez les sortir, 976, 740, 4105. Alors, c'est tout ce que le gouvernement a fait pour essayer de rapprocher...

Tout à l'heure vous m'avez fait des reproches sur la séance de cet après-midi, et je vous dis que nous avons des efforts extraordinaires. Je ne nie pas que les optométristes n'aient leur place, comme ouvriers de la santé, de la même façon que les médecins, peut-être pas de la même façon que les ophtalmologistes, mais je ne nie pas leur utilité. Nous ne sommes pas capables de former assez d'optométristes, d'ici 25 ans, pour répondre à la demande. Il y a une place. Mais est-ce que nous allons défendre aux ophtalmologistes de faire des examens de la vue?

Vous niez leur compétence, vous nous avez dit tout à l'heure que vous faites plus d'études que les ophtalmologistes. Les ophtalmologis-

tes font tout de même cinq ans d'études universitaires et quatre ans de spécialisation. Maintenant, je ne peux pas vérifier s'ils ne sont pas aussi compétents qu'un optométriste et, même s'ils ne le sont pas, nous ne pouvons pas les empêcher d'en faire, il me semble.

Vous avez raison quand vous dites que cela prend moins de temps à faire un optométriste qu'un ophtalmologiste et que cela peut être plus utile à la société. Je vous l'ai dit, c'est pour cela l'arrêté en conseil 2624. Nous voulons essayer de mettre de la coordination dans les ouvriers auxiliaires de la santé. Mais vous étiez capables de vous rencontrer, les optométristes et les ophtalmologistes, et de vous parler les yeux dans les yeux. Le gouvernement a passé trois arrêtés en conseil spécialement pour les ophtalmologistes et les optométristes. Il a passé l'autre arrêté en conseil, 2624, pour essayer de vous rapprocher encore. Alors, nous allons continuer de faire des efforts au gouvernement, mais tâchez de faire des efforts, les optométristes, pour être capables de parler aux ophtalmologistes.

Encore une fois, je ne nie pas que les optométristes ne posent pas des actes professionnels. Mais les ophtalmologistes posent des actes médicaux. Il y a moyen de vous entendre, les deux professions, et il y a de la place pour les deux professions. Vous n'avez pas dit seulement des faussetés, vous avez dit des choses que j'approuve. Si les ophtalmologistes sont versés en chirurgie, c'est peut-être 100 fois vrai que les actes professionnels que vous posez pourront leur rendre des services énormes, des services à l'ophtalmologie et surtout aux malades.

M. HOUDE: C'est important!

M. BOIVIN: Je n'ai pas de préjugés et le gouvernement actuel n'a pas de préjugés et, il me semble qu'on a fait l'effort pour essayer de vous rapprocher l'un de l'autre. C'est tout cela qui nous donne raison dans l'arrêté en conseil 2624. Nous sommes allés chercher le problème plus haut, en allant le chercher aux universités, au ministère de l'Education, le ministère de la Santé, les hôpitaux et les médecins, le collège des médecins.

Nous irons essayer encore de repêcher toutes ces professions et de les entendre.

C'est ce que j'avais à dire. Je n'ai rien à dire contre les optométristes. Et j'en ai reçu, des optométristes, à part cela. J'ai reçu le Collège des optométristes et quand je le recevais, je recevais un télégramme du syn-

dicat qui ne s'entendait pas avec le collègue. Et pas seulement une fois, j'ai de la correspondance qui pourrait le prouver.

Alors, il faudrait que le Collège des optométristes s'entende et qu'il s'entende aussi avec son syndicat. Et ensuite, qu'il tente un rapprochement entre le Collège des médecins et le Collège des optométristes et que les syndicats aussi se rapprochent et qu'ils coordonnent leur travail.

Si nous n'avions pas confiance en la profession d'optométrie, nous ne ferions pas tant d'efforts dans le gouvernement actuel. Je dois vous dire et je dois vous souligner que, même si je suis médecin, l'honorable Johnson nous a sensibilisés à cette profession. C'est pour cela que nous avons travaillé pour essayer de vous rapprocher l'un de l'autre. Sans succès.

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, premièrement, je ne voudrais pas revenir sur le débat précédent mais, pour clore cette première partie du débat, j'aimerais dire au ministre que je lui transmettrai tous mes dossiers et j'en ai même d'autres au bureau que je pourrai lui transmettre. Il pourra faire les enquêtes qu'il jugera à propos.

Pour parler à M. le ministre d'Etat attaché à la Santé, pour lui répondre, je lui dirai premièrement qu'il ne m'est jamais venu à l'esprit que les ophtalmologistes doivent perdre le droit de faire des examens visuels.

Nous l'avons toujours fait en libre concurrence comme je le disais auparavant, nous avons toujours, dans un contexte de libre entreprise, pu vivre et vivre honorablement et je n'ai jamais assez dit ou laissé entendre que les médecins ophtalmologistes n'avaient pas plus de scolarité et d'études que les optométristes. Je l'ai même fait ressortir pour prouver que cela coûterait moins cher pour la population et le gouvernement de faire appel aux optométristes relativement aux examens visuels que de faire appel aux ophtalmologistes toujours dans un système de libre choix et de libre concurrence. Mais, j'ai assez dit que si nous n'avions pas autant de scolarité, c'est que nous étions beaucoup plus spécialisés dans un champ d'activité donnée et qu'il était inutile de faire des études plus vastes du moins dans les connaissances scientifiques actuelles, pour atteindre toujours le même but.

Puisqu'on a bien voulu parler, M. le Président, et longuement sur la collaboration que le gouvernement veut bien apporter à la solution de ce problème, je dirai premièrement — et le ministre attaché à la Santé le sait bien — que feu l'honorable Johnson avait promis qu'il formerait un comité dont le mandat consisterait à

étudier les modalités permettant aux assistés sociaux de se prévaloir des services des optométristes...

M. BOIVIN: Arrêté 4105...

M. SAINT-GERMAIN: ... et je dis bien que ce comité n'avait pas pour but de discuter ou d'étudier le principe, mais que le principe était accepté, que le but du comité était d'étudier le moyen d'intégrer les optométristes au plan d'assistance médicale.

M. BOIVIN: Arrêté...

M. SAINT-GERMAIN: Et cet engagement-là a été pris le 14 juin 1968. J'ai ici des extraits du journal des Débats qui confirment ce que j'avance. Je vois ici entre autres par exemple que le ministre de la Santé déclarait à cette époque: « Hier, par le ministre d'Etat, le député de Dubuc, lors d'une rencontre avec les optométristes, à l'effet que le gouvernement mettait sur pied un comité pour étudier les modalités selon lesquelles les professionnels de la vue qui sont les optométristes pourraient dispenser leurs soins aux assistés sociaux... »

M. BOIVIN: Bien oui, ce sont les arrêtés qui ont suivi ensuite et on n'a pas été capable...

M. SAINT-GERMAIN: Je lis encore ici une déclaration de l'honorable ministre qui dit: « En ce qui concerne les soins, je viens de mentionner une étape particulière que le gouvernement a l'intention de franchir. En effet, il a posé un geste concret en demandant à un comité ad hoc d'étudier les modalités d'extension du régime de ces soins qui sont dispensés par une autre catégorie de professionnels dans le domaine de la vue, les optométristes. »

Et on parle toujours d'extension, de modalités d'extension. Il est évident qu'on en accepte dès lors le principe. Je cite toujours le ministre de la Santé:

« En ce qui concerne le paiement des soins — une autre mesure dont j'ai dit un mot cet après-midi, faisant allusion à la déclaration du ministre d'Etat hier devant les optométristes — nous avons l'intention, à la suite du rapport de ce comité spécial ad hoc formé, (ce rapport sera présenté dans trois mois), de permettre aux optométristes de bénéficier des mêmes avantages que les médecins spécialistes et les médecins omnipraticiens en ce qui concerne les soins de la vue ».

Mais ce qui arrive, c'est que ce comité n'a jamais fait rapport et n'a jamais siégé.

M. BOIVIN: Mais non! On n'a jamais été capable de les faire siéger. Trois arrêtés en conseil et on n'a jamais été capable de les faire siéger. Je vous l'ai dit.

M. SAINT-GERMAIN: Il n'a jamais été convoqué.

M. BOIVIN: Arrêté 4105.

M. SAINT-GERMAIN: Les optométristes n'ont jamais été convoqués.

M. BOIVIN: Il a été convoqué et les optométristes...

M. SAINT-GERMAIN: Ils n'ont jamais été convoqués.

M. BOIVIN: Ils ont refusé tout simplement.

M. SAINT-GERMAIN: Je parle de ce comité ad hoc. Est-ce qu'on peut me trouver un document où les optométristes vous disent qu'ils refusent de faire partie ou d'envoyer un représentant à ce comité?

M. BOIVIN: Je vous l'ai dit tout à l'heure...

M. SAINT-GERMAIN: Ils n'ont jamais été convoqués...

M. BOIVIN: En décembre 1967, ils ont été convoqués au ministère de la Santé. Ils ont refusé de venir. Ce comité a siégé, une fois, deux fois...

M. SAINT-GERMAIN: Ecoutez, ne mêlons pas les cartes. Je vous parle de la question des modalités d'intégrer les services optométriques dans l'assistance-santé. C'est de ça qu'on parle. Ce comité promis n'a jamais été convoqué, n'a jamais siégé et n'a jamais fait rapport.

M. BOUSQUET: Est-ce qu'au préalable ça n'aurait pas été préférable que les ophtalmologistes et les optométristes s'entendent? Comme préalable à la réunion de ce comité ad hoc.

M. SAINT-GERMAIN: Qui est-ce qui mène, est-ce les ophtalmologistes ou le ministère de la Santé? Qui est le patron? Est-ce que les optométristes vont être obligés de demander aux ophtalmologistes quelles sont les modalités d'application, comment, dans quelles conditions nous voulez-vous? C'est ça?

M. BOUSQUET: Verriez-vous la possibilité

de trouver un terrain d'entente entre les deux ou si le gouvernement doit nécessairement légiférer?

M. SAINT-GERMAIN: Il ne faut pas déplacer la question. Qui est le patron?

M. BOUSQUET: En définitive, le gouvernement...

M. SAINT-GERMAIN: A qui doit-on faire appel pour que les optométristes fassent partie de l'assistance-médicale? Aux ophtalmologistes ou au gouvernement?

M. BOIVIN: Le juge André Fabien, président du comité, écrit le 21 novembre 1968...

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, là, Je m'oppose.

M. BOIVIN: Le collège des optométristes représenté par son président se désintéresse de ce comité auquel il ne désire pas participer.

M. SAINT-GERMAIN: Ah, oui! mais là vous...

M. BOIVIN: Il ne songe pas à participer.

M. SAINT-GERMAIN: Là vous changez de comité. Je vous parle de ce comité du 14 juin 1968. C'est celui-là, ne mêlons pas les cartes. Il y en a eu cinq comités de formés.

M. CLOUTIER: M. le Président, je me vois obligé de lire une lettre du président du comité: le juge André Fabien, adressée au sous-ministre Jacques Gélinas, le 21 novembre 1968.

« M. le sous-ministre, à la suite du mandat reçu par l'honorable ministre de la Santé, j'ai fait le nécessaire pour que le comité d'étude entreprenne les travaux qui lui avaient été assignés. Malheureusement je me butte à des difficultés. En effet, le Collège des optométristes, représenté par son président, M. Pierre Crevier, se désintéresse de ce comité auquel il ne désire pas participer. Quant à moi je suis toujours désireux de commencer les travaux de ce comité d'étude mais, dans les circonstances actuelles, il est à peu près impossible d'y donner suite. Veuillez agréer, M. le sous-ministre, l'expression de mes meilleurs sentiments. »

Alors pour ne pas éterniser la discussion, je pense que, jusqu'à présent, les deux groupes, M. le Président — Je pèse bien mes mots — n'ont peut-être pas fait tous les efforts voulus, n'ont peut-être pas montré toute la bonne volonté désirable en pareille circonstance pour trouver des

terrains d'entente. Nous avons passé des arrêtés en conseil, plusieurs arrêtés en conseil, je ne dis pas que tous les arrêtés en conseil ont répondu aux désirs des groupes professionnels. Nous avons tenté de les modifier pour tâcher de trouver un terrain acceptable, du moins pour créer un climat favorable à des discussions. Je pense que le gouvernement a démontré, jusqu'à présent, par la passation des arrêtés en conseil à plusieurs reprises, par les invitations qu'il a faites, qu'il était désireux que ces deux groupes professionnels trouvent un terrain d'entente.

Je crois qu'il ne servirait à rien, à ce moment-ci, de renvoyer la balle au ministère de la Santé en disant que: Nous n'avons pas essayé de favoriser la rencontre entre ces groupes. Ce n'est pas exact. Nous avons pris les moyens pour que ces rencontres aient lieu, et elles n'ont pas donné les fruits que nous aurions espérés. Nous allons continuer de tenter de rapprocher ces deux groupes et je crois que le dernier arrêté en conseil que nous avons adopté, créant un comité qui doit étudier les modalités de l'instauration d'un régime d'assistance médicale pour les optométristes, est satisfaisant et que maintenant la parole est aux groupes qui devront démontrer qu'ils désirent s'entendre.

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, je crois qu'on mêle un peu les questions. J'ai bien mentionné que le premier comité ad hoc, formé le 14 juin 1968, à la suite des promesses faites par le ministre de la Santé et par le ministre d'Etat à la Santé, son mandat était d'étudier les modalités telles quelles.

M. LAFRANCE: Telles quelles.

M. SAINT-GERMAIN: Cela, c'était le 14 juin 1968. Il n'y avait pas d'arrêté en conseil. C'était un comité ad hoc du ministère...

M. BOIVIN: Avec tous les comités que nous avons formés, nous n'avons jamais réussi mieux qu'avec les arrêtés en conseil.

M. SAINT-GERMAIN: Comment cela se fait-il que ce premier comité n'ait pas siégé? Et, qu'il n'ait jamais été convoqué?

M. BOUSQUET: Est-ce que vous admettriez l'utilité d'une entente préalable entre les ophtalmologistes et les optométristes? Avant?

M. SAINT-GERMAIN: Ici, il n'y a pas d'entente préalable, comme vous le dites si bien, cela veut dire que les optométristes ne seront jamais acceptés à l'assurance-santé. C'est cela

qu'il faut déduire. Alors je dis, pour revenir au premier comité, que le comité avait un mandat bien spécifique qui consistait à étudier les modalités permettant aux assistés sociaux de se prévaloir des services optométriques. C'était cela le mandat du comité. Ce comité n'a jamais siégé et n'a jamais été convoqué. Les optométristes n'en ont jamais su le pourquoi.

M. GOLDBLOOM: Peut-être que je pourrai, en quelques mots, chercher à résumer le problème.

Je pense qu'il y a le passé, le présent et l'avenir.

M. BOUSQUET: C'est de la haute philosophie?

M. GOLDBLOOM: Oui, monsieur. Mais je reviens sur terre immédiatement.

M. DEMERS: Ah bon! Très bien.

M. GOLDBLOOM: Quant au passé, si toutes les commissions ou quelque organisme que ce soit, n'ont pas réussi à résoudre le problème, je pense que nous n'avançons pas beaucoup vers une solution, à en discuter davantage. Quant au présent, je pense que le député de Jacques-Cartier a démontré avec clarté un problème sérieux, celui de l'inefficacité de certains dispensaires, certaines cliniques externes de nos hôpitaux. Sur la foi des dossiers qu'il fournira au ministre, je crois qu'il y aura lieu de faire une enquête pour savoir exactement ce qui se passe, ce qui s'est passé dans ces cas d'espèce et ce qui se passe en général en ce qui concerne les soins offerts à ceux qui se présentent pour des problèmes visuels.

Je pense que, dans une grande ville, il y a un problème particulier contre lequel nous ne pouvons presque rien, c'est-à-dire le problème du malade qui se promène d'un hôpital à l'autre. Chaque hôpital recevant un malade accepte une responsabilité et est obligé donc de commencer du début, de prendre l'histoire du cas, de faire une certaine enquête personnelle pour savoir à quelle sorte de personne il a affaire ou à quel niveau de notre société appartient cette personne, avant de procéder.

Il est vrai que, dans certains cas, ces enquêtes sont exagérées ou au moins, prennent trop de temps et donnent l'impression au malade d'être plus importantes que l'examen médical ou autre pour lequel il s'est présenté. Cela, c'est vrai. Et, il y a lieu de raccourcir ces procédés dans certains hôpitaux. Mais, il me semble aussi, en toute objectivité, que dans une grande ville, il n'y a aucune protection contre le malade qui se promène du cabinet de

consultation d'un médecin à celui d'un autre et, dans le cas où les soins offerts par les optométristes seraient couverts, il n'y aurait pas de protection contre le malade qui se promènerait du bureau d'un optométriste à celui d'un autre.

Donc, cela est un problème des grandes villes et il en est un assez épineux. Je suis obligé de différer légèrement d'opinion avec mon collègue; je ne suis pas scandalisé par le fait qu'un examen d'urine ou de sang ait été fait; beaucoup de maladies se présentent sous forme de troubles visuels, et l'hôpital ne se protège pas normalement et suffisamment contre ces possibilités, si un examen général, accompagné de certaines épreuves de laboratoire, n'est pas fait.

Je crois que les ophtalmologistes prétendent qu'une forte proportion des maladies visuelles, des cas de pathologie visuelle se présentent au moyen d'une requête pour un examen de la vue; c'est à ce moment-là que l'on trouve une pathologie. Donc, à plus forte raison, on est obligé de faire un examen général pour un inconnu qui se présente en se plaignant de sa vue.

Mais, ayant dit tout cela, M. le Président, il reste l'avenir. Et l'avenir doit réserver une place pour les optométristes qui existent, qui jouent un rôle dans la société, qui jouent un rôle important, si l'on tient compte du nombre d'examen visuels faits chaque année par les optométristes. Si l'on tient compte en outre de la proportion de ces examens faits par les optométristes, on trouve que cette proportion est plus forte que pour les médecins. Je crois que les optométristes ont parfaitement le droit de demander au gouvernement de préciser le rôle que le gouvernement prévoit pour les membres de leur profession à l'intérieur du régime d'assurance-maladie qui entrera en vigueur, selon la promesse du gouvernement, le 1er juillet 1970.

Donc, je crois qu'il y a des éléments très importants qui sortent de toute cette discussion. Des enquêtes sont nécessaires, des modifications devraient être apportées à la conduite de certains de nos dispensaires et, enfin, des assurances devraient être données et précisées aux optométristes quant à leur rôle futur dans la société et dans le cadre des soins de la santé.

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, peut-être ai-je été mal interprété; je n'ai pas voulu blâmer en soi le médecin, parce qu'il avait fait un examen assez élaboré. Là n'est pas ma question, tout le monde veut bien que les gens aient les soins médicaux les plus appropriés. Ce qui m'a plutôt scandalisé, c'est le fait qu'un médecin ophtalmologiste, contre les lois de son collègue, contre l'éthique professionnelle, dirige ses patients vers un opticien d'ordonnance, il ne faut

pas s'en scandaliser. On sait qu'on a découvert dans certaines provinces des relations très étroites: en Colombie anglaise, il y a eu un scandale. Que le médecin voie à ce que son patient soit dirigé vers un opticien d'ordonnance, en taxi payé je ne sais pas par qui, mais non pas par le patient, un médecin qui agit de la sorte, on peut prévoir des abus possibles dans un système d'hospitalisation comme nous avons ou dans un système d'assurance-santé.

Si le gouvernement n'a pas les moyens de se protéger contre de tels abus, contre un médecin qui ne professe pas selon l'éthique professionnelle reconnue — c'est un manquement grave à l'éthique professionnelle de faire ce qui a été déclaré dans cette lettre-là — c'est ça qui m'a réellement scandalisé.

Un médecin, un ophtalmologiste qui est capable d'envoyer un patient en taxi chez un opticien d'ordonnance, est capable de faire un examen d'urine de plus.

UNE VOIX: C'est vrai.

M. LE PRÉSIDENT: M. le député de Jacques-Cartier, la commission a montré beaucoup de patience, mais surtout le député de Notre-Dame-de-Grâce qui a demandé la parole il y a déjà un bon moment.

M. SAINT-GERMAIN: Mais tout de même, M. le Président, je ne veux pas insister, mais j'avais posé une question bien précise sur le premier comité. J'avais demandé la raison pour laquelle ce comité-là n'avait pas siégé. On ne m'a pas répondu.

M. BOIVIN: On vous a répondu, on vous a dit qu'il y avait eu un comité. Il y a eu une multitude de comités de formés...

M. SAINT-GERMAIN: Ce comité-là a été promis et il n'a jamais siégé et il n'a jamais fait rapport. Je demande simplement pourquoi. Il devrait être facile de me répondre.

M. CLOUTIER: Le premier comité, M. le Président, n'a pas siégé parce que les optométristes ont refusé la première table sous prétexte que le mandat était trop réduit.

M. SAINT-GERMAIN: Je m'excuse, mais je crois que le ministre est mal informé.

M. DEMERS: Informez-le.

M. SAINT-GERMAIN: J'aimerais avoir le document.

M. CLOUTIER: J'ai lu la lettre de M. le juge Fabien, président du comité...

M. SAINT-GERMAIN: Je m'excuse, je crois qu'on ne parle pas du même comité, M. le Président. Ce n'est pas le juge Fabien qui était président du comité que je viens de mentionner. Il ne faut pas mêler les deux.

M. CLOUTIER: De quel comité veut parler le député?

M. BOUSQUET: Est-ce que le comité dont vous parlez...

M. SAINT-GERMAIN: De toute façon, vous avez promis que ce comité-là existerait. Cela a été le premier comité avec le mandat que je vous décris qui a été formé en bonne et due forme.

M. BOIVIN: Oui, avec...

M. SAINT-GERMAIN: Ce comité-là n'a jamais...

M. BOIVIN: ... le juge Fabien comme président?

M. SAINT-GERMAIN: Oui, oui, qui était président de ce comité?

M. BOIVIN: Le juge Fabien. Le président du Collège des médecins et le président du Collège des optométristes ont refusé au juge Fabien de se réunir.

M. SAINT-GERMAIN: Il n'y a pas de président qui a été nommé. Ce n'est pas le juge Fabien. Le juge Fabien a été nommé par...

M. BOIVIN: Vous voulez parler du comité...

M. SAINT-GERMAIN: ... dans un deuxième comité, c'est au mois de septembre 1968.

M. BOIVIN: Oui, alors vous voulez parler...

M. SAINT-GERMAIN: Le comité qui a été formé avec le juge Fabien comme président n'avait plus le même mandat. C'est ça qui est la différence et là différence de base.

M. BOUSQUET: Est-ce que le député de Jacques-Cartier pourrait admettre que M. Johnson n'a pas dit, dans sa lettre, que comme préalable, il ne demanderait pas une entente entre les ophtalmologistes...

M. SAINT-GERMAIN: Jamais, il n'a jamais été question de ça.

M. BOUSQUET: ... et les optométristes. Alors, M. Johnson ne l'a pas promis, mais le fait de parler de modalités dont vous avez parlé tout à l'heure, est-ce que ça exclut comme préalable une rencontre ou une entente entre les ophtalmologistes et les optométristes? Je crois que l'intervention du député de D'Arcy-McGee et celle du député de Jacques-Cartier démontrent l'utilité d'une entente entre les membres de ces deux professions, je le crois.

M. BOIVIN: En décembre 1967,...

M. BOUSQUET: Oui, il se peut

M. BOIVIN: ... il y a eu encore un comité au ministère de la Santé qui demandait au Collège des optométristes et au Collège des médecins de désigner deux représentants — deux représentants du Collège des médecins et deux représentants du ministère — afin de former un comité pour étudier le niveau de compétence et des responsabilités et faire des recommandations au ministère de la Santé.

M. SAINT-GERMAIN: Cela n'avait rien à voir avec l'assistance sociale.

M. BOIVIN: Elle a siégé encore deux fois, M. le Président, il n'y a pas eu aucune recommandation.

M. SAINT-GERMAIN: Cela n'avait rien à voir. Ce premier comité était supposé être formé du représentant du président du Collège des médecins, du représentant du Collège des optométristes et le gouvernement était supposé nommer le président.

M. BOIVIN: Oui, le juge Fabien.

M. SAINT-GERMAIN: C'est ce que vous aviez promis aux optométristes. Et c'est ce que feu le premier ministre avait promis et c'est ce que le ministère de la Santé nous a promis...

M. BOIVIN: Les optométristes ont refusé.

M. SAINT-GERMAIN: Vous n'avez qu'à lire le journal des Débats, je peux vous le lire si vous voulez. Il n'a pas été formé. Le comité du juge Fabien a été formé le 9 septembre.

M. CLOUTIER: De toute façon, M. le Pré-

sident, il y a eu plusieurs arrêtés en conseil à la demande même des optométristes, nous nous sommes pliés de bonne grâce à des modifications de l'arrêté en conseil, mais quel que soit le nombre de comités, quel que soit le nombre d'arrêtés en conseil, il demeure un fait, c'est que nous avons fait différentes tentatives pour rapprocher les optométristes des ophtalmologistes, les amener à la même table et c'est là que nous avons éprouvé de la difficulté. Je n'essaie pas de départager les torts, de rejeter le blâme sur une profession plutôt que sur l'autre. Je pense que chacune des deux professions peut en prendre une partie, et ce serait raisonnable.

Si je veux prendre l'argumentation du député de D'Arcy-McGee, je crois que, pour l'avenir, laissons le passé; au présent, il y a un comité, il y a un arrêté en conseil, il y a un comité qui existe et, pour l'avenir, je souhaite que ce comité-là puisse ramener à la table des négociations ou ramener autour de la même table et les optométristes et les ophtalmologistes; parce que, même si nous prenons les dispositions pour rentrer la profession des optométristes dans un régime d'assurance-maladie, s'il n'y pas au préalable des choses réglées entre les deux professions, je ne crois pas qu'il soit sage à ce moment-là de les entrer dans un régime d'assurance-maladie sans que certaines choses n'aient été éclaircies et sans que les deux professions n'aient fait preuve, l'une à l'endroit de l'autre, d'une bonne volonté.

Nous sommes prêts à favoriser un mouvement comme cela et je pense que nous ne pouvons pas demander plus au ministre de la Santé à ce moment-ci, et il n'a pas de préjugé, n'étant pas un professionnel de la santé, en faveur de l'une ou de l'autre profession.

Je voudrais en toute objectivité favoriser ce rapprochement, je n'ai pas l'impression que, même s'ils s'assoient autour de la même table, ils règleraient tous les problèmes; mais J'espère qu'en posant ce geste, ils démontreront, l'une et l'autre professions, qu'ils veulent vivre en harmonie, qu'il y a de la place dans le Québec pour les deux professions. Il y a des besoins que les optométristes peuvent combler plus facilement que les ophtalmologistes parce qu'ils sont mieux répartis sur le territoire du Québec; ils sont plus près des populations qui sont éloignées des grands centres, et c'est dans cet esprit-là que nous allons continuer, M. le Président. Nous allons tâcher de les rapprocher et je serais pour ma part très satisfait si, à brève échéance, nous pouvions résoudre ce problème qui dure depuis trop longtemps déjà.

Pour ma part, je considère l'intervention du député de Jacques-Cartier comme une interven-

tion par laquelle il a voulu démontrer qu'il existe véritablement des problèmes. Je retiens l'essentiel de son intervention et je lui demande de me transmettre les dossiers auxquels il a fait allusion et qui démontrent certainement qu'il y a de la place pour de l'amélioration non seulement à l'intérieur de la profession, mais aussi à l'intérieur de nos institutions hospitalières et cela, ce n'est pas une surprise pour personne.

M. LE PRESIDENT: M. le député, quitte à revenir sur le sujet avec l'assentiment des membres de la commission, je donnerais la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce qui l'a demandée il y a fort longtemps.

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, j'aimerais bien terminer, c'est important. Je crois que nous n'avons pas eu, jusqu'ici, le portrait réel de la situation.

Il est vrai que la commission qui a été formée et présidée par le juge Fabien où devaient siéger un représentant du Collège des médecins et des optométristes n'a pas siégé, et c'est parce que le collège a refusé. Mais, je tiens à faire remarquer au ministre que si les optométristes ont refusé, c'est que le mandat de la commission était tout autre que celui qui avait été donné et qui avait été promis pour le premier comité. Parce que le mandat du deuxième comité disait: Comité d'étude sur les relations entre ophtalmologistes et optométristes. Il

n'était absolument plus question d'intégrer les optométristes dans le système d'assistance médicale, il s'agissait d'un comité d'étude sur les relations entre ophtalmologistes et optométristes.

Dans ces conditions — et j'aimerais bien oublier le passé, mais dans le passé, cela a toujours été la même chose — les optométristes ont cru, et je crois qu'ils ont cru avec droit, que si on avait changé le mandat du premier comité, c'est que le ministère avait subi les pressions — pas de la majorité, même, des ophtalmologistes, parce que je crois que la majorité des ophtalmologistes, comme la grande majorité des optométristes, sont prêts à s'entendre — mais il avait subi des pressions de quelques ophtalmologistes qui avaient fait changer le mandat du comité. A ce point de vue, ils se sont sentis traités avec injustice et ils ont simplement pensé que c'était encore un comité dilatoire pour faire retarder des décisions.

C'est la raison pour laquelle — et je crois qu'ils ont bien fait — ils ont cru qu'on leur tendait un panneau et ils ont refusé de siéger. Mais, on a aussi formé un troisième comité où les opto-

métristes, eux, ont accepté et cela n'a pas plus marché, par exemple. Cela n'a pas plus marché. Alors, les optométristes n'ont pas refusé le premier comité qui avait été promis comme le dit si bien le journal des Débats, mais ils ont refusé de siéger au deuxième comité, mais ils ont accepté de siéger au troisième comité.

Mais ça n'a rien donné non plus. Ce troisième comité il l'a jamais siégé.

M. BOUSQUET: Peut-être que le député de Jacques-Cartier admettrait que le premier comité dont il parle n'a pas été refusé, mais il était peut-être sage qu'au préalable siége le deuxième comité.

M. SAINT-GERMAIN: Ah! Ce sont de belles paroles mielleuses. Cela fait longtemps que l'on a appris à faire la grimace. Un chat échaudé craint l'eau froide...

M. GAGNON: Le député de Jacques-Cartier admet qu'il ne s'agit pas du problème du comité...

M. BOUSQUET: Je crois que le député de D'Arcy-McGee a accepté en quelque sorte l'utilité d'un comité de cette nature.

M. GOLDBLOOM: Le député de D'Arcy-McGee a siégé...

M. TETLEY: Un instant, M. le Président, j'aimerais ajouter un dernier mot, tout en étant le premier.

M. LE PRÉSIDENT: Je vous donne la parole.

M. TETLEY: J'en ai pour 30 secondes, si c'est possible pour le député de D'Arcy-McGee parce qu'il m'a demandé 30 secondes.

M. GOLDBLOOM: J'ai siégé à plusieurs reprises à une table où se trouvaient les ophtalmologistes et les optométristes et j'ai cherché à contribuer à cette entente que désire tout le monde autour de cette table.

M. GAGNON: C'est un problème qui existe depuis l'adoption de la Loi de l'assistance médicale en 1964 et 1965.

M. TETLEY: Merci, M. le Président. Je crois que les parties se sont répétées plusieurs fois. J'avais des questions, pas d'ordre personnel du tout, mais au nom des contribuables. Et

c'est au sujet de l'administration et surtout du montant total de votre budget qui, je crois, tombe au poste budgétaire numéro 1. Et, avec votre permission je vais poser ces questions demain.

M. CLOUTIER: Demain. Alors, M. le Président, il est dix heures. Nous sommes obligés d'ajourner ce soir, mais demain nous revenons à dix heures trente, après la période des questions. L'étude des crédits se continue et, à moins que tout ne se termine demain midi, je ne sais pas si je fais preuve de trop d'optimisme...

M. LAFRANCE: A une heure.

M. CLOUTIER: Nous siégeons jusqu'à une heure et, si l'étude n'est pas terminée, lundi nous reviendrons: L'ordre des travaux de la Chambre nous sera donné demain matin, mais je pense que nous reviendrons à l'étude des crédits lundi après-midi.

UNE VOIX: J'espère que nous y verrons plus clair!

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, j'aimerais bien prendre quelques minutes demain pour finir, au sujet de ces comités. Je crois qu'il y a en dessous de ça quelque chose que j'aimerais bien définir et je crois que...

M. GAGNON: Votre collègue de gauche vient de dire qu'on se répète.

M. SAINT-GERMAIN: On ne se répétera pas. On passera à l'étude du 2e, du 3e, du 4e et du 5e comité. Peut-être que le ministre pourra nous apporter demain les raisons...

M. GAGNON: Il a failli me faire mourir!

M. SAINT-GERMAIN: ... comité par comité. Pour quelles raisons ces comités n'ont-ils jamais fonctionné? Peut-être serait-il bon de prendre 20 minutes et d'essayer d'être le plus court possible. Je peux promettre ça au président, pour résoudre une fois pour toutes ce problème et savoir ce qu'il y a dans le fond de ces comités-là, de façon qu'on puisse travailler d'une façon plus...

M. LE PRÉSIDENT: La séance est terminée.

(Fin de la séance: 21 h 59)

Séance du 23 mai 1969

(Onze heures quarante trois minutes)

M. GAUTHIER (Berthier) (président de la commission de la Santé): A l'ordre, messieurs!

M. SAINT-GERMAIN: Alors, M. le Président, si on me le permet, je ne voudrais pas abuser davantage du temps, mais je pourrais en parler longuement. Pour expliquer la façon dont les professions auxiliaires de la santé sont traitées actuellement, je pourrais en parler pendant encore bien longtemps.

De toute façon, j'aimerais tout de même, en quelques minutes, revenir sur la question des divers comités qui ont été formés en vue de résoudre le problème, dit-on. Comme je le disais hier, le premier comité n'a jamais siégé et si le deuxième a été rejeté par les optométristes. C'est que le mandat de ce comité avait été profondément modifié car ce mandat était celui d'une étude sur les relations entre ophtalmologistes et optométristes. On a fait disparaître, tout à fait, de ce mandat toutes relations directes avec l'assistance médicale. Le troisième comité avait été accepté. Malheureusement, il n'a jamais siégé. Les raisons sont certainement connues du ministère et les quatrième et cinquième comités ont été rejetés pour la même raison que le deuxième. En plus, dans le cinquième comité, qui est un comité en vue de résoudre les problèmes optométriques, voilà que les optométristes ont un seul représentant sur ce comité, un seul porte-parole. Alors, je ne voudrais pas continuer là-dessus.

J'aimerais simplement dire, pour apporter un élément positif, que la seule façon à mon avis de résoudre le problème est de former un comité où seront représentés la commission de l'assistance médicale et les optométristes et de donner comme but du comité, le même mandat que le premier. Vous allez trouver là la solution du problème.

Les services des optométristes en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, sont acceptés au plan de l'assurance-santé et c'est donc dire que déjà 67% des Canadiens peuvent faire appel aux optométristes canadiens pour les services optométriques.

Et dans ces provinces, le gouvernement, par une décision d'autorité, a simplement décidé d'inclure des services optométriques dans l'assurance-santé, et c'est déjà chose faite. Je crois que l'acceptation des optométristes dans l'assurance-santé ne doit absolument pas être basée sur les relations, bonnes ou mauvaises, qui existent entre les deux professions. Si l'assu-

rance-santé au Québec allait être en vigueur dans une semaine ou dans un mois et si les optométristes ne pouvaient pas s'entendre avec les ophtalmologistes, est-ce que cela veut dire que les optométristes seraient définitivement exclus de l'assurance-santé? Je crois que c'est la responsabilité du gouvernement de dire si les optométristes doivent être inclus dans l'assistance médicale et la future assurance-santé ou s'ils ne le doivent pas.

Si le gouvernement décide de ne pas les accepter, je crois qu'il devrait, en toute justice pour la société, en toute justice pour les jeunes étudiants, simplement faire disparaître la profession et recycler dans un autre champ d'activité les optométristes. Le problème, au niveau universitaire, a été résolu; l'optométrie est maintenant un département universitaire. On projette de l'inclure dans la future faculté des sciences de la santé, on projette d'augmenter les études d'une autre année. Pour ce faire, le gouvernement, comme il l'a fait dans le passé, subventionnera l'université. Nous n'avons pas le droit d'attirer les jeunes dans une profession et dépenser l'argent du public pour former des jeunes et les intégrer dans une profession qui, en loi, a le droit de vivre mais qu'en fait on ne laisse pas vivre.

Pour résumer, M. le Président, je dois dire que, premièrement, dans un système de libre entreprise, les optométristes ont prouvé qu'ils avaient la confiance de la population et que leurs services étaient valables; deuxièmement, avec la politique gouvernementale actuelle, on place les optométristes dans un contexte de concurrence où il leur est absolument impossible de vivre; troisièmement, si le gouvernement veut inclure les optométristes et leur donner un avenir, il n'a, comme je le disais bien, qu'à prendre une décision d'autorité, qu'à former un comité avec les représentants de la commission de l'assistance médicale et les optométristes et qu'à donner comme mandat à cette commission d'établir les modalités d'intégration à l'assistance médicale.

Je crois qu'en ce faisant on diminuera énormément les coûts des services visuels et que, dans ce contexte, les optométristes pourront rendre des services à la population, services que la population s'attend de recevoir de la profession.

Je veux terminer là-dessus et je veux tout de même attirer l'attention du ministre sur les raisons qui ont fait que le premier comité n'a pas siégé, et je veux rejoindre le comité qui vient d'être formé où il y a quatre médecins et un représentant de l'éducation. Je veux dire que ce comité est dans la même tradition et

c'est de très mauvais augure au point de vue des professions paramédicales, au point de vue des coûts et de l'efficacité administrative de la future assurance-santé,

M. LE PRESIDENT: J'ai espéré tout autant que le député de Jacques-Cartier que son long travail aura changé l'optique du ministre.

M. CLOUTIER: M. le Président, une remarque seulement. Je ne veux pas prolonger le débat. Cela fait déjà plusieurs minutes que nous consacrons particulièrement à l'optométrie. Si le député avait comme objectif d'attirer l'attention du ministre et de la commission sur ces

problèmes, il a réussi. Notre attention a été retenue pendant un bon moment, mais je ne voudrais pas reprendre les remarques que j'ai faites hier, sauf pour dire au député que nous apporterons, comme nous l'avons fait dans le passé, beaucoup d'attention à toutes les professions de la santé, même si, pour cela, les difficultés ne sont pas toutes aplanies. Je répète, en terminant sur cette question, l'appel que j'ai fait hier aux deux groupes particulièrement concernés, les ophtalmologistes et les optométristes, pour faciliter la tâche du ministère de la santé à trouver une solution dans ce champ pour ceux qui ont besoin de soins visuels.

M. SAINT-GERMAIN: Une autre question, M. le Président. Si les ophtalmologistes et les optométristes ne peuvent s'entendre, est-ce que le ministère est prêt à prendre une décision d'autorité?

M. CLOUTIER: Bien, ce qui arrive en pareille circonstance, M. le Président, ce ne sera pas un précédent chez les professions de la santé de ne pouvoir trouver seules une solution. Entre autres, qu'on se rappelle la question des règlements des hôpitaux, le ministère de la santé est intervenu, et je crois qu'il y aura possibilité de trouver une solution.

Mais je pense que les deux professions sont encore capables de trouver elles-mêmes une solution aux problèmes qui les divisent.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Président, je voudrais faire une très courte intervention. Je connais un peu les problèmes, en fait, qu'on retrouve actuellement entre l'optométrie, si vous voulez, et différents secteurs de la santé, en particulier les ministères de la Santé et du Bien-Être social.

Je vous avouerai que la situation actuelle, en ce qui concerne cette profession paramédicale de l'optométrie, n'est pas rose pour les

optométristes en tant que tels. Ces optométristes, je pense qu'ils jouent un rôle dans la santé publique, dans les régions éloignées et dans les centres urbains, et je ne pense pas qu'actuellement on leur accorde cette participation qu'ils devraient avoir en fait au niveau de la santé et au ministère en particulier.

On a l'impression que ces professionnels, face à la santé, à eux aussi on ferme les portes dans beaucoup de commissions et lors des discussions, même pour des problèmes qui les concernent personnellement. Et à titre de médecin, j'appuie un peu la suggestion qu'a faite mon collègue de l'assemblée, M. le député de Jacques-Cartier, en faveur d'un comité de négociations qui comprendrait en fait des représentants de l'assistance médicale ainsi que des représentants de l'optométrie, parce qu'en fait il faut dire que c'est un problème qui concerne l'optométrie. Mais sans faire régler des problèmes de l'optométrie par des médecins, même si la médecine est une science connexe, je ne pense pas que ce serait le meilleur moyen d'arriver à des solutions pratiques qui aboutissent à quelque chose. Actuellement, l'atmosphère est un peu viciée en ce qui concerne les ophtalmologistes et les optométristes. D'un côté, je pense qu'il y a du parti-pris aussi.

M. CLOUTIER: Est-ce que le député me permet une remarque? Voici comment était formé le dernier comité proposé le 28 mars 1969: « Que ce comité soit formé de personnes suivantes: M. le juge André Fabien, président de la commission, le docteur Gingras, président du Collège des médecins, M. Pierre Crevier, président du Collège des optométristes, M. Gilles-D. Bergeron sous ministre, membre de la commission de l'assistance médicale, M. Godfrey Gourdeau, comptable, membre de la commission de l'assistance médicale, le docteur Bergeron, vice-doyen de la faculté de médecine de l'université Laval. »

Alors, je pense qu'il y a là des représentants du Collège des optométristes, il y a des représentants de la commission de l'assistance médicale et ils ne sont pas des médecins. Il y a un administrateur, il y a un comptable, il y a le Collège des médecins, il y a un juge et le vice-doyen de la faculté de médecine. Je pense qu'il y a là un comité représentatif, et assez bien équilibré quant aux disciplines et aux professions qui y sont représentées. Je crois qu'avec un instrument de travail comme celui-là, nous sommes capables de trouver une solution aux problèmes soulevés.

M. TREMBLAY (Montmorency): Je con-

viens que la composition de cette commission est excellente, mais en fait l'expérience parlementaire que nous avons de toutes ces commissions qui sont créées dans différents domaines, nous avons parfois l'impression que c'est pour retarder les solutions aux problèmes existants plutôt que pour activer des solutions possibles.

Est-ce que cette commission va siéger suffisamment souvent et est-ce que des délais raisonnables ont été donnés à cette commission pour produire des solutions à ce problème qui existe entre l'optométriste et l'ophtalmologiste en particulier? Est-ce que le mandat de cette commission s'étend? Est-ce que c'est une commission permanente? Et est-ce que le mandat de cette commission s'étend sur une période indéfinie de temps?

M. CLOUTIER: Il est ordonné en conséquence sous la proposition du ministre de la Santé qu'une commission soit formée dont le mandat sera d'étudier tous les aspects et tous les problèmes que soulève la dispensation des services visuels au Québec.

M. SAINT-GERMAIN: Bien voilà, M. le Président, les modalités.

M. CLOUTIER: Que la commission fasse rapport d'ici trois mois, cela est le 28 mars 1969. Trois mois cela nous conduit, juin. Je pense que trois mois c'est un délai raisonnable, pour des hommes qui veulent trouver des solutions aux problèmes. En juin 1969, nous aurions été en possession d'un rapport produit par cette commission et je crois que cela aurait été la solution des problèmes.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, est-ce que vous pourriez me faire parvenir la documentation...

M. CLOUTIER: Certainement.

M. SAINT-GERMAIN: M. le Président, je vous dis que je ne tiens absolument pas à continuer le débat. Mais justement M. le ministre a surtout attaché de l'importance aux membres de la commission, mais le mandat de la commission... Que dit le mandat de la commission? C'est pratiquement une commission d'enquête comme on a fait pour les chiropraticiens, par exemple. Pour quelle raison l'optométrie laisserait-elle une commission étudier son comportement lorsqu'elle a sa corporation et sa loi bien définies et bien ordonnées. C'est une enquête générale sur les problèmes de l'optomé-

trie. Mais pourquoi faire une enquête générale?

M. CLOUTIER: Je ne voudrais pas interrompre le député, mais est-ce que les soins que dispensent les ophtalmologistes et les optométristes ne s'appliquent pas, en grande partie, à la même clientèle? Est-ce qu'ils s'occupent pas chacun un champ bien précis dans le domaine de la santé et où ces deux groupes de professionnels se rencontrent chez les mêmes patients?

M. SAINT-GERMAIN: Certainement.

M. CLOUTIER: Ne serait-il pas utile...

M. SAINT-GERMAIN: Pas chez les mêmes patients nécessairement, absolument pas.

M. CLOUTIER: Je ne suis pas médecin, mais il m'apparaît évident que cette étape d'une table ronde avant l'entrée des optométristes dans les régimes d'assistance médicale ou d'assurance-maladie, cela me paraît une étape normale, une discussion de trois mois, un mandat de trois mois a été confié à la commission. Cela me paraît une demande logique et raisonnable pour résoudre certains problèmes qui divisent ou qui empêchent ces deux professions de s'entendre sur les principes de base.

Je reviens encore une fois à l'affirmation que j'ai faite. J'espère que les deux professions concernées voudront collaborer pour résoudre les problèmes, et, ensuite, cela nous permettra de faire des pas de plus en répondant favorablement aux demandes des optométristes.

M. SAINT-GERMAIN: Il faut tout de même admettre que les optométristes n'ont pas passé par toutes ces commissions, et toutes ces études n'ont pas été faites dans les autres provinces où les autorités en sont arrivées au but direct.

C'est une profession, les optométristes, ils ont une corporation et ils ont une loi, ils ont des responsabilités et des droits bien définis. Pourquoi recommencer pas une commission en vue de l'intégration des optométristes dans l'assistance médicale? Pourquoi reprendre le problème à sa base?

M. CLOUTIER: Je dirai au député de Jacques-Cartier: Pourquoi ne pas faire un essai loyal de cette formule? Il y a une limite de trois mois; cela ne me paraît pas exagéré. Et s'il n'y a absolument pas possibilité d'entente, là le gouvernement interviendra à ce moment-là pour

prendre ses responsabilités et offrir une solution.

Mais je veux dire au député que pour résoudre, pour régler la difficulté qui s'était présentée aux unités sanitaires, nous avons fait, à ce moment-là, des tables rondes.

Et je veux souligner de façon particulière le travail du ministre d'Etat, le député de Dubuc, qui a reçu, à de nombreuses nombreuses reprises, tous les groupes d'optométristes; il a consacré de nombreuses heures à ce problème. Avec nos fonctionnaires, il a apporté beaucoup de temps à la rédaction et à la préparation de ces arrêtés en conseil; il a eu des rencontres, des discussions avec des groupes d'optométristes, des discussions avec des ophtalmologistes, et il a essayé depuis de nombreux mois de faciliter le règlement de ces problèmes.

Mais dès la première table ronde qui a eu lieu entre les ophtalmologistes et les optométristes — d'ailleurs, il n'y a pas eu d'autres réunions, c'est la seule fois où ils se soient assis à la même table — on n'a pas poursuivi les pourparlers. On peut nous dire que le mandat est large, mais qu'on nous en fasse la preuve par une discussion ou un début de discussion, qu'on nous en fasse la preuve à une table de négociations ou à une table de discussions. Si nous constatons que ce mandat est trop large et qu'il n'y a pas possibilité pour ces groupes de s'entendre, eh bien, le gouvernement imposera une solution à ce moment. Mais il répugne au ministre de la Santé et à ses collaborateurs d'imposer des solutions à des groupes qui s'intitulent des professionnels. Je pense qu'ils devraient être assez bien formés et assez conscients de leurs responsabilités pour trouver eux-mêmes des solutions, même si les problèmes sont difficiles.

M. SAINT-GERMAIN: De toute façon, les optométristes pourront prendre connaissance du journal des Débats. Nous avons pris connaissance du journal des Débats de l'an dernier et les choses ne se sont pas déroulées telles que dites, parce que le comité qu'on nous avait promis n'a jamais siégé. Lorsqu'on l'a modifié, on a changé les buts du comité. Enfin, puisque nous en sommes rendus là, comme je le disais, les optométristes pourront prendre connaissance des faits et juger s'il y a lieu de poursuivre les discussions.

M. LE PRÉSIDENT: L'honorable député de Notre-Dame-de-Grâce a montré beaucoup de patience en attendant son privilège de prendre la parole.

M. TETLEY: Merci, M. le Président. J'espère que les débats sur la question des voeux sont terminés, parce que je voudrais soulever, comme Je l'ai dit hier soir, des questions d'ordre général et surtout au sujet de votre budget, M. le Ministre, qui est de presque \$700 millions, soit \$696,096,900, somme énorme. Ma première question: Avez-vous des prévisions pour l'an prochain? Par exemple, l'an dernier le budget était de l'ordre de \$643 millions; cette année, \$696 millions. Avez-vous des prévisions pour l'an prochain?

M. CLOUTER: Le député veut dire pour l'exercice 70/71?

M. TETLEY: Oui.

M. CLOUTIER: Nous faisons, au ministère, des projections pour les années qui suivent immédiatement celle que nous étudions. Il est normal que, dans ces projections, nous examinons surtout les postes importants des dépenses du ministère de la Santé. Les postes qui retiennent davantage notre attention sont: l'assurance-hospitalisation, qui prend cette année \$506 millions sur \$696 millions, le poste des maladies mentales qui demande \$93 millions sur le total. Nous avons là \$600 millions environ qui sont consacrés à ces deux postes sur un total de \$696 millions.

Et nous savons que dans l'assurance-hospitalisation, en particulier, et dans le traitement des maladies mentales, la majorité de ces dépenses, pour ne pas dire la totalité est consacrée aux institutions hospitalières, soit dans le domaine général soit dans le domaine psychiatrique.

A même ces sommes consacrées aux hôpitaux, la majorité des dépenses, je vous avancerai qu'un chiffre de 75% est constitué par des salaires. Nous savons que les conventions collectives sont négociées pour... La dernière convention négociée prenait effet le 1er juillet 1966 et s'est terminée le 1er juillet 1968; donc elle couvrait une période de deux ans. La convention qui est présentement en négociation couvre une période de trois ans. Donc, nous pouvons dire que nous avons une bonne projection au ministère de la Santé par les salaires qui sont négociés dans la convention collective, nous avons une bonne projection sur les coûts des trois années à venir y compris l'année en cours. Ceci représente 75% du budget de l'assurance-hospitalisation et du poste des maladies mentales. Quant aux autres coûts, la différence de 25%, ils suivent l'augmentation normale des

coûts tenant compte de l'augmentation du coût des services dans les institutions.

M. TETLEY: M. le Ministre, avez-vous un chiffre pour l'année 1970-71, approximativement pour le budget global de votre ministère?

M. CLOUTIER: Nous n'avons qu'à prendre l'augmentation des traitements, l'augmentation statutaire comprise dans la convention collective, et ceci représente 75% du coût global de la dépense, et l'augmentation du coût des services.

M. TETLEY: Je comprends.

M. CLOUTIER: Ce que Je voudrais expliquer au député c'est qu'une partie de cette augmentation est presque automatique et qu'on la connaît à ce moment-ci parce qu'elle est négociée à l'intérieur d'une convention collective. A partir du moment où la convention collective est signée, nous ne sommes plus maîtres de cette augmentation. Nous la connaissons, elle est automatique pour l'année suivante.

M. TETLEY: Oui. Si je comprends bien la réponse de l'honorable ministre, il est facile de calculer à peu près au moins 75% du budget pour l'année prochaine, etc.

La raison pour laquelle je soulève la question, c'est parce que le budget total de notre province a subi une augmentation de 13% à 14%, et votre ministère, je l'ai calculé, cela ferait 8.2%. C'est très important, depuis deux ou trois ans d'inflation, que les dépenses n'augmentent pas. Je crois que le seul moyen est le système qu'emploie la province d'Ontario pour éviter des augmentations. Cette province prépare des plans non pas à l'année ou pour deux ou trois ans, mais des plans quinquennaux. Le gouvernement fédéral l'a fait et a subi tout simplement une augmentation de son budget global de 9.5%; l'Ontario l'a fait pour la première fois cette année, et elle a subi tout simplement une augmentation de 7.5%. Je voudrais signaler que le trésorier de la province d'Ontario, dans son discours du budget — il n'y a pas de ministre des Finances en Ontario, c'est un trésorier, un M. McNaughton, — merci au député de Baldwin du renseignement — M. MacNaughton a expliqué comment l'Ontario avait coupé ses dépenses.

Je voudrais lire deux phrases de son discours du budget, à la page 1804, en date du 4 mars 1969:

« To achieve our prime objective of containing expenditures growth, we have undertaken the most extensive and intensive examinations

of expenditures program, in the history of this Province.

As a first stage, all departments and agencies were instructed to prepare detailed expenditure forecasts for the Five-Year period 68/69 to 72/73. » Et le résultat, à la page 1805: « I would like to point out that our achievement in holding expenditures to a 7.5% increase for 69/70 is considerably better than the Federal Government's record of 9.5% ».

Je crois que c'est le seul moyen. Autrement, s'il n'y a pas de plan quinquennal, vous aurez peut-être un hôpital et pas d'argent pour les soins des opticiens, ou ceux des médecins ou ceux des optométristes même.

Par exemple, je note qu'au poste budgétaire 13, vous avez coupé cette année: subventions pour construction d'hôpitaux et pour autres fins, de \$29,600,000 elles ont été réduites à \$28 millions. Une telle réduction aux subventions pour construction d'hôpitaux peut être très grave s'il n'y a pas de prévisions exactes pour les années à venir en vertu de la population et du budget. C'est un commentaire que je voudrais faire, M. le Ministre, même si je ne suis pas un spécialiste, c'est une suggestion. Peut-être que l'Ontario et le gouvernement fédéral dans ce domaine des plans quinquennaux ont un programme ou une pratique que le Québec doit au moins étudier.

M. CLOUTIER: Je crois bien que le plan quinquennal auquel réfère le député, plan quinquennal en Ontario et au gouvernement fédéral, est établi pour tout le gouvernement. Je crois que c'est ce qu'a voulu dire le député.

M. TETLEY: Imposé par le ministre des Finances.

M. CLOUTIER: Non pas seulement pour le ministère de la Santé, mais pour tout le gouvernement.

M. TETLEY: Pour tout le gouvernement.

M. CLOUTIER: Bon! Disons que du côté de Québec, — je ne voudrais pas interpréter ici la politique du ministère des Finances, je ne voudrais pas non plus m'ingérer dans la programmation budgétaire du ministère des Finances, — j'ai constaté au cours de mon travail avec eux que de plus en plus ici aussi au Québec, ceux qui ont la responsabilité de préparer le budget de la province doivent faire des projections dans l'avenir. Il est normal que l'on prenne des périodes de cinq ans.

En ce qui concerne le ministère de la Santé

— j'y reviendrai quand ce sera le ministère de la Famille — nous aussi, avec la partie importante du budget qui est consacrée aux salaires, J'ai dit tout à l'heure que ça représentait une grosse partie des \$600 millions, soit 75%. Donc \$450 millions sur \$600 millions consacrés aux hôpitaux sont des salaires.

Alors déjà nous avons là une projection de trois ans. Il nous est possible, je pense bien, de faire aussi une projection additionnelle, pas nous seuls au ministère de la Santé, mais en collaboration avec le ministère de la Fonction publique et en collaboration avec le ministère des Finances qui établissent la politique salariale et la politique de rémunération du gouvernement, et d'aller même au-delà des périodes des conventions collectives.

Alors déjà, au ministère de la Santé et au ministère de la Famille, nous avons déjà résolu une partie importante de l'établissement et de la programmation d'un plan quinquennal.

Quant aux autres dépenses, les \$150 millions qui s'appliquent aux hôpitaux, elles correspondent à d'autres services. Nous pouvons, là également, par des projections dans d'autres secteurs, en les rapprochant du secteur de la santé et du secteur de la famille et du bien-être, du secteur Institutionnel, prévoir quelles peuvent être sur une période, disons de la convention collective aussi, de trois ans, les augmentations en pourcentage de coût pour ces services en se basant sur l'augmentation du coût de la vie, l'augmentation normale du coût des services, etc.

A même ces services, il y a là aussi, surtout quand ils sont donnés à des traitants ou à des sous-traitants, des augmentations de salaire incluses dans ces augmentations de coût.

Alors, je crois que, pour ce qui concerne au ministère de la Santé et au ministère de la Famille, nous avons en main assez d'éléments qui nous permettent d'établir le plus Juste possible, de façon la plus raisonnable possible, tenant compte qu'il y a des facteurs externes et la modification de l'économie qui peuvent exiger que nous corrigions ces calculs. Je pense que nous pouvons les établir avec une marge appréciable d'exactitude. De toute façon, c'est la tendance de tous les ministères maintenant à faire des projections pour une période de temps. J'ai parlé d'une période de trois ans en ce qui nous concerne pour les conventions collectives, mais il n'y a aucune objection à ce que nous fassions de la planification sur une période de cinq ans.

Le député a mentionné qu'il pouvait y avoir une diminution à certains postes. Voilà, au poste des subventions spéciales et des subventions

à long terme, il y a une partie importante qui est pour des remboursements d'obligations, d'échéances obligatoires et des intérêts. On sait qu'à certaines années il y a plus d'échéances que d'autres années. C'est ce qui explique que ce poste de \$27 millions ou de \$28 millions peut varier en plus ou en moins selon les années, selon les échéances qui arrivent à terme ces années-là.

M. TETLEY: Merci. Le député de Robert Baldwin voulait soulever que parfois ces dépenses sont déterminées par des élections. Je vais laisser passer cela.

M. SEGUIN: Non, je ne fais aucune insinuation sur une élection possible.

M. CLOUTIER: Je dirai au député de Baldwin que ce poste-là n'est certainement pas influencé par les élections parce qu'il est influencé par l'émission d'obligations qui est faite, à ce moment-là, pour une période de dix ou vingt ans, sans présumer de ce qui peut se passer.

M. SEGUIN: Et ces mêmes projets, vous l'admettez, sont parfois influencés par des raisons politiques et c'est pour cela qu'à tous les trois ou quatre ans, on peut voir dans un budget, à ce poste-là, des changements qui se font à la baisse à certains moments et à la hausse à d'autres moments. C'est un cycle qui se continue. Je ne fais pas de reproche pour le moment ni pour ce budget-ci, mais normalement, au Parlement ou dans un gouvernement, on trouve cette situation.

M. DEMERS: Nous ne voyons pas cela.

M. CLOUTIER: M. le Président, si ces chiffres-là étaient...

M. SEGUIN: Si vous faisiez une historique, vous verriez probablement que ces montées-là se font à tous les quatre ans, mais sur une période de vingt ans.

M. CLOUTIER: Disons que nous en ferons un étude spéciale, mais je ne suis pas convaincu qu'il y ait une affinité aussi étroite entre des périodes électorales et l'établissement de ce poste du budget.

M. TETLEY: M. le Président, dans le même ordre d'idée, je voudrais savoir si possible, combien de fonctionnaires vous avez à votre ministère, disons au 31 mars 1969 ou à une date quelconque, et combien de fonctionnaires vous aviez l'année précédente à la même date.

M. CLOUTIER: Au 1er avril 1968, M. le Président, nous avons 2,154 postes autorisés.

M. TETLEY: Pardon?

M. CLOUTIER: Ces 2,154. Au premier avril 1969, nous en avons 2,231, donc une augmentation de 77.

M. GOLDBLOOM: Ce sont des postes autorisés?

M. CLOUTIER: Des postes autorisés. Je vais vous donner les postes vacants. Au premier avril 1969, nous avons 378 postes vacants dont 224 étaient en voie d'être comblés, parce que les procédures étaient en cours; il en reste 154 à combler.

M. TETLEY: Merci. Une troisième question dans le même ordre d'idée, M. le Ministre. Le ministre des Finances, durant le débat budgétaire, le 29 mars, a déposé une charte sommaire indiquant le cheminement des étapes à franchir, etc., pour la mise en place d'un régime universel d'assurance-maladie. On trouve cette charte sommaire à la page 1,138. Une des tâches qui devait être terminée à la fin du mois de mai, dans sept jours, c'est le numéro deux, mode de financement du régime.

Je vous demande d'abord si c'est de votre domaine; si oui, est-ce que le gouvernement a finalement trouvé le mode de financement de ce régime? Parce que, vous savez, le marché d'obligations est tellement élevé. J'aimerais connaître ce mode de financement.

M. CLOUTIER: Il y a deux parties au mode de financement. D'ailleurs, cela a été annoncé par le ministre des Finances, au soir du discours du budget. Il a annoncé qu'une partie sera financée par les employeurs, l'autre partie par les employés. Cela représentait une somme de \$150 millions, si ma mémoire m'est fidèle. Les autres \$135 millions seraient à négocier avec le gouvernement fédéral, c'est-à-dire selon les principes et les critères énoncés à ce moment-là dans le discours du budget.

Le taux de contribution a été donné, sauf erreur, par le ministre des Finances, le taux qui sera exigé des employeurs et des employés. C'est ça, le mode de financement, M. le Président, et je crois qu'il est bien établi. Quant au mécanisme de perception, ce sont là des modalités du régime qui feront l'objet d'articles dans la législation; elles feront aussi l'objet de l'instauration d'un mécanisme administratif dont la

responsabilité, je crois bien, relèvera du ministère du Revenu, étant donné que, pour la perception des primes, c'est le ministère du Revenu qui, actuellement, est équipé pour ce faire. Il les perçoit pour le régime des Rentes du Québec.

Il ne faudrait pas monter deux régimes parallèles de perception de primes. Je crois que le ministère du Revenu pourra s'acquitter de cette tâche.

M. TETLEY: Donc, si je comprends bien votre réponse, M. le Ministre, la somme totale va être payée soit par les contribuables de la province ou par le fédéral. Aucun emprunt de financement...

M. CLOUTIER: Aucun emprunt... C'est un régime qui, comme l'assurance-hospitalisation, doit se payer chaque année. Il n'est pas question, pour des dépenses de consommation, de faire des emprunts comme on le fait pour des dépenses d'investissement pour la construction d'hôpitaux. Le coût annuel du régime devra être financé en entier l'année même, non pas au moyen d'emprunts, mais au moyen de contributions.

M. TETLEY: Donc, la deuxième étape pour laquelle le fédéral paie la moitié ou presque la moitié est-ce que le fédéral a accepté cet arrangement?

M. CLOUTIER: M. le Président, je ne peux pas dire qu'il a accepté ou qu'il a refusé, nous sommes en négociations. Le ministre des Finances a déclaré que nous allions exiger du gouvernement fédéral le retrait de ce domaine de l'assurance-maladie, du domaine de la santé, pour que nous ayons en compensation, la somme qui revient au Québec, et cette somme est estimée, pour l'année, à \$110 millions. D'ailleurs, c'est aussi cette somme que nous prétendons que le fédéral vient prélever dans le Québec au moyen de la taxe de 2%, taxe dite de progrès social.

M. TETLEY: Je ne veux pas prolonger le débat, M. le Président, mais c'est exactement ma question. Je crois que M. Benson, le ministre des Finances du Canada, a déclaré récemment que le système de financement proposé par notre ministre des Finances, l'honorable Dozois, est inacceptable pour le Canada, et vous n'avez aucune intention d'accepter une modification à la loi fédérale. Suivant votre charte sommaire de cheminement, vous n'avez plus que sept ou huit jours pour trouver une solution devant une

telle déclaration du ministre des Finances et moi, je pense que cela va mal.

M. CLOUTIER: M. le Président, je n'ai pas ici le texte de la déclaration de M. Benson. Autant que je me souvienne — je ne voudrais pas déformer ses paroles, je ne voudrais pas mal interpréter sa pensée — mais ce que M. Benson a dit qu'il avait l'intention de rembourser aux provinces des fonds mais pour autant qu'elles auraient sur pied un régime d'assurance-maladie conforme à la législation fédérale. Mais nous disons au gouvernement fédéral et à M. Benson en particulier: Nous avons l'intention d'instaurer un régime d'assurance-maladie conforme aux critères de la législation fédérale. Nous disons également que déjà le fédéral cette année, en venant chercher dans le Québec une somme de \$110 millions, devrait, sans condition, rembourser au Québec, sous une forme ou sous une autre, cette somme qu'il est venu percevoir chez nos contribuables pour fins d'assurance-maladie.

M. Benson n'a pas dit, à ma connaissance, que le système de financement proposé par le Québec n'était pas acceptable. En ce qui concerne le financement par système de primes, chez les employeurs et chez les employés, je ne sais pas que ce système-là ne soit pas compatible avec la législation fédérale.

En ce qui concerne les \$135 millions, il est clair qu'il y a là une négociation importante à poursuivre entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec, et c'est cette mission délicate et difficile que l'on m'a confiée et que je tenterai, M. le Président, de mener à bien.

M. TETLEY: J'ai ici un compte-rendu de la déclaration de M. Benson, dans la Gazette de Montréal, le 1er mai 1969, c'est intitulé: « No medicare deal to be made Quebec. There will be no special deals for the Province of Quebec when it enters the national Medicare plan. Finance Minister E. J. Benson made it clear yesterday that Quebec must meet the government's medicare requirements or forfeit federal contributions to the province's medical scheme.

« Speaking to newsmen, the finance minister turned down in advance any Quebec proposal that would involve the immediate transfer of tax points to the province as compensation for federal payments. » Etc.

Cela, c'était le 1er mai, le premier jour de votre charte d'acheminement. C'est pourquoi je crois que tout le monde est inquiet. Nous voulons savoir d'où vient l'argent surtout parce que le contribuable en paie déjà une grande par-

tie. Si le fédéral ne paie pas le reste, comme je viens de le dire, cela va mal.

M. CLOUTIER: Les négociations que nous ferons avec le gouvernement fédéral ont précisément pour but de statuer sur cette somme de \$165 millions que le gouvernement fédéral vient chercher dans le Québec actuellement sous le couvert d'une taxe de progrès social et que nous nous disons appartenir aux Québécois. C'est cette somme de \$165 millions que nous voulons rapatrier; nous voulons que le gouvernement nous rembourse. C'est une somme comptabilisée d'ici le 1er juillet 1970.

Il n'y a pas de difficultés avec le gouvernement fédéral après le 1er juillet 1970 quant au rapatriement des fonds pour autant que notre régime d'assurance-maladie est en vigueur, pour autant qu'il est compatible avec la législation fédérale, les quatre critères, il n'y a pas de difficultés, à ce moment-là, de financement du régime. Mais là où il y a difficulté, c'est que nous disons que, dès maintenant, ces sommes, que le gouvernement fédéral a imposées aux contribuables du Québec sous le titre « Impôt de progrès social » et qui représentent \$165 millions, nous disons qu'elles devraient être remises aux Québécois, au gouvernement du Québec qui l'utilisera inconditionnellement étant donné que le champ de la santé est un champ de responsabilité provinciale, pour répondre aux besoins des citoyens et des contribuables du Québec.

Donc, il n'y a pas de difficultés après le 1er juillet 1970. Le problème, il se situe d'ici le 1er juillet 1970 parce que nous voulons récupérer une somme qui nous appartient et que M. Benson dit ne pas vouloir rembourser au Québec parce qu'il n'y a pas, actuellement, en place, un régime d'assurance-maladie.

M. GOLDBLOOM: Il y a une question très importante qui se pose à ce moment-ci. Est-ce que l'instauration du régime d'assurance-maladie est certaine, définitive, pour le 1er juillet 1970 ou est-ce qu'elle est conditionnelle, conditionnée par le résultat de ces négociations délicates que le ministre entreprend présentement avec le ministre fédéral des Finances?

M. CLOUTIER: Non. L'établissement du régime d'assurance-maladie n'est pas conditionné au succès des négociations parce que, comme je l'ai dit tantôt, à partir du 1er juillet 1970, pour autant que le régime du Québec est compatible avec la législation fédérale, il n'y a pas plus de problèmes pour le Québec qu'il y en a pour les autres provinces.

Il y a d'autres questions en jeu dans la négociation comme « l'opting out », le retrait des programmes conjoints à frais partagés. C'est une autre question. Il y a une autre question en discussion et en négociation, c'est le rapatriement de ces \$165 millions qui sont les sommes correspondant à l'assurance-maladie dans le Québec pour une période se terminant le 1er juillet 1970.

M. TREMBLAY (Montmorency): La régie de la santé, M. le Ministre, qui doit être formée, est-ce que c'est pour bientôt? Cette régie de santé que vous voulez créer en vue de l'application de l'assurance?

M. CLOUTIER: J'ai dit hier, au début de la séance, que c'était pour très bientôt et, ce matin, en appendice au feuilleton de la Chambre, il y a un avis qu'un projet de loi créant une Régie de l'assurance-maladie serait déposé.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, j'aimerais revenir au sujet que nous discutons tout à l'heure, celui du financement du régime d'assurance-maladie. Je me permets de citer les paragraphes pertinents du discours du budget pour que nous discutons précisément de ce dont il s'agit.

Je cite la page 1122 du journal des Débats du mardi 29 avril: « Quant à nous — c'est M. Dozois qui parle — nous avons opté pour une formule de contribution à laquelle participeront les individus et les employeurs. Ces contributions qui seront versées à la future régie seront perçues de la façon suivante: A) Chaque contribuable dont le revenu est supérieur à \$4,000, dans le cas de personnes mariées, et à \$2,000, pour un célibataire, verserait une contribution de 8/10 de 1% de son revenu net avec maximum de \$125; B) Les employeurs contribueraient également 8/10 de 1% de leur bordereau de paie. Le total de ces contributions s'élèverait à \$150 millions dont — et j'insiste sur ces mots — la moitié proviendrait des employeurs et l'autre moitié, des particuliers. »

Ma question est celle-ci: Si le ministre des Finances a déclaré avec précision que la moitié viendrait de l'employeur et l'autre moitié, de l'employé, qu'est-ce qui arrive à celui qui n'a pas d'employeur? Est-ce que comme dans le cas d'autres régimes que nous connaissons, celui-là sera appelé à payer le double de celui qui a le bonheur de se trouver l'employé d'une entreprise qui a un bordereau de paie bien constitué et qui verse 8/10 de 1% pour contribuer à l'assurance-maladie de tous ses employés?

M. CLOUTIER: Ce seront des modalités qui

seront annoncées probablement dans la discussion qui entourera la création de la Régie de l'assurance-maladie.

M. GOLDBLOOM: Peut-être le ministre s'en rappelle-t-il, j'ai déjà souligné le cas d'un monsieur qui était assuré... et le sera toujours s'il peut reprendre son travail à l'usine où il était employé... Mais, pendant la période où il n'était pas au travail — parce qu'on avait laissé un certain nombre d'employés en chômage temporaire — pendant cette période de temps, il se trouvait à ne pas être assuré, parce qu'il aurait dû payer, non seulement sa propre contribution à même la paie qu'il ne recevait pas, mais aussi la contribution de l'employeur.

Il faut absolument, puisque nous procédons à un système de contributions de cette nature, que personne ne perde son assurance-maladie à cause d'une telle situation. Je crois que les modalités que le ministre se propose de nous expliquer très prochainement à l'occasion du débat sur la loi qui créera la régie, ces modalités sont d'une importance capitale pour la population. Ce mécanisme me devrait pas exposer qui que ce soit à la possibilité de perdre son assurance-maladie, qui, dans l'optique du gouvernement, est une assurance universelle...

M. CLOUTIER: C'est cela.

M. GOLDBLOOM: ... qui devra demeurer universelle, qui devra être conservée par chaque citoyen, même en période de chômage et qui, à mon avis, devrait également tenir compte de la situation économique, de la situation de chaque personne quant à ses relations avec un employeur possible. Donc, celui qui n'a pas d'employeur ne devrait pas se trouver pénalisé par ce fait.

M. CLOUTIER: M. le Président, il est entendu que c'est un régime universel. Le député vient de le dire. Universel veut dire que toute la population est couverte. Pour être logique, il faudra que le gouvernement, dans ses modalités, s'assure que, quel que soit l'emploi, quel que soit l'endroit et quel que soit le temps, tous soient couverts par le régime d'assurance-maladie. Il faudra que les modalités que nous allons élaborer tiennent compte de ces changements d'emploi et de cas similaires à celui que vient de mentionner le député.

M. GOLDBLOOM: Donc, M. le Président, le financement basé sur les contributions que je viens de mentionner, devra comporter un élément qu'on pourrait appeler « assurance-chômage », c'est-à-dire que les contributions faites pendant la période où la personne travaille,

devraient comporter un léger surplus qui servirait à maintenir la protection en cas de chômage.

M. DEMERS: C'est comme l'assurance-maladie que nous avons lorsque nous sommes malades.

M. CLOUTIER: Le député pourra faire un rapprochement, peut-être, avec le régime de rentes. Le contribuable, dans le régime de rentes, qu'il soit un salarié ou qu'il soit un travailleur autonome, est couvert par ce régime de rentes. C'est le même principe dans l'assurance-maladie, qu'il soit un travailleur salarié ou qu'il soit un travailleur autonome, il contribuera au régime d'assurance-maladie, par sa prime, et sera couvert par le régime d'assurance-maladie. Il y a cette partie que l'on appelle les assistés sociaux, les économiquement faibles dont le coût du régime actuellement est assumé par le gouvernement et dont le coût, à l'avenir, également, aussi, sera assumé par le gouvernement.

M. GOLDBLOOM: Je souligne, M. le Président, qu'il y a beaucoup de polices d'assurance-vie qui comportent, moyennant un très léger supplément, une protection qui maintient le paiement des primes dans le cas du décès du père de famille. C'est dans ce sens-là que je suggère que les contributions devraient comporter des éléments de protection contre ces situations-là. Le ministre me répondra que peut-être dans certains cas, les personnes affectées soit par le chômage, soit par le décès du gagne-pain, tomberaient dans le régime d'assistance sociale. Ce n'est vraiment pas un moyen très satisfaisant.

M. CLOUTIER: En dernier recours.

M. GOLDBLOOM: En dernier recours. Il faut avoir à l'intérieur du système des recours automatiques bien avant cela.

M. CLOUTIER: De toute façon ce sont des modalités du régime sur lesquelles la régie, elle-même, aura à se pencher, méthodes de perception, méthodes de couverture. Dans ce travail d'élaboration, qui est complexe, la régie verra, avec le gouvernement et avec les experts qui travailleront à l'établissement du régime, à couvrir tous les citoyens, tous les contribuables.

M. SEGUIN: Un point assez important, dont on n'a pas fait mention, mais qui entre certai-

nement dans les cadres, tel que mentionné par le député de D'Arcy-McGee, ce sont tous nos gens qui sont à leur retraite, qui n'ont aucune possibilité d'augmentation de revenus durant cette période-là et qui sont retraités à un montant fixe. Encore là il n'y a pas d'employeur, à vrai dire, à moins qu'ils aient eu un plan de participation au point de vue hospitalisation ou de « medicare » qui aurait été porté en partie par leur ancien employeur. A certains moments ça se continue naturellement, mais en d'autres cas ça n'a pas existé. Aussitôt qu'on se trouve plongé dans un plan qu'on énonce et qu'on prévoit, il peut y avoir dans un cas semblable un coût assez exorbitant justement dans un cas où ces personnes ne peuvent plus retourner au travail et augmenter leur revenu.

Ils sont fixés. Certainement, dans ces cas-là aussi, il faudrait qu'il y ait des cas d'exception et des modalités qui ne tendraient pas surtout à augmenter ces coûts, justement à un moment où peut-être ces gens-là auront plus besoin de soins que d'autres. Ce ne sont pas des assistés sociaux, ils ne reçoivent absolument rien, mais ils doivent pouvoir bénéficier d'un service à bon marché justement parce qu'ils sont dans une camisole de force au point de vue du revenu.

M. CLOUTIER: La philosophie de la contribution est basée sur le revenu, soit le revenu du travail ou d'autres revenus si c'est un travailleur autonome ou si c'est une personne considérée comme retirée du marché du travail, qu'elle soit rentière ou autrement. Alors à ce moment-là, la contribution étant alignée sur le revenu, nous tenons compte de la capacité de payer du contribuable. Il y a un maximum de \$125 justement parce que c'est là la contribution d'assurance. Alors si c'est une assurance, eh bien, il y a forcément une limite à la prime, prime de contribution.

M. SEGUIN: Si je comprends bien, le plan exigerait de l'employeur qui paie la pension ou une pension à un ancien employé qu'il continue de contribuer dans la mesure de 8/10 de 1% du revenu qu'il paie à l'individu. Alors ce serait l'employeur qui paierait. On déduirait ça sur leur pension ou est-ce qu'il faudrait que ces compagnies-là paient un montant supplémentaire?

M. CLOUTIER: L'employeur contribue pour sa liste de paie. L'employé contribue sur son salaire si c'est un salarié et sur son revenu s'il n'est pas un salarié. C'est la formule de contribution et la formule de participation. C'est

en cela, je ne dis pas en tout point semblable, mais disons que ça s'inspire du même mécanisme que pour le Régime de rentes. Alors, à ce moment-là, on tient compte de la capacité de payer de l'individu. On en tient compte à plusieurs paliers parce que les assistés sociaux et les économiquement faibles ont certains avantages ou certains dégrèvements que n'ont pas les autres, et la contribution est alignée sur le revenu du contribuable.

M. SEGUIN: Mais si c'est basé strictement au point de vue du revenu, je suis d'accord. Mais, dans certains cas, vous savez, et c'est justement où on fait face à des problèmes au point de vue d'assistance sociale, lorsqu'on fait enquête on découvre que l'individu a une propriété peut-être de \$25,000 ou \$30,00, il a quelques actions dans certaines compagnies qui lui fournissent un revenu très modique, très minime, et on amasse tout ça avec le montant qu'il reçoit pour sa pension et c'est là qu'on dit: Bien toi, tu ne dois pas avoir d'assistance sociale. Tu ne dois pas avoir d'aide parce que tu n'es pas dans le « bracket » tu n'es pas dans le secteur qu'on doit favoriser. C'est pour éviter ça, parce qu'au point de vue d'assistance médicale, je pense que ce n'est pas de l'assistance sociale, ce n'est pas de la charité, c'est quelque chose auquel on contribue.

Alors, je reviens sur ce que le Dr Goldbloom mentionnait tout à l'heure. La pénalité qui pourra exister justement dans le cas où il n'y a pas de liste de paie, que la personne cesse d'être salariée et à perpétuité, peut-être, pour 25 ou 30 ans, elle sera prise dans cette situation-là.

M. COUTIER: Si elle a des revenus, si cette personne a des revenus, elle contribue selon ses revenus, sur la base du taux de contribution.

Si elle n'a pas de revenus, il y a d'autres mécanismes dont on a parlé tantôt. Si elle n'a pas la possibilité financière de payer sa prime, c'est là où l'Etat intervient par ses lois d'assistance sociale.

M. SEGUIN: Le tout est très complexe. Je pense qu'on ne résoudra pas...

M. CLOUTIER: Quand les modalités du régime seront établies, à ce moment-là, je pense que...

M. TREMBLAY (Montmorency): Est-ce que les cotisations vont être prélevées sur le salaire que recevra un individu? Par exemple, pour le Régime des rentes, nous payons une cotisation sur chaque salaire que nous retirons. Le député, le maire ou le médecin.

M. CLOUTIER: On entre là dans les modalités du régime. Alors, je ne voudrais pas ce matin, à titre personnel, énoncer des modalités auxquelles la régie et les experts gouvernementaux seront appelés à travailler. Alors, je ne voudrais pas, à titre personnel, statuer sur des modalités qui ne sont pas réglées et qui feront l'objet d'études additionnelles.

M. GOLDBLOOM: Est-ce que l'on doit comprendre que c'est la régie qui prendra les décisions quant aux autres éléments du financement du régime, comme la possibilité d'imposer une somme déductible, des frais payés directement par le malade à l'occasion de la visite, etc?

M. CLOUTIER: Non, la régie est un organisme administratif. Je crois, en pratique, qu'il serait logique que la régie soit appelée à donner son opinion sur des mécanismes administratifs ou des mécanismes qui n'impliquent pas nécessairement des discussions de principe, parce que les principes devront être établis par le gouvernement, principes de financement, principes de contribution, principes quant aux modalités principales. Je pense qu'elles devront être établies par le gouvernement.

M. GOLDBLOOM: Alors, si c'est le gouvernement qui prend ces décisions, est-ce que c'est à ce moment-ci ou à un autre moment que nous pourrions discuter avec le ministre ces considérations?

M. CLOUTIER: Non, je suis d'avis qu'il doit y avoir deux législations. Une pour la création de la régie et une pour les modalités du régime d'assurance-maladie.

M. GOLDBLOOM: Avant de quitter ce terrain, M. le Président, j'attire l'attention du ministre sur cette charte sommaire indiquant le cheminement des étapes à franchir pour la mise en place d'un régime universel d'assurance-maladie. Je note qu'il y a deux étapes, les étapes 2 et 8m, qui doivent se terminer — dans le cas de 8m, pour reprendre un peu plus tard, — à la fin du mois de mai.

L'étape 2 est le mode de financement du régime et l'étape 8m est la détermination par région des facilités physiques requises pour l'administration du régime en espace de bureau, ameublement et équipement.

Nous sommes aujourd'hui au 23 mai. Est-ce que dans les huit jours qui restent les deux étapes auront été franchies?

M. CLOUTIER: A l'étape 8m, M. le Prési-

dent, il s'agit de mise en place des structures et des mécanismes référant à l'administration du régime. Je crois qu'il y a là une responsabilité de la régie.

La législation est en appendice au feuilleton. Elle sera très semblablement déposée au début de la semaine, tout dépend des travaux de la Chambre. Elle sera probablement étudiée aussi au cours de la semaine prochaine. De toute façon, il faudra procéder assez rapidement.

M. GOLDBLOOM: Je l'espère. La régie devra faire diligence.

M. CLOUTIER: Je suppose que le député de D'Arcy-McGee fera le message de l'urgence au leader de l'Opposition afin que nos travaux de la Chambre puissent permettre l'accélération et la mise en place du mécanisme d'assurance-maladie.

M. GOLDBLOOM: Le ministre qui le dit avec le sourire n'est certainement pas méchant en le disant.

M. DEMERS: Il a un beau sourire.

M. GOLDBLOOM: D'autres questions sur...

M. CLOUTIER: Alors, M. le Président,...

M. GOLDBLOOM: Je pourrai dire, M. le Président, parce que je sais que le ministre a hâte de procéder aux débats sur les articles spécifiques, qu'il nous reste un seul domaine qui se rattache à l'implantation du régime d'assurance-maladie, celui de la formation et de la distribution du personnel, que nous voudrions traiter au début de la reprise de la séance. Après cela, ce sera poste budgétaire par poste budgétaire.

M. CLOUTIER: Très bien.

M. LE PRESIDENT: C'est ajourné à lundi, après la période des questions.

M. DEMERS: Lundi.

M. GOLDBLOOM: En principe, oui.

M. LE PRESIDENT: Après la période des questions.

M. GOLDBLOOM: Je souligne, M. le Président, que lundi il y a la commission de la présidence du conseil exécutif qui siégera sur le problème des enseignants. Celui qui vous parle en est membre et je crois que la plupart des députés sont intéressés.

Je me demande si c'est l'intention du gouvernement en général et du ministre en particulier de faire siéger cette commission en même temps que l'autre?

M. CLOUTIER: Je crois que le leader adjoint, le député de Maskinongé, a dit ce matin que dans l'ordre des travaux de la Chambre, que nous devons siéger lundi après-midi, ici en commission. Il y aura lieu de vérifier lundi si le même ordre du jour tient.

M. TREMBLAY (Montmorency): De la commission lundi après-midi.

M. DEMERS: C'est ça.

M. CLOUTIER: Alors, nous déterminerons lundi. Mais dans l'ordre des travaux annoncés, il y aurait séance de la commission.

M. GOLDBLOOM: Nous serons prêts de toute façon, mais nous aimerions quand même participer aux discussions sur l'autre problème.

(Fin de la séance: 12 h 55)

Séance du 26 mai 1969(Seize heures cinquante-cinq minutes)

M. MARTEL (président de la commission de la santé): A l'ordre, messieurs. Nous commençons la 4e séance des crédits de la commission de la santé. Au tout début, j'aimerais remercier le député de Berthier qui a eu la gentillesse de me remplacer si brillamment durant les trois séances précédentes. Nous continuons, cet après-midi, les questions d'ordre général, c'est-à-dire les discussions générales sur la santé. En même temps, M. le Ministre, je désire souhaiter la bienvenue à votre équipe. J'ose espérer que ces débats seront très fructueux!

M. CLOUTIER: M. le Président, je me fais l'interprète de tous les membres de la commission. Nous sommes heureux de vous voir assumer vos fonctions de président de la commission de la santé.

M. GOLDBLOOM: J'espère, M. le Président, que vous avez pris connaissance du journal des Débats, où il est marqué très clairement que le député de D'Arcy-McGee, au nom de l'Opposition, vous a souhaité un prompt rétablissement.

M. LE PRESIDENT: C'est sans doute pour cela que je me suis remis si rapidement!

M. GOLDBLOOM: Je disais, à la fin de la dernière séance, M. le Président, qu'il nous restait un sujet d'ordre général à toucher avant de procéder à la discussion des articles spécifiques du budget. J'ai dit qu'il s'agissait de la formation et de la distribution du personnel qui prodiguera les soins présentement offerts et qui seront offerts et payés par le régime d'assurance-maladie qui entrera en vigueur le 1er juillet. J'ai déjà eu l'occasion d'attirer l'attention du ministre, du gouvernement, sur le problème de la pénurie d'effectifs dans plusieurs domaines, non seulement dans certains secteurs de la médecine, mais dans d'autres domaines aussi. D'autres professions connaissent des pénuries assez sérieuses. Je prends le cas des dentistes. Nous n'en avons sûrement pas assez pour satisfaire les besoins de la population.

Il y a beaucoup d'autres domaines où nous devrions produire plus de personnel compétent, et nous ne l'avons pas fait. Il est à prévoir que la consommation des soins médicaux et autres connaîtra une certaine augmentation avec l'instauration du régime d'assurance-maladie. Il est bien connu que l'instauration d'un tel régime

amène une certaine augmentation, surtout la première année. Il est normal que ce soit ainsi. Nous croyons que ce régime est nécessaire, parce qu'il y a des citoyens qui se privent, jusqu'à un certain point, des soins professionnels de la santé; ils ne veulent pas accepter la charité absolue et ils ne sont pas en mesure, financièrement, de se permettre les soins privés qu'ils voudraient obtenir, qu'ils désirent, et dont ils ont besoin.

Donc, si nous libérons une certaine proportion de la population de ce fardeau financier, nous permettons une augmentation normale de la consommation des soins médicaux et des soins de la santé en général.

Nous savons, en outre, qu'il y a une augmentation qui est moins justifiée. L'on peut se prévaloir de ce qui est déjà payé, croyant que, ayant versé un certain montant, une certaine somme en prime ou en taxe, on a maintenant le droit de s'en servir à cœur joie. C'est un phénomène de la nature humaine dont on doit tenir compte aussi. Les deux raisons, l'une très valable, l'autre peut-être moins valable, contribueront à une augmentation de la consommation, donc une augmentation du besoin de personnel compétent.

Déjà nous connaissons une pénurie, nous connaissons des difficultés que frappent certaines personnes quand elles cherchent à se faire soigner.

Je suis obligé de dire que je ne suis pas impressionné, jusqu'à ce moment, par les efforts qui se font pour augmenter le production des effectifs de la santé.

Je ne prétends pas que c'est uniquement le ministère de la Santé qui devrait prendre l'initiative, mais je prétends que, si les professions elles-mêmes, si les institutions d'enseignement qui forment les effectifs elles-mêmes ne prennent pas l'initiative, c'est certainement la responsabilité du ministre de la Santé de voir à ce que les responsables — ceux qui sont directement responsables — prennent leurs responsabilités et agissent de façon à produire le personnel dont nous avons besoin.

M. CLOUTIER: M. le Président, le député de D'Arcy-McGee touche là un point extrêmement important dans le domaine de la santé. Le député a dit, à la fin de son intervention, que la seule responsabilité de la formation des effectifs médicaux n'appartenait évidemment pas au ministère de la Santé. Le ministère de l'Education est certainement impliqué au même titre et peut-être même plus que le ministère de la Santé. Il y a aussi les institutions, qu'elles soient de degré universitaire ou de degré collé-

gial qui, elles aussi, ont à répondre à ce besoin de formation dans le domaine de la santé.

Le ministre d'Etat, le député de Dubuc, pourra enchaîner à la suite de ces quelques remarques que je voudrais faire puisqu'il a des contacts fréquents avec le ministre de l'Education à ce sujet. Et nos deux sous-ministres, le sous-ministre à la Santé et le sous-ministre à l'Education ont souvent l'occasion, au cours de réunions et de comités spéciaux — comités auxquels siègent le ministre de l'Education et le ministre de la Santé et les universités, (faculté de médecine) — de se pencher régulièrement sur ce problème de formation des effectifs.

Il y a également ce comité dont on a parlé depuis le début de l'étude de nos prévisions budgétaires, ce comité des sciences de la santé qui, lui aussi, vient ajouter ses efforts à ceux des autres groupes ou des autres organismes qui s'occupent de ce problème.

Il y a aussi, du côté de la formation des médecins, cette nouvelle faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke qui s'occupe de formation et qui compte cette année 32 étudiants en médecine. Il y a également l'Université du Québec qui, dans ce domaine-là, je l'espère, prendra des initiatives.

Alors, je crois que le ministre d'Etat, le député de Dubuc, pourrait élaborer quelque peu sur ce sujet de la formation des effectifs dans le domaine de la santé.

M. BOIVIN: En ce qui regarde la formation des médecins, ça relève évidemment, de nos universités. L'université Laval, l'Université de Montréal, l'université McGill, l'Université du Québec, et l'Université de Sherbrooke, qui font un effort considérable pour augmenter leurs effectifs.

Il y a aussi une autre source. C'est que la Loi de l'immigration verra à diminuer les années nécessaires pour donner la citoyenneté. Cela pourra nous apporter des effectifs considérables, effectifs formés, évidemment, par d'autres universités. Ceci peut nous fournir un certain nombre de médecins qui coûteraient très peu cher à la province.

En ce qui concerne la formation des infirmières et de tout le personnel, nous avons actuellement les infirmières qui nous viennent des CEGEP, où les inscriptions sont beaucoup plus nombreuses qu'ailleurs.

J'ai certaines craintes au sujet de cette formation donnée par les CEGEP, et toute la profession médicale est bien consciente d'un certain danger que représentent ces gens qui seront formés complètement en dehors du milieu hospitalier. Je comprends que nous recevons

ces élèves dans nos hôpitaux, mais nous avons un peu la crainte, actuellement, qu'ils ne soient pas versés complètement dans le milieu médical.

Nous avons demandé aussi, au cours de l'année, de ne pas fermer, autant que possible, nos écoles d'infirmières, que nous avons actuellement pour plusieurs années encore, de les maintenir, afin qu'elles puissent nous fournir le plus d'effectif possible. Après, on verra si réellement ces écoles pilotes des CEGEP, répondent à la formation que l'on attend de ces élèves.

En ce qui regarde le recyclage dont vous avez parlé tout à l'heure, dans nos hôpitaux, actuellement, nous sommes à négocier une formule. A la table de négociations, nous nous sommes préoccupés beaucoup du recyclage. Cette formule de recyclage chez le personnel infirmier devra sortir de cette négociation, il me semble, tout ce que l'on pourra fournir à ce personnel qui a besoin de recyclage à la suite de nouvelles formules qui sont appliquées dans nos hôpitaux. Il est bien sûr que la petite commission dont on a tant parlé en fin de semaine, c'est-à-dire jeudi ou vendredi, que ces nouvelles écoles qui seront formées, ce reclassement nécessiteront un recyclage important. Alors, c'est ce qui, je crois, pourra maintenir tout le personnel dont nous aurons besoin dans l'application de la loi de l'assurance-maladie.

M. LACROIX: M. le Président, à ce moment-ci des discussions, je voudrais soulever les problèmes particuliers que nous connaissons aux Iles-de-la-Madeleine en ce qui concerne les problèmes de la santé. Tout à l'heure, j'ai noté que la formation des médecins relevait plutôt du ministère de l'Education que du ministère de la Santé. Mais, étant donné que c'est la responsabilité du ministère de la Santé d'assurer les meilleurs services à l'ensemble du territoire de la province de Québec, je crois qu'il y aurait lieu, particulièrement pour les régions éloignées ou isolées comme le sont les Iles-de-la-Madeleine, la basse Côte-Nord et d'autres régions éloignées des centres, que le ministère de la Santé prenne les dispositions nécessaires pour qu'un certain nombre de places dans les facultés de médecine soient réservées à des étudiants intéressés à suivre leur cours de médecine. Ils pourraient poursuivre gratuitement leur cours, si nécessaire, et même recevoir un présalaire. Ces médecins seraient dans l'obligation, par la suite, d'être à la disposition du ministère pendant un certain nombre d'années, alors que le ministère pourrait les diriger vers des régions comme cel-

les des Iles-de-la-Madeleine, de la basse Côte-Nord, de l'Abitibi, et certaines autres régions.

Mais, je ne veux pas, ici, me faire le porte-parole des autres régions de la province. Je veux mentionner particulièrement le cas des Iles-de-la-Madeleine. Assez récemment, des personnes des Iles-de-la-Madeleine sont venues rencontrer ici les autorités du ministère de la Santé, afin de demander des médecins pour les Iles-de-la-Madeleine. Nous n'avions que deux médecins et il y en a un qui a quitté depuis pour aller se spécialiser. Il ne reste plus qu'un médecin en permanence, le Dr Labrie, parce que le nouveau médecin quittera au mois de septembre pour entrer dans les ordres.

Vous comprendrez que, pour une population de près de 14,000 habitants, alors qu'il n'y a qu'un seul médecin, c'est une situation tout à fait anormale et inacceptable. Il me semble que, si le ministère procédait de cette façon, il pourrait garder des places disponibles dans les facultés de médecine pour les jeunes qui seraient attirés vers cette profession et qui n'auraient pas les moyens financiers — même s'ils les avaient — et par la suite les obliger, pendant une certaine période d'années, à être à la disposition du ministère. Je pense que cela pourrait régler notre problème.

Il reste que, dès que l'étude des crédits sera finie, j'espère que M. le ministre aura l'occasion d'accompagner son sous-ministre, et qu'ensemble nous pourrions aller rencontrer les autorités afin de discuter du cas particulier de la santé aux Iles-de-la-Madeleine. C'est le cas des médecins, et c'est un problème très important.

A l'heure actuelle, je suis en communication avec deux autres médecins, mais je devrai retourner visiter le sous-ministre pour lui soumettre le même problème que je le lui avais soumis il y a deux ans, alors que deux jeunes médecins avaient accepté de venir aux Iles-de-la-Madeleine avec l'assistance du gouvernement; mais à cause de difficultés qu'on leur a faites aux Iles — je ne voudrais pas blâmer ici qui que ce soit — ces deux jeunes médecins sont allés s'établir ailleurs, un à Saint-Georges-de-Beauce et l'autre à Caraquet au Nouveau-Brunswick.

Les personnes qui sont venues se plaindre du manque de médecins aux Iles-de-la-Madeleine n'étaient pas au courant du travail qui avait été fait par le ministère et par le député, et s'ils veulent consulter le bottin de téléphone des îles, ils constateront et ils y verront les noms des docteurs Michaud et Tremblay. Ils y seraient encore établis si ce n'étaient des difficultés qu'on leur a faites aux Iles-de-la-Madeleine. Et je

crois que le ministère et le sous-ministre ne sont pas à blâmer dans ce cas.

Quant aux médecins, nous pourrions discuter sur les lieux avec les intéressés, et j'espère que le ministre aura la même générosité que son sous-ministre et que les médecins que nous pourrions attirer aux îles pourront obtenir une certaine allocation qui compensera pour l'éloignement et l'isolement, et nous pourrions les obliger à s'occuper de la santé publique.

Il y a un autre problème que je voudrais soumettre aux autorités du ministère, c'est celui des malades qui, ne pouvant recevoir aux îles mêmes les soins médicaux et chirurgicaux que requiert leur état, doivent être envoyés à l'extérieur. Autrefois les médecins les dirigeaient vers les hôpitaux de Montréal ou de Québec, là où ils avaient des médecins correspondants qu'ils connaissaient et qu'ils savaient des spécialistes dans leur domaine.

Aujourd'hui, on force la main un peu, parce que le médecin n'a plus la liberté d'envoyer son patient là où il croit qu'il pourrait recevoir les meilleurs soins possibles. On le dirige vers l'hôpital de Gaspé et, s'il n'accepte pas de s'y rendre, on pose certains problèmes en ce qui concerne, par exemple le remboursement des frais de transport des malades, et d'autres choses semblables. Vous comprendrez qu'il y a là non seulement un problème social, il y a un problème humain. Nous n'avons aucune communication possible avec la Gaspésie. L'Hôtel-Dieu de Gaspé est certainement un excellent hôpital, il y a là d'excellents médecins dont mon collègue qui siège ici à ma droite; mais chez nous, il n'y a absolument personne qui a de la parenté à l'hôpital, et vous comprendrez que, quand un malade est transporté à Gaspé, qu'il doit y faire un séjour de quelques semaines, c'est passablement difficile pour lui à cause du fait qu'il ne peut recevoir la visite d'aucun parent, ni d'aucun ami. Et si, après la période d'hospitalisation, il doit demeurer à Gaspé pour une certaine période afin de visiter son médecin tous les jours, les deux jours ou les trois jours, selon les besoins, il n'a pas d'autre possibilité à ce moment que de se rendre à l'hôtel ou au motel, et les moyens financiers des malades ne leur permettent pas de le faire.

Tandis qu'à Montréal ou à Québec, il y a plus de Madelinots qui demeurent à Verdun, Ville-Emard et Côte-Saint-Paul qu'il n'en réside aux îles même. Il n'y a pas de famille qui ne compte pas des amis ou des parents à Montréal. Quant ils sont hospitalisés, soit à l'hôpital général de Verdun, soit à l'hôpital Notre-Dame ou à l'Hôtel-Dieu de Montréal, il est tou-

jours possible pour eux de recevoir des visiteurs, parents ou amis, et ainsi de pouvoir rester en contact avec leur famille, chose impossible à Gaspé.

Les gens des îles sont prêts à aller à Gaspé lorsqu'il s'agit d'interventions chirurgicales mineures qui ne nécessitent pas une période prolongée d'hospitalisation. Mais lorsque cela nécessite une hospitalisation prolongée, les gens des Iles-de-la-Madeleine se rendront à Montréal à pied plutôt que d'aller à Gaspé.

Et je pense que si le patient a le choix de son médecin, on ne peut pas lui imposer un hôpital. Il est inhumain, dans certains cas, d'obliger les Madelinots à se rendre à l'hôpital de Gaspé plutôt qu'à un hôpital de Montréal ou de Québec. Malgré que l'hôpital de Gaspé ait de bons spécialistes, il arrive assez fréquemment que l'on doive transporter les patients de l'hôpital de Gaspé vers les hôpitaux de Québec et de Montréal, où il y a de meilleurs spécialistes et de plus grandes facilités d'hospitalisation.

Je pense qu'il serait normal de laisser aux médecins des îles le choix de l'hôpital vers lequel ils doivent diriger leurs patients.

C'est un problème extraordinairement sérieux pour les Iles-de-la-Madeleine. Je dois fréquemment aller embêter le sous-ministre — je ne me rends jamais jusqu'au ministre, ordinairement, je réussis à régler mes problèmes à ce niveau — pour obtenir le remboursement de frais de transport et pour régler d'autres problèmes, à cause du fait que des Madelinots doivent se rendre à l'extérieur des îles pour y recevoir les soins médicaux ou chirurgicaux que requiert leur état.

Il est impensable qu'aux Iles-de-la-Madeleine on puisse avoir les services de spécialistes dans tous les domaines. Et je ne crois pas que cela soit bien raisonnable de penser que des spécialistes de Gaspé puissent venir aux îles, selon les besoins, régulièrement; la maladie n'attend pas toujours la journée que les médecins se rendront aux îles. De toute façon, cela ne coûte pas moins cher d'envoyer un spécialiste de Gaspé aux îles, que d'envoyer un patient des îles à Montréal. Le tarif horaire du médecin revient plus cher.

Mais, je pense qu'en dehors du coût il faut considérer la question sociale et humaine. Je demande la bienveillante et généreuse compréhension du ministre et du sous-ministre afin que l'on puisse régler ce cas une fois pour toutes et que les malades des Iles-de-la-Madeleine ne se sentent plus dans une camisole de force lorsqu'ils doivent recevoir des soins médicaux.

M. CLOUTIER: M. le Président, je retiens

d'abord l'invitation du député d'aller visiter les Iles-de-la-Madeleine et de...

M. LACROIX: Je vous accompagnerai, pour que vous ne fassiez pas de dégâts.

M. CLOUTIER: ... de s'enquérir des conditions de santé dans cette partie importante du Québec, partie la plus éloignée aussi. Le député a mentionné plusieurs problèmes, entre autres celui de la répartition des effectifs sur le territoire du Québec. C'est un problème pour toutes les régions plus éloignées particulièrement en ce qui concerne les médecins de pratique générale. Il y a des efforts qui se font actuellement, efforts que je connais personnellement et qui ont été portés à mon attention, efforts qui sont faits par la Fédération des médecins et des omnipraticiens auprès des étudiants en médecine qui sont à terminer leurs études pour les intéresser davantage à la pratique de la médecine générale. Et j'ai eu même l'occasion, la semaine dernière, de recommander personnellement une subvention spéciale pour un programme conjoint fédéral-provincial. Ce programme permettrait à la fédération des omnipraticiens de tenter un effort tout spécial de ce côté-là par une expérience pilote d'entraînement des étudiants en médecine qui sont au terme de leurs études chez des confrères omnipraticiens qui sont déjà installés et qui pratiquent.

J'espère que cette expérience, ce contact des étudiants avec les médecins qui sont en pratique générale, donnera des fruits, et que quelque-uns d'entre eux verront qu'il y a un champ d'activité dans ce secteur de la médecine générale qui peut encore répondre aux aspirations qu'ils avaient quand ils ont opté pour la profession médicale.

Quant à la répartition des effectifs sur le territoire, c'est un problème qui est loin d'être résolu. Il existe dans le secteur de la santé, il existe aussi dans d'autres professions. Il est évident qu'il y a un problème de répartition des dentistes sur le territoire et des spécialistes qui sont concentrés dans les milieux urbains ou semi-urbains. Ce problème existe pour d'autres secteurs que la santé. On retrouve ce problème-là aussi pour les ingénieurs, pour les éducateurs, pour d'autres secteurs où l'on a besoin de structurer les régions.

Mais, il y a des efforts qui se font au ministère de la Santé, il y en a aussi dans la profession médicale et je crois qu'en toute honnêteté on doit le mentionner, j'ai mentionné tout à l'heure, un programme particulier. Je sais que le Collège des médecins, dans l'étude des modifications à la loi de médecine veut permettre aux

médecins étrangers, aux immigrants ou à ceux qui n'ont pas la citoyenneté canadienne de pratiquer. Dans cet effort pour mieux organiser nos régions et leur fournir des effectifs médicaux, je crois qu'ils songent à donner plus tôt le droit de pratique pour ces citoyens et, par contre, leur demander de pratiquer justement dans des régions plus éloignées, plus défavorisées au point de vue du recrutement des professionnels de la santé. Je crois que ce serait là une excellente chose si cela se réalisait. Quant aux médecins étrangers qui sollicitent la citoyenneté canadienne, je pense qu'ils pourraient apprendre en pratiquant pendant 1, 2 ou 3 ans dans différents endroits du Québec et ils pourraient plus facilement prendre conscience non seulement des besoins du Québec au point de vue de la santé, mais aussi prendre conscience des autres besoins du Québec et connaître mieux la population de sorte que l'intégration chez nous en sera peut-être facilitée. C'est un aspect.

Quant à la distribution des spécialistes, l'implantation, la modernisation des hôpitaux, d'abord, les facilités, des cliniques externes mieux aménagées, des services plus modernes dans les hôpitaux sont la façon d'intéresser les médecins spécialistes et aussi les médecins de pratique générale à aller s'installer dans des régions plus éloignées. En cela, nous poursuivons une politique d'équipement sur tout le territoire du Québec, dans les régions les plus éloignées. On a parlé tout à l'heure de Gaspé; le député de Gaspé-Sud, en particulier, sait qu'il sera possible au ministère de la Santé d'autoriser très prochainement la construction d'un hôpital moderne de 150 lits avec toutes les facilités et tout l'équipement. Nous espérons que ce sera là un outil important qui permettra à la région de s'équiper plus complètement au point de vue médical.

Tous les hôpitaux, quelle que soit la région de la province, font l'objet, actuellement, d'une étude au ministère de la Santé afin de voir s'il n'est pas opportun de rénover l'équipement et de donner des facilités de pratique aux médecins qui y travaillent, non seulement aux médecins, mais à toute l'équipe de la santé.

Le député a mentionné le problème des malades des Iles-de-la-Madeleine qui doivent être hospitalisés ailleurs. Il y a là certainement un problème important et il l'a mentionné, je crois, de façon très logique et très complète.

vue médical, il est certain que l'hôpital de Gaspé, même une fois rénové ou une fois qu'il y aura un hôpital neuf de construit, même après avoir recruté des spécialistes à Gaspé, devra faire appel aux hôpitaux majeurs de Montréal et

de Québec pour certaines maladies plus complexes ou qui demandent davantage d'équipement spécialisé ou pour toutes sortes de raisons que les médecins connaissent mieux que moi.

Le député a mentionné l'aspect social, les considérations humaines. Evidemment, au ministère de la Santé, même si les préoccupations de coût, les préoccupations d'aménagement rationnel du territoire ne peuvent pas nous laisser indifférents, nous ne pouvons pas non plus rester indifférents aux considérations humaines et sociales qu'il a traitées tout à l'heure.

Il a mentionné que les patients

des Iles-de-la-Madeleine ont, pour la plupart, leur famille à Montréal ou à Québec — c'est un fait — et que, pour des maladies complexes ou des maladies qui demandent des interventions assez difficiles, il est préférable que ces patients soient dirigés vers des hôpitaux de Montréal ou de Québec.

De toute façon, il y a là, je pense, un équilibre à garder. Le député a mentionné aussi que, pour des maladies moins graves ou des interventions mineures, le patient peut être dirigé vers les hôpitaux avoisinants et particulièrement l'hôpital de Gaspé. Mais, dans tout cela, il faut garder un équilibre. Si nous ne devons pas être indifférents aux aspects humains du traitement du malade, par contre, il nous faut nous assurer aussi que, dans le recrutement des effectifs pour le territoire de Gaspé, ils aient aussi la possibilité de desservir la population de cette région.

Au cours d'une visite aux Iles-de-la-Madeleine, une visite que nous ferons certainement dans le courant de l'été 1969, à l'invitation du député, je crois que nous aurons l'occasion de voir, sur place, l'équipement, de voir dans quelles conditions les médecins travaillent là-bas, quels sont les désirs de la population. Nous tenterons, dans la mesure du possible, de concilier et les demandes et les désirs de la population avec la pratique d'une médecine rationnelle aussi, d'une médecine de la meilleure qualité, au meilleur coût possible.

M. LACROIX: Je remercie le ministre de ces bonnes paroles qui sont un encouragement, qui nous permettent d'espérer. Mais je lui ferai remarquer que, dans le domaine de la santé, comme dans tous les autres domaines, les Iles-de-la-Madeleine sont toujours un cas d'exception.

Il a mentionné que nous ne pouvons pas discuter de problèmes des Iles-de-la-Madeleine comme on pourrait discuter un problème analogue dans une autre région de la province de Québec. On fonde beaucoup d'espoir sur les médecins étrangers. Un élargissement à la Loi de l'immigration permettrait

probablement l'établissement dans nos régions de ces médecins étrangers. Nous sommes loin d'avoir des objections à ça pour autant que les médecins étrangers soient capables de se faire comprendre de la population et que la population soit également capable de les comprendre.

Nous avons eu un Pied-Noir qui avait assez de difficulté. Pour ceux qui ne parlaient pas du tout l'anglais, ils avaient un certain problème à communiquer avec le médecin. Ceci cause un problème naturellement. Je pense que les mesures coercitives n'amèneront pas chez nous de médecins. Ce sont surtout des mesures incitatives qui peuvent amener de jeunes ou de moins jeunes médecins à venir travailler chez nous aux Iles-de-la-Madeleine. Je pense que si le ministère demeure dans les mêmes dispositions — il s'était montré prêt à collaborer, il y a deux ans — nous pourrions plus facilement amener chez nous... Je pense plus particulièrement à deux médecins avec qui je suis actuellement en communication. Dès que je pourrai communiquer avec le Dr Gélinas, je lui demanderai si on peut dire à ces médecins de le rencontrer pour pouvoir discuter des avantages que le gouvernement pourrait leur procurer et, en retour, obtenir d'eux des services concernant l'Unité sanitaire qui, actuellement, aux Iles-de-la-Madeleine n'est pas sous l'autorité d'un médecin résidant aux Iles.

Un médecin qui recevrait une assistance du ministère pourrait également fournir au ministère des services qui seraient une compensation. Vous savez, quand j'ai dit des mesures coercitives, nous avions le Dr Jean-Marc Hariy, qui vient de quitter les îles et qui y a été pendant plusieurs mois, même un peu plus de deux ans je crois, mais son épouse ne voulait pas venir aux Iles-de-la-Madeleine, elle voulait demeurer près de la grande ville. Le problème des médecins ou des professionnels qu'on veut diriger dans des régions éloignées ou isolées, c'est d'amener l'épouse et les enfants à suivre la personne qui veut s'établir.

C'est pourquoi, quand on peut amener le médecin au moment où il sort de l'université, s'il n'est pas marié, le problème ne sera pas trop grave mais s'il est marié vous verrez le problème

que cela cause. Je peux mentionner peut-être le cas du Dr Langford, qui est natif des îles et qui devait venir s'établir aux îles mêmes, mais il s'est marié avec une fille de Montmagny. Le lendemain il devait donner sa réponse et un médecin de l'hôpital de Rivière-du-Loup s'est tué et on lui offert le poste vacant à l'hôpital de Rivière-du-Loup que sa femme a accepté avec empressement. Nous avons manqué le Dr Langford qui, aujourd'hui, pratique à Lévis.

C'est pourquoi je demande au ministre d'autoriser bien gentiment son sous-ministre à être libéral en ce qui concerne les besoins monétaires des médecins qui pourraient venir s'établir chez nous.

M. CLOUTIER: De toute façon je la comprends d'avoir de la difficulté à quitter le pays de Montmagny.

M. LACROIX: De toute façon elle a quitté quand même, elle est rendue à Lévis.

M. GOLDBLOOM: Les seuls atouts des Iles-de-la-Madeleine sont leurs bons homards et leur excellent député!

M. LACROIX: Les deux ne peuvent pas rester au même endroit en même temps, c'est ce qui est regrettable! Merci...

M. FORTIER: Puis-je ajouter un mot, parce qu'on a parlé un peu de Gaspé? D'abord je veux remercier le ministre de nous faire savoir qu'après plusieurs années on aura enfin, dans mon comté, un hôpital que je pourrais dire spécialisé.

M. LACROIX: C'est-à-dire que le ministre le promet et le député sera obligé de le réaliser après les élections.

M. FORTIER: L'important est qu'on fasse des plans. C'est que nous sommes prêts chez nous — si on parle de la question de spécialistes ou de médecins — à recevoir des gens des îles. Nous avons plusieurs spécialités, nous avons des spécialistes qui sont très compétents.

Comme l'a mentionné le député des Iles-de-la-Madeleine, il arrive également à Gaspé, au point de vue humain, au point de vue social, qu'on ne peut pas aider les gens à se déplacer vers un hôpital. Mais de là, à leur dire: Vous êtes obligés d'aller là, on ne peut pas faire cela.

Mais si les gens des Iles-de-la-Madeleine connaissent l'hôpital, ce sera peut-être plus facile, d'autant plus que nous avons un projet d'améliorer le transport, je crois. C'est un problème très difficile à régler, le transport qui doit se faire entre les Iles-de-la-Madeleine et Gaspé. C'est un problème qu'on doit essayer de discuter, de régler le plus tôt possible.

Quand ce problème sera réglé, avec le temps et graduellement, il est possible qu'il se fasse, entre les deux comtés qui sont des comtés amis, une connaissance entre les habitants et il sera plus facile de se faire soigner.

Maintenant, le député des Iles-de-la-Made-

leine a parlé, et J'en conviens, qu'il y a certains spécialistes qui pourraient aller de temps en temps aux Iles-de-la-Madeleine, mais ce ne sont pas des cas urgents. Le député des Iles-de-la-Madeleine a raison et je crois que tous les médecins sont de mon avis. Quand il y a un cas d'urgence, autant que possible, il doit y avoir sur place, un médecin qui doit être capable de rendre les services nécessaires. Quand il s'agit de cas de haute spécialité, évidemment, là il y a la question du transport, comme vous l'avez mentionné, dans un hôpital plus spécialisé.

Quant à nous, nous sommes — je parle, évidemment comme député, connaissant un peu la chose — prêts à donner des soins aux gens du territoire, une fois que l'hôpital sera aménagé surtout en vue de donner des soins spécialisés.

Il y a la question des médecins praticiens généraux où nous nous réservons de parler. C'est un gros problème. Seulement je vois que, dans la loi médicale, les médecins praticiens généraux ont maintenant plus qu'avant accès aux hôpitaux. Il est arrivé que des médecins m'ont dit, je m'en rappelle: Nous, nous soignons les malades et le malade veut aller à l'hôpital. Ce que nous faisons, nous le conduisons à l'hôpital avec notre automobile. Maintenant, les médecins, surtout dans les grands centres, dans les grandes villes, ont accès aux hôpitaux et peuvent soigner leurs malades. Je crois que, dans les centres éloignés comme par exemple la Gaspésie, ou l'Abitibi et même les Iles-de-la-Madeleine, si les médecins praticiens généraux peuvent faire partie de l'équipe de tous les médecins et même des spécialistes, qu'ils soient reconnus comme des spécialistes en pratique générale. Cela améliorera énormément la chose.

Un autre programme serait extrêmement intéressant, c'est que ceux qui font leur cours de spécialité ou post universitaire passent un an, à tour de rôle, dans différents hôpitaux éloignés, afin de donner une chance aux médecins qui pratiquent dans ces hôpitaux et de les aider à soigner les malades.

Je vais vous donner un exemple concret. Prenez à Gaspé, nous sommes de garde à toutes les deux fins de semaine. Les médecins sont de garde. Cela veut dire que le médecin garde du samedi matin jusqu'au lundi et même des jours de semaine, quand des médecins sont là, ils doivent également faire la garde.

S'il était permis aux médecins qui étudient, qui prennent des cours de passer un an dans un hôpital régional et que cela puisse compter pour son année postuniversitaire. Je crois qu'il serait très facile de recruter des médecins spécialisés pour venir dans les centres éloignés. Evidemment, ils feraient partie du Collège des

médecins, en regard du Collège des médecins et en regard aussi de l'enseignement universitaire.

M. CLOUTIER: Ce sont là d'excellentes suggestions et je crois qu'actuellement le Collège des médecins et les deux fédérations, la fédération des spécialistes et des omnipraticiens, sont sensibilisés au problème. On tente actuellement d'intéresser davantage les jeunes médecins à prendre contact avec les régions éloignées. J'espère que ces initiatives que nous avons prises — j'en ai mentionné une tout à l'heure — vont nous conduire à des résultats concrets, parce que si nous équipons les régions de facilités et d'hôpitaux modernes, bien aménagés et fonctionnels, il est aussi important, également, qu'il y ait là des spécialistes, des professionnels de la santé qui aillent utiliser ces outils modernes pour le plus grand bien de la population.

S'il est important d'équiper les régions éloignées au point de vue de l'éducation, au point de vue du bien-être, je crois qu'il est important aussi de compléter le circuit des outils pour les ressources humaines; je pense qu'il est important que du côté médical la région soit aussi bien outillée qu'au point de vue de l'éducation, qu'au point de vue du bien-être, et c'est ce qui justifiera aussi de faire des dépenses, des investissements assez considérables dans l'économie de ces régions.

Il se produira alors un équilibre économique, équilibre entre les investissements, d'une part, qui sont économiques et, d'autre part, les investissements du côté des ressources humaines.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, la profession médicale comme toute autre profession a ses qualités et ses défauts. Un des défauts de la profession médicale, aujourd'hui surtout, est de ne pas tenir compte du marché pour son produit qui est le médecin. C'est une critique que je formule depuis assez longtemps à l'endroit de nos universités, de nos facultés de médecine surtout.

Si l'on est chef d'entreprise et que le produit soit mis sur le marché pour être vendu dans des magasins, on fait généralement des recherches, des sondages, on fait un certain relevé du marché possible pour savoir s'il y a besoin pour un tel article sur le marché. Nos facultés de médecine ont un peu trop tendance à dire: Notre produit est un produit qui peut être transformé par la suite en n'importe quoi, c'est-à-dire en n'importe quelle sorte de médecin dont la population aura besoin.

Je défends, avec acharnement même, la liberté de chaque étudiant, de chaque diplômé de

nos facultés de médecine et de toutes nos institutions d'enseignement qui forment les effectifs de la santé de choisir sa carrière, mais il me semble que nous laissons un peu au hasard l'orientation de nos jeunes vers les carrières possibles. Il y a beaucoup d'étudiants qui n'ont pas, même en terminant leurs études à l'université — il est vrai que les médecins font par la suite des études postuniversitaires, mais je parle de ce niveau-là pour le moment — il y a beaucoup de jeunes qui n'ont pas encore pris une décision définitive et finale quant à leur choix de carrière.

Il y a quelque temps — c'était pendant la période de 1963 à 1966 — le Collège des médecins a préparé des cartes géographiques de la province sur lesquelles on a tracé les concentrations de population et la répartition des médecins, en nombre total et par spécialités, en relation avec ces concentrations de population.

Nous y avons affecté un médecin qui était l'employé à temps complet du Collège à l'époque, dont le nom est venu dans la discussion, avant-hier, lorsque nous parlions d'une des commissions qui étudient les professions paramédicales, il s'agit en l'occurrence du Dr Roger Dufresne. Le Dr Dufresne a pris ces cartes et a visité toutes les facultés de médecine pour montrer aux étudiants où se trouvent les médecins et où les médecins ne se trouvent pas et quelles sont les spécialités. Et, lorsque je dis « spécialité », j'inclus la médecine générale, malgré que l'on définisse le médecin de médecine générale comme étant celui qui n'est pas détenteur d'un certificat de spécialiste, ce qui est une définition assez malheureuse. Disons pour l'instant que, si j'emploie le mot « spécialité », j'en globe la médecine générale là-dedans. La médecine générale est appelée de nos jours à devenir de plus en plus une spécialité en son propre droit.

Il y a certaines spécialités qui ont peut-être assez d'effectifs. Il y en a d'autres qui en manquent considérablement. Il y a des étudiants qui, n'ayant pas arrêté leur décision, seraient peut-être facilement influencés — « orientés » est un meilleur mot — vers un autre domaine que celui auquel ils ont pensé au départ. Disons qu'un jeune pense devenir chirurgien, et on lui dit: Ecoutez, surtout dans la région où vous pensez exercer votre profession, il y a déjà assez de chirurgiens, mais il manque d'anesthésistes. Je ne dis pas que tous ceux qui avaient pensé à la chirurgie accepteraient à la suggestion du Collège ou du ministère de la Santé ou de n'importe qui de devenir anesthésistes, mais quelques-uns accepteraient de modifier leur orientation.

Si nous voulons conserver aux étudiants cette

liberté de choix, choix de carrière, choix de lieu de pratique, il me semble que nous devons leur fournir des renseignements qui permettraient au ministère de la Santé, aux professions de la santé, aux institutions qui forment les effectifs de la santé d'orienter ces jeunes vers les besoins de la population. Si nous ne faisons pas cela, nous connaissons un jour assez malheureux, à mon avis, où l'Etat sera obligé, pour tenir compte des besoins de la population, de diriger nos finissants vers certaines carrières et vers certaines régions de la province.

Maintenant, vous me direz que cela est la responsabilité de la profession et, en l'occurrence, de la corporation professionnelle qui, en ce qui concerne la profession médicale, est le Collège des médecins. Je dirai que je suis d'accord que cela est la responsabilité du Collège des médecins et de chaque corporation professionnelle, selon le cas. Mais, je dirai aussi que, si le ministre de la Santé est pour exercer le « leadership » que l'on attend de lui, il devrait maintenir des communications très étroites et très fréquentes avec les professions et se permettre de leur faire des suggestions, mais des suggestions qui auront une portée assez particulière, parce qu'il a une vue d'ensemble des besoins de la population en matière de services de santé. Je crois qu'il doit, et je me permets de dire plus qu'il ne l'a fait, se charger de voir à ce que ces besoins soient satisfaits, quant aux effectifs que nous allons produire.

M. CLOUTIER: Est-ce que le député parle de communications surtout avec le Collège des médecins?

M. GOLDBLOOM: Oui, et en parallèle avec les facultés de médecine et en parallèle avec les corporations et institutions d'enseignement des autres professions.

M. CLOUTIER: En ce qui concerne la faculté de médecine et le ministère de l'Education, j'ai parlé tout à l'heure d'un comité qui siège cinq fois par année, c'est le comité supérieur de la formation médicale, de l'éducation médicale.

toutes les facultés de médecine qui siègent régulièrement. Je pense bien qu'un des aspects importants, c'est justement la formation des effectifs, les budgets qui s'ensuivent ou les implications financières, c'est là que cela se discute.

Nos contacts avec le Collège des médecins, leur corporation professionnelle, sont très fréquents. Je cite en particulier le Collège des médecins. Je pourrais dire également que le ministre d'Etat en particulier maintient un contact

Il y a aussi cet autre comité

constant avec les autres corporations professionnelles aussi. Nous avons parlé des optométristes qui ont eu l'occasion de le rencontrer régulièrement et souvent, depuis un an en particulier. Le ministre d'Etat a rencontré également les membres du Collège des dentistes. Personnellement, j'ai rencontré les membres du Collège des pharmaciens, ou disons des membres de l'exécutif du collège.

Peut-être qu'il serait désirable que l'on fasse, dans ce secteur, des communications avec les corporations professionnelles, que l'on fasse, pour le ministère de la Santé ce que j'ai amené au ministère de la Famille et du Bien-Être social, c'est-à-dire des mécanismes de consultation automatique, des rencontres systématiques entre les représentants de la fédération des services sociaux ou des conseils d'oeuvres avec nos officiers supérieurs du ministère de la Famille et du Bien-Être social. Cela s'est avéré une formule excellente, une formule de dialogue, une formule d'étude des problèmes, de solution même des problèmes, et même une formule de prévention avant que les problèmes n'apparaissent.

Je dois dire que, dans cette optique de consultation, il existe actuellement, entre l'Association des hôpitaux du Québec et nos services de l'assurance-hospitalisation, ce dialogue constant et ces rencontres automatiques à intervalles réguliers, ces rencontres mensuelles. Alors, je retiens l'argumentation et la remarque du député de D'Arcy-McGee et je crois qu'il y a là une excellente initiative à prendre de la part du ministre de la Santé, d'institutionnaliser ces rencontres avec les corporations professionnelles dans le domaine de la santé. Peut-être que cela devrait se faire à l'intérieur du Conseil supérieur de la santé, comme on l'a mentionné, ou de toute autre façon qui pourrait être logique.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, je me permets de poser une question directe au ministre. Est-ce que, comme résultat de ces contacts, de ces rencontres auxquelles le ministre vient de faire allusion, le ministre est maintenant en mesure de dire: Notre production de médecins est cette année de tant, elle sera, d'ici trois ans ou cinq ans, un chiffre qu'il choisira, lui, de tant de plus? Est-ce qu'il y a un chiffre qu'il peut y mettre?

M. BOIVIN: M. le Président, pour ma part, je sais que c'est une situation qui peut se corriger à long terme, nous prenons des initiatives au ministère de la Santé. Vous savez ce qui est arrivé, par exemple, du côté des omnipraticiens,

les assurances, les médecins ne feront pas à part des autres. C'est bien clair qu'un médecin qui vit dans une région donnée, il s'y rend avec plaisir. Ce qui est arrivé c'est que les compagnies d'assurance ont tourné des malades vers les hôpitaux. Les omnipraticiens avaient de la difficulté à entrer dans les hôpitaux pour prodiguer les soins qu'ils étaient capables de donner aux malades.

Alors nous avons fait un effort au ministère de la Santé pour ouvrir les hôpitaux à tous les médecins. Vous avez dans les règlements nouveaux un appel à tous les médecins de la région. Tous les médecins se présentent au bureau médical. On sait que, si les omnipraticiens peuvent entrer, encore une fois, pour prodiguer des soins dont ils sont capables, la même chose peut être plus avantageuse pour des régions éloignées, quand les spécialistes pourront vivre mieux. On a institué l'assistance médicale, on peut dire que les médecins vivent beaucoup mieux dans les régions plus éloignées. Et, pour aider certaines spécialités à se développer, on donne davantage des bourses dans les spécialités où il y a pénurie. On donne davantage des bourses, par exemple, aux anesthésistes qui sont en grande demande, aux psychiatres qui sont en grande demande.

Ce sont des efforts que nous avons faits pour obvier à tous ces manques dans différentes régions. Encore une fois, quand le médecin pourra vivre mieux dans les régions éloignées, il y ira. Alors pour ça, comme le disait tout à l'heure le ministre de la Santé, on équipe davantage ces petits hôpitaux éloignés. Nous organiserons des hôpitaux d'avant-garde, de première ligne, qui serviront à ces médecins, qui leur feront faire une médecine beaucoup plus intéressante. Je pense même que l'assistance médicale qui s'étendra à l'assurance-maladie va amener encore des améliorations pour les hôpitaux éloignés afin que le médecin, qui est un être comme les autres, puisse y trouver un attrait. Il est évident qu'un médecin qui s'exile et qui ne trouve pas un bon revenu, eh bien, il s'en va dans les grandes villes où il a la possibilité d'avoir un meilleur revenu, des honoraires en plus grande quantité.

Je crois que, par les soins à domicile aussi, on a revalorisé les omnipraticiens puisqu'ils peuvent encore garder leurs malades qui leur sont transférés par les spécialistes à leur domicile, toujours sous les soins de leur médecin.

Alors ce sont des mesures que nous avons prises pour tâcher d'améliorer la situation. Il restera aussi que peut-être le ministre de la Santé devra s'occuper des mariages pour que les dames acceptent les régions où les médecins devront aller. C'est sûr que c'est une chose très

importante qu'une femme qui a été élevée à Montréal et qui doit s'en aller aux Iles-de-la-Madeleine, c'est très difficile. Il y a pourtant assez de Madelinots à Montréal qui pourraient travailler davantage pour la région des Iles-de-la-Madeleine.

M. GOLDBLOOM: Je voudrais simplement dire au ministre d'Etat qu'il vient de parler, au début de ses remarques, d'une solution à long terme, et nous savons tous que des solutions à long terme doivent être envisagées; mais j'ai commencé la discussion de ce sujet en soulignant qu'un problème aigu arrivera d'ici 13 mois avec l'instauration de l'assurance-maladie et avec l'augmentation, de la demande, au moins, même si la consommation des soins médicaux n'est pas en mesure d'augmenter considérablement faute d'effectifs. La demande et donc la frustration seront augmentées si nous n'avons pas les effectifs.

Je comprends bien que d'ici 13 mois, produire des médecins, c'est impossible. Si cela n'a pas été prévu dans le passé, il est trop tard maintenant pour fournir des médecins sauf en libéralisant les lois en ce qui concerne les médecins immigrants. Et dans le cas des médecins immigrants, vous n'êtes pas sans savoir qu'à n'importe quel moment donné, depuis plusieurs années, nous pouvons compter peut-être 1,000 médecins étrangers qui sont en formation ici dans la province de Québec, et quand même, il n'y en a, par année, que 40 ou 50 qui reçoivent leur droit de pratique.

Les raisons sont assez claires. Il y a le fait que la citoyenneté étant exigée, ces médecins demeurent à l'hôpital. Ils font des études qui conduisent fatalement à une spécialisation. Et avec le certificat de spécialiste et celui de la citoyenneté canadienne, ils partent pour les Etats-Unis.

Donc, si nous pouvons faciliter l'établissement de ces médecins chez nous avant l'écoulement de toute cette période, il me semble que nous en conserverons une plus forte proportion et ce sera dans notre intérêt de le faire.

Je regrette — et parce que ce n'est pas le

ministre qui en est responsable, je ne le blâme point — que la refonte de la loi médicale n'arrive pas d'ici le 13 juin et que nous soyons obligés d'attendre encore jusqu'à la prochaine session pour la voir.

Il y a peut-être un autre espoir. Nous avons eu vent d'un projet de loi en préparation au Secrétariat de la province qui, d'un seul coup, modifierait les lois constitutives de toutes les corporations professionnelles de façon à abolir l'exigence de la citoyenneté. Est-ce que, par ce moyen, nous pouvons espérer une amélioration de cette situation avant le 13 juin, avant l'ajournement de la Chambre?

M. CLOUTIER: M. le Président, il est 6 heures, mais je voudrais répondre avant l'ajournement si on me permet une minute additionnelle.

M. GOLDBLOOM: Certainement.

M. CLOUTIER: Le député a posé la question: Combien de médecins sortiront ou s'inscriront à l'université? Alors j'ai des chiffres, ici, qui sont assez intéressants. Cette année, en 1968-69, il y a 404 étudiants qui sont entrés en médecine: 126 à Montréal, 106 à McGill, 140 à Québec et 32 à Sherbrooke. Et en 1970-71 - donc pas le prochain exercice financier, le suivant — Montréal prévoit pouvoir en inscrire 200, McGill 110, Québec 200 et Sherbrooke 64, donc un total de 574, donc une augmentation de 170 médecins. Ce qui voudrait dire qu'en Amérique du Nord, si nous prenons la norme de formation de 50 à 55 médecins par million de population, cela veut dire que nous dépasserions de beaucoup la norme de formation des médecins par rapport à la population.

M. GOLDBLOOM: Je suis très heureux des chiffres que le ministre vient de nous donner.

M. LE PRÉSIDENT: Nous suspendons la séance de la commission pour reprendre vers huit heures et quinze.

Reprise de la séance à 20 h 17

M. MARTEL (président de la commission de la Santé): A l'ordre, messieurs!

M. GAUTHIER (Berthier): Avec votre permission, M. le Président, je veux tout simplement passer certains commentaires sur ce qui a été dit cet après-midi, d'une façon toute particulière sur la pratique de la médecine générale et d'une façon plus particulière encore sur la pratique de médecine générale dans un milieu qu'on dit éloigné. Quoique géographiquement, on ne puisse pas qualifier de milieu éloigné comparativement, par exemple, aux Iles-de-la-Madeleine, le milieu où je pratique à Saint-Michel-des-Saints. Mais il reste tout de même que je pratique à Saint-Michel-des-Saints depuis 1948 alors que, pendant les premières années, en hiver, nous nous trouvions complètement encerclés. Ceux qui ont pratiqué un peu en campagne savent ce que c'est pour un médecin de porter sur ses épaules la responsabilité lorsqu'on est éloigné de tout confrère.

Il reste aussi que, même à l'heure actuelle, le premier hôpital se trouve à 60 milles, ce qui veut dire que le médecin qui pratique dans un tel milieu est complètement, sinon désintéressé par la pensée, il l'est certainement de fait puisque, à toutes fins pratiques, aller faire des visites à 60 milles en milieu hospitalier, ça ne se fait pratiquement pas. Ce qui amène ceci, c'est que nos patients sont dirigés vers les hôpitaux. Surtout dans un cas particulier vous me direz peut-être, mais tout de même, c'est un fait vécu, c'est que depuis l'avènement de l'assurance-hospitalisation, le médecin de campagne qui pratique dans des circonstances que je viens de décrire, agit là un peu comme à un poste de premiers soins. Il est apprécié à sa juste valeur, il n'y a pas d'erreur, mais il en reste que les gens veulent voir leur médecin là, mais un peu comme un pompier en cas de feu: pour les urgences.

Un médecin, dans de telles circonstances, ne peut vivre financièrement et ni surtout psychologiquement si on peut dire. Ce n'est pas une vie.

Cela explique un peu, entre autres choses, pourquoi les médecins de campagne désertent de plus en plus ces endroits. Surtout, si on ajoute à ce qu'on a décrit cet après-midi, il reste aussi que le médecin, au point de vue financier, c'est évident, va faire un aussi bon revenu s'il est installé au coin d'Ontario et Saint-Denis ou n'importe quel coin de rue de la ville de Montréal que s'il est en campagne. Et on peut ajouter à cela que, pour sa famille, le médecin qui vit en mi-

lieu éloigné, bien, il se sent pas mal en dehors — je ne dirai pas de la civilisation — parce que les gens qui y vivent sont des gens civilisés comme ailleurs, mais tout de même, au point de vue de l'environnement, c'est un peu démoralisant.

En plus du manque d'accessibilité au service hospitalier, à cause des distances et aussi du milieu familial que Je viens de décrire, il reste aussi que le médecin qui vit dans un village comme le mien est en service, non pas trois ou quatre jours par semaine, mais sept jours par semaine et 24 heures par jour. Vous me demanderez comment il se fait qu'à l'heure actuelle je sois plutôt en politique qu'en médecine. Comment nos gens font-ils pour vivre? La Providence doit y pourvoir, parce qu'en général les gens sont assez bien portants. Il en meurt un peu moins. Même si, de toujours, les médecins ont enterré leurs erreurs dans les cimetières et il reste que les gens sont heureux de nous voir arriver en fin de semaine. Mais, comme je vous le disais tout à l'heure, vous seriez surpris de voir combien les touristes, qui nous fréquentent en plus grand nombre l'été, s'informent si le médecin est disponible, si le médecin est sur les lieux.

Il reste aussi que le médecin qui a vécu dans de telles circonstances a dû montrer beaucoup d'abnégation. Je vous disais tout à l'heure qu'au point de vue des revenus, ce n'est pas une place pour devenir riche. Si j'avais voulu devenir riche, il y a longtemps que j'aurais mis la raison à la place du coeur, il y a longtemps que je serais parti de là.

Il y a plus que cela aussi; si je relie ce que je viens de vous dire avec l'avènement de l'assurance-hospitalisation qui draine un peu nos patients dans le sens que nous disait le député de Jacques-Cartier, la semaine dernière, qui se plaignait de voir arriver les patients d'optométrie au service externe des hôpitaux, c'est un peu le cas du médecin de campagne; ses patients sont drainés vers les hôpitaux. Auparavant, le médecin était surchargé d'ouvrage à un tel point qu'il lui était impossible d'abandonner son poste pour aller suivre des cours de perfectionnement. Sans aller jusqu'à me dire — du moins, je ne me prétends pas comme tel encore — un arriéré mental, il faut tout de même admettre, si nous voulons être objectif, que le moins qu'on puisse dire... je suis peut-être un arriéré au point de vue médical. Malheureusement, par la force des circonstances, je n'ai pas pu aller me perfectionner.

On a suggéré différentes mesures palliatives pour attirer les médecins en campagne. Il va falloir certainement faire quelque chose, parce

que les gens ne sont plus intéressés à aller faire un travail de nègre avec des rémunérations qui ne sont pas meilleures qu'en ville. Je peux encore ajouter que les premières années où j'ai pratiqué en campagne, j'ai profité, pendant quelques années, jusqu'à 1960 — vous allez me dire que j'ai relié toute mon affaire à 1960 — d'une prime d'éloignement sans que je l'aie demandée. Ce n'est pas cela qui m'a mis riche une prime d'éloignement de \$90 par mois. Malgré tout cela, presque la majorité des gens avaient l'impression que j'étais payé là pour les traiter gratuitement. \$90 par mois, je pense que ce n'est pas cela qui peut attirer un médecin en campagne.

A mon humble opinion, ce n'est pas par des primes d'éloignement que vous allez attirer des médecins à la campagne. On l'a suggéré cet après-midi, il y aurait peut-être lieu d'essayer d'intéresser les médecins étrangers qui n'ont pas pu faire reconnaître leur droit de pratique, à l'heure actuelle, dans la province, temporairement peut-être leur faciliter la tâche du côté de la campagne. Deuxièmement, peut-être intéresser les étudiants en médecine en leur payant une partie de leurs études moyennant l'engagement d'aller servir à la campagne pour quelques années. Il y aurait peut-être là une politique d'incitation pour les attirer en campagne, mais il y aurait peut-être lieu surtout, comme le ministre l'a mentionné cet après-midi, d'essayer de faciliter les choses par la construction de petits hôpitaux. C'est beaucoup plus important que les gens qui sont loin de ces milieux peuvent le croire. C'est que, premièrement, le médecin ne verra plus ses patients s'en aller complètement en dehors, deuxièmement, le médecin se retrempera dans le milieu médical, et cela pourra lui permettre de se recycler et de pratiquer une médecine qui est beaucoup plus intéressante.

M. LE PRÉSIDENT: La décentralisation, à ce moment-là, des hôpitaux de la province?

M. GAUTHIER (Berthier): La décentralisation relative, si vous voulez; tout de même il ne faut pas s'imaginer qu'on construira de grands hôpitaux généraux où il n'y a pas de médecins, où il n'y a pas le bassin de patients possibles.

On a mentionné aussi que ce manque à trouver des jeunes médecins pour aller pratiquer à la campagne n'affectait pas que la profession médicale. On trouve ceci dans d'autres professions. Et encore là, le médecin de campagne qui pratique un peu loin des centres est obligé de cumuler d'autres fonctions.

Pour ma part, allant m'installer avec tout

l'enthousiasme d'un néophyte à la campagne, je m'étais juré, entre autres choses, que je ferais de la médecine, un point c'est tout. La force des circonstances m'a obligé à en arracher, parce que j'ai arraché beaucoup de dents, j'en arrache encore aujourd'hui, avec un succès X; mais tout de même, la réputation est surfaite, mais elle est bonne.

Mettez-vous dans la peau du pauvre patient ou du touriste qui est rendu à 50 ou 60 milles dans le bois, il est fort heureux de trouver un médecin qui se pliera à ses caprices pour lui enlever, sans douleur, je vous prie de me croire, la dent qu'il a contre son prochain.

Il reste aussi que le médecin de campagne est obligé, entre autres choses, de dispenser ses médicaments. Pour celui qui a à juger de ce problème derrière un bureau, en ville, l'affaire est bien simple et, d'un coup de plume, on peut dire au médecin; Débarrassez-vous de vos médicaments. Personnellement, j'en ai des médicaments. Je ne demanderais pas mieux demain matin, que de m'en débarrasser. Mais, premièrement, c'est que je ne suis pas un pharmacien, n'en déplaît à M. le Président; deuxièmement je pense bien que j'aurais d'autres choses plus importantes à faire que de compter des pilules. Troisièmement..

M. LE PRÉSIDENT: Pardon, pardon... Le rôle du pharmacien ne consiste pas seulement à compter des pilules!

M. GAUTHIER (Berthier): Troisièmement, c'est qu'en plus de tout cela, assez souvent et malheureusement plus souvent qu'autrement, nous sommes obligés de donner des soins, des consultations et en plus de payer les médicaments que nous fournissons à crédit.

A l'heure actuelle, vous allez me poser la question justement au moment où je suis, à toutes fins pratiques, absent une grosse partie de l'année du lieu où je pratique, les médicaments sont fournis par des pharmaciens qui viennent en faire la livraison. Sans vouloir porter plainte, je ne suis pas un porteur de plaintes, mais on surveille les pauvres médecins, qui, une fois de temps à autre, vont vendre des médicaments plus ou moins sans prescription surtout à des étrangers de passage, il y aurait peut-être lieu, si on veut fendre les cheveux en quatre, de faire une petite enquête pour se rendre compte du genre de médicaments qui sont livrés par ces pharmaciens-là et, souvent, sans prescription.

M. LE PRÉSIDENT: Oui, mais il existe une loi, je pense, du Collège des pharmaciens qui

permet justement aux médecins comme vous, le député de Berthier, de vendre, de tenir une pharmacie dans les endroits éloignés où il n'y a justement pas de pharmaciens. A ce moment-là, il n'y a pas de problème, il n'y a pas de plainte du Collège des pharmaciens contre le médecin qui fournit des médicaments dans ces endroits-là.

M. GAUTHIER (Berthier): Le problème que je veux mentionner, c'est justement au moment où je ne suis pas là, à l'heure actuelle, c'est qu'il y a des pharmaciens de Joliette ou autres qui vont faire la livraison de médicaments pour lesquels ils n'ont pas de prescription. Je veux parler par exemple des Librium ou des Valium ou de tranquillisants semblables, ça reste quand même...

M. LE PRESIDENT: A ce moment-là, il s'agit de porter plainte au Collège des pharmaciens.

M. GAUTHIER (Berthier): Loin de moi cette idée, mais c'est tout de même pour vous retremper, pour vous faire le portrait du contexte. Il reste que la profession médicale en général s'est montrée assez rébarbative — il faut l'admettre bien sincèrement, je pense - à l'idée de l'assurance-maladie. Il reste que pour nous les médecins de campagne, les médecins qui pratiquent surtout en milieu éloigné des centres hospitaliers, nous sommes fortement favorables. Au moins les patients que nous traiterons seront bien traités et surtout nous serons payés pour les soins que nous leur aurons donnés. Il reste qu'à l'heure actuelle nous retirons paiement du ministère de la Santé pour les assistés sociaux que nous pouvons traiter. Je pense bien que ce n'est un secret pour personne au ministère de savoir qu'avec la mentalité que nous connaissons de nos gens de campagne, souvent nous sommes incités — je ne dis pas que nous le faisons souvent, mais malheureusement il faut le faire de temps à autre — c'est que nos gens nous demandent de charger une visite qui n'a pas eu lieu pour leur permettre de payer les médicaments qu'ils n'auraient pas les moyens de se procurer autrement.

Il reste de tout ceci qu'il y a certainement un coup de barre à donner, soit de la part du ministère de la Santé, du Collège des médecins et d'autres intéressés pour trouver la solution pour attirer nos médecins en campagne. Que nous le voulions ou non, les gens sourient quand nous leur disons ceci: La médecine de campagne est faite encore de dévouement et c'est dans cet esprit qu'à l'heure actuelle — je ne suis pas le

seul de ma profession à le faire — nous le faisons plus avec dévouement qu'avec autre souci parce que si c'était dans la recherche d'un revenu, il serait assez facile de trouver ailleurs avec beaucoup moins de travail et beaucoup moins de responsabilité.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, le député de Berthier qui parle en connaissance de cause, a souligné, à mon avis, un aspect très important de ce problème.

Sans améliorer le milieu de façon à le rendre plus attrayant au médecin, il n'y a pas de prime d'éloignement qui suffira pour l'y attirer. Peut-être temporairement, mais certainement pas pour faire implanter un personnel médical dans ces régions éloignées. C'est un problème extrêmement complexe et extrêmement difficile.

Je voudrais poser une question au ministre à ce sujet précis. Il y a un cercle vicieux dans lequel se trouvent les médecins de famille dans plusieurs régions de la province. Quelques-uns quittent la médecine générale pour se lancer en spécialité; ou prennent leur retraite et ne sont pas remplacés. Le fardeau de celui qui reste est augmenté d'autant et la pression sur lui s'augmente pour qu'il trouve un autre moyen de vivre, un autre secteur de l'exercice de sa profession pour avoir une vie un peu plus intéressante, un peu moins exigeante.

Il me semble qu'il y a présentement des bourses qui sont offertes aux médecins de famille qui veulent se spécialiser dans certains domaines, dans la psychiatrie par exemple. Il me semble que si un médecin de famille voulait se spécialiser en anesthésie peut-être que là — je suis moins certain — le ministère de la Santé lui trouverait un montant qui lui permettrait de se perfectionner. La question que je pose est celle-ci: Est-ce que le ministère de la Santé offre des avantages, offre des bourses, offre des compensations monétaires ou autres à ceux qui veulent s'établir comme médecins de famille?

M. CLOUTIER: Le député a mentionné plus particulièrement la psychiatrie. Il est exact que le ministère de la Santé a fait un effort très considérable du côté de la formation des psychiatres, et on a surtout fait le recrutement chez les médecins de pratique générale à qui nous avons offert des bourses. Ils sont allés se spécialiser et ces bourses sont conditionnelles. La condition, évidemment, était qu'ils retournent pratiquer à un endroit prédéterminé, et cette condition était, pour quelques années, l'équivalent d'années de la bourse d'étude. Voilà l'effort qui a été fait quant à la psychiatrie. Il n'existe pas, sauf erreur, au ministère de la Santé de

programme identique en ce qui concerne les médecins de pratique générale. Ce que le député veut dire, je crois, ce serait pour permettre aux médecins de pratique générale de retourner faire un stage de formation dans le domaine de la pratique générale de la médecine.

M. GOLDBLOOM: Ce que je veux dire, c'est que l'encouragement offert par le ministère de la Santé est en sens unique. C'est un encouragement au médecin de famille à quitter la médecine générale. Il n'y a pas d'encouragement en sens inverse, pour encourager le médecin qui est indécis peut-être, qui pourrait choisir de s'établir à un endroit où l'on a besoin d'un médecin de famille, ou qui pourrait choisir de se perfectionner et de se spécialiser. Il n'y a pas d'encouragement qui incite ce médecin à opter pour la médecine générale, la médecine de famille, mais il y a des encouragements qui l'attirent vers des spécialités.

M. CLOUTIER: LES encouragements qui existent sont des encouragements de nature législative. Ils ont l'assistance médicale, le député l'a mentionné tantôt, en milieu défavorisé, parce que toutes les régions éloignées comportent une partie importante de la population qui sont des économiquement faibles ou des assistés sociaux. C'est un aspect important, la législation d'assistance médicale. Il y a aussi la politique à laquelle a fait allusion le député de Berthier tout à l'heure, l'implantation de petits hôpitaux qui sont des outils de nature à intéresser davantage, à faciliter l'exercice de sa profession pour le médecin de pratique générale qui est éloigné, à la condition que ce petit hôpital n'aille pas au-delà de sa vocation, à la condition que ceux qui exercent la profession n'entreprennent pas non plus de poser des actes médicaux pour lesquels ils ne seraient peut-être pas — je n'emploierai pas le mot « habileté » — mais disons des actes médicaux qui sont ordinairement posés par des spécialistes à l'intérieur d'une spécialité bien déterminée.

Il y a aussi cette législation d'assurance-maladie qui, évidemment, complétera, si l'on veut, l'assistance médicale et permettra, comme le député de Berthier l'a mentionné tantôt, aux médecins d'être rémunérés pour les soins médicaux qu'ils doivent dispenser à la population.

Le ministre d'Etat me fait penser aussi à la politique d'implantation de réseaux de soins à domicile qui vont aussi compléter le réseau hospitalier et qui vont permettre aux médecins, à l'intérieur de ces réseaux, de dispenser des soins pour lesquels ils seront rémunérés. Mais

il n'existe pas de politique de bourses comme on en a mise sur pied pour la psychiatrie ou d'autres spécialités.

Evidemment, je ne sais pas si le ministre d'Etat à la Santé veut ajouter quelques remarques au sujet de cet aspect particulier, mais je crois que, jusqu'à maintenant, les médecins de pratique générale, tels que ceux qui ont pris la parole l'ont mentionné, ont dû pratiquer, surtout il y a plusieurs années, dans des conditions un peu plus difficiles, et ce ne sont pas les primes d'éloignement qui peuvent vaincre toutes les difficultés auxquelles font face les médecins de pratique générale qui veulent pratiquer dans des régions éloignées.

M. GAUTHIER (Berthier): Je terminerai sur une note gaie, une petite anecdote gaie, aujourd'hui, avec le recul du temps, au sujet du premier accouchement que j'ai fait à Saint-Michel-des-Saints. J'avais remplacé une garde-malade qui était payée par le gouvernement; pour le premier accouchement que le jeune médecin a fait, il avait chargé \$25. Pour être bien franc, j'en ai eu pour deux ou trois mois à sauver ma réputation, car j'ai passé pour un voleur. Je pense bien que ce n'était pas si cher que cela, parce qu'il y a vingt et un ans de cela et je n'ai pas encore touché cinq cents.

M. LAFRANCE: J'ai été fort intéressé par les réflexions que vient de faire le député de Berthier parce qu'il faut dire que, dans la région de l'Estrie, plusieurs des comtés de notre région souffrent précisément de ce manque de médecins, de médecins qui, de plus en plus, désertent nos campagnes. Je crois qu'avant 1966, une commission d'étude avait décidé ou avait recommandé de construire de petits hôpitaux un peu partout à travers la province.

Je voudrais savoir de la part du ministre et du ministre d'Etat à la Santé s'il y a une nouvelle orientation ou si c'est toujours la même philosophie qui prévaut au sujet de ces petits hôpitaux.

M. CLOUTIER: Evidemment, le député de Richmond est intéressé à parler du problème de façon générale, mais il a mentionné...

M. LAFRANCE: Générale...

M. CLOUTIER: D'une façon générale. A ce moment-là, je ne donnerai pas de cas particuliers. Nous y reviendrons à l'article prévu pour ce genre de discussion. Mais j'ai eu l'occasion, à mon arrivée au ministère, de me pencher plus particulièrement sur ce problème d'implanta-

tion de petits hôpitaux. Etant donné que, dans ma région, le problème existe, comme l'ont mentionné le député de Berthier et le député des Îles-de-la-Madeleine cet après-midi, et comme semble l'indiquer le député de Richmond, cette politique du ministère de la Santé est maintenant bien établis. Nous sommes en train de dresser la carte d'implantation de ces petits hôpitaux, maternités et cliniques, qui devront répondre à certaines normes bien précises auxquelles j'ai fait allusion il y a un instant. Il y a, actuellement, plusieurs acceptations de principe par le conseil des ministres, acceptation de principe que je pourrai détailler plus tard, lorsque nous serons rendus à l'article des constructions d'hôpitaux.

Cette carte d'implantation sera discutée, et nous aurons l'occasion d'échanger des renseignements sur ces projets avec le Collège des médecins. Parce que nous voulons la collaboration du Collège des médecins afin que dans ces régions nous puissions recruter des médecins qui iront pratiquer dans ces petits hôpitaux.

Là où il y a un seul médecin actuellement, dans ces régions, nous demandons et nous posons comme condition qu'il y en ait un autre qui aille se joindre à ce médecin qui y est déjà, afin qu'ils pratiquent au moins en équipe de deux. Cela est une condition.

Une deuxième condition, c'est que la vocation de ce petit hôpital ne soit pas transgressée de sorte que la qualité des soins qui se donnent à l'intérieur de cette petite institution ne soit jamais mise en doute. Nous voulons que ce petit hôpital travaille en étroite collaboration avec l'hôpital régional qu'on pourra qualifier d'un niveau supérieur surtout par le personnel et les effectifs médicaux qui y travaillent. Donc, il y aura une relation très étroite entre ce petit hôpital et l'hôpital régional.

Du point de vue médical, nous avons aussi exprimé le désir qu'il y ait une relation du point de vue administratif afin que les administrateurs de l'hôpital régional puissent apporter leurs connaissances et leur expérience à l'équipe administrative d'un petit hôpital local, qui est peut-être moins bien préparée à assumer ses fonctions de responsabilité. Ce sont là des critères qui, évidemment, devront être respectés.

Le point important sur lequel je reviens c'est que les actes médicaux posés dans ces petits hôpitaux devront être sous la responsabilité d'un directeur médical d'un hôpital régional afin que — j'y reviens encore — il soit sûr, il soit certain que la qualité de l'acte médical qui sera posé dans cet hôpital soit indiscutable.

En règle générale, on peut dire que, dans ces petits hôpitaux, ces petites institutions, il

n'y aura pas de chirurgie sauf petite chirurgie mineure quand il sera indiqué qu'il doit y en avoir. Mais c'est une clinique d'urgence, de premiers soins, de maternité. Il y aura aussi, dans ces petites cliniques, des lits de malades chroniques et de convalescents afin de décongestionner nos hôpitaux généraux et de permettre à ces malades de pouvoir continuer de recevoir des soins plus près de leur milieu et pour faciliter, comme on l'a mentionné cet après-midi, l'accessibilité de la famille à la chambre d'hôpital. Je pense qu'aux considérations techniques et médicales, nous ajoutons là des considérations humaines et sociales.

Nous pourrions, du côté de la santé, équiper toutes les régions de la province, comme nous le faisons en éducation quand on sait que dans ce domaine il y a des institutions plus considérables, il y a des institutions de niveau universitaire, collégial ou CEGEP, secondaire et primaire. Alors, il sera réalisable, je crois, dans le domaine de la santé que nous ayons un peu la même structure du point de vue institutionnel à partir des hôpitaux de qualité très supérieure comme les hôpitaux de qualité universitaire où il y a enseignement et recherches. Vous aurez, en plus de cela, des bons hôpitaux régionaux qui ont des équipes médicales assez complètes avec des spécialistes et vous aurez de ces petits hôpitaux à vocation locale reliés médicalement et administrativement à un hôpital régional.

Je crois que nous avons là la gamme d'institutions qui peuvent desservir de façon satisfaisante le territoire du Québec.

M. LAFRANCE: M. le Président, une simple observation. Je remercie le ministre d'avoir apporté des précisions à cette politique et d'avoir pris une position aussi claire et aussi catégorique. Je dois dire que c'est une politique qui, certainement, répondra aux besoins des campagnes et cela nous rassure au sujet de certaines rumeurs qui ont circulé, il y a peu de temps dans la province, disant que c'était l'intention du ministère de la Santé de faire disparaître tous ces petits centres hospitaliers pour avoir uniquement de grands centres régionaux, ce qui, à mon humble avis, aurait été très néfaste à tous points de vue.

Donc, le ministre, si je comprends bien, continue, ni plus ni moins, la politique qui a été préconisée par l'honorable Couturier, il y a déjà quelques années. Je suis heureux de l'entendre et je crois que c'est logique.

M. LE PRÉSIDENT: Maintenant que le député de Richmond a été rassuré sur les politiques

du ministère concernant un problème qui a été soulevé cet après-midi par des omnipraticiens, par des spécialistes, par les membres de la commission on quelque sorte, c'est-à-dire le problème du médecin, de l'omnipraticien pratiquant dans des endroits éloignés de même que les hôpitaux à caractère local, et nous avons entendu tout à l'heure les réponses du ministre concernant ces politiques. Je crois qu'il serait peut-être préférable de passer à un autre poste, à une autre observation ou de passer tout de suite au poste budgétaire 1 du présent budget.

M. PEARSON: J'aurais justement une question sur le même sujet. Etant donné que le ministre lui-même, disons depuis au moins un an ou un an et demi, a déjà un plan organisé pour les institutions pour personnes âgées, par exemple, n'y aurait-il pas possibilité, quand il parle de ces fameux petits hôpitaux — puisqu'il a étudié, si vous voulez, certains milieux — « d'accrocher » ces hôpitaux, puisqu'ils ont déjà une clientèle. Il y a des personnes âgées qui sont refusées par les hôpitaux, qui ne savent pas où aller et qui, à un certain moment, ont besoin de soins assidus. Il faudrait dispenser, à ce petit hôpital, les soins indispensables comme ce que vous avez mentionné tantôt, les cas d'urgence, et les fournir à vos institutions pour personnes âgées, dans certains milieux.

M. CLOUTIER: Nous avons, dans nos institutions pour personnes âgées, une section réservée qu'on appelle l'Infirmierie qui est un peu un centre de transition vers une autre institution si la personne a davantage besoin de soins. Je ne crois pas que nous puissions avoir dans la même institution pour personnes âgées une autre institution pour malades chroniques. D'abord, il y a une raison bien simple — je ne discute pas de la progression de la maladie, ou des soins médicaux nécessités par ces deux types de patients — mais les institutions pour personnes âgées relèvent d'une politique bien spéciale, politique bien définie du ministère de la Famille et du Bien-Etre social: financement par la Société d'habitation du Québec et opération partagée en vertu d'un programme conjoint, le régime canadien d'assistance publique fédérale-provinciale. Tandis que nos hôpitaux pour malades chroniques relèvent de l'autorité du ministère de la Santé, le coût en est partagé entre le fédéral et le provincial en vertu de la Loi de l'assurance-hospitalisation. Il ya donc des différences essentielles.

D'ya une institution mitoyenne — et je crois que c'est celle-là dont veut parler précisément

le député — c'est l'institution pour soins de garde, où c'est un type de patient qui est situé à mi-chemin entre le malade chronique ou le convalescent qui vient de deux endroits, qui vient de l'hôpital ou qui viendrait justement de l'Institution de soins de garde. Et, d'un autre côté, vous avez le malade chronique et convalescent. Vous avez, d'autre part, la personne âgée qui vient du foyer pour personnes âgées et qui a besoin d'une institution pour soins de garde à mesure que son état, son âge ou sa condition demandent davantage de soins.

Alors, il y a là une zone grise qu'il n'est pas facile de délimiter. Nous avons actuellement des officiers des deux ministères qui travaillent à ce problème pour déterminer quelle serait l'intégration possible et harmonieuse de ce type d'Institutions: foyer pour personnes âgées, institution de soins de garde, institution pour malades chroniques et convalescents et l'hôpital. Alors, il y a là une progression qui se fait dans les deux sens et qui rejoint, au centre, ce genre de patient auquel songe particulièrement le député.

M. PEARSON: M. le ministre, en somme, je n'avais aucune espèce de modalités. Egalement, je pense que ce n'est pas facile d'établir des règles strictes. Je pense que chaque cas devrait être étudié en particulier. Je pense à certains endroits où il se fait beaucoup de sport comme à Sainte-Adèle, à Saint-Adolphe ou ailleurs. La majorité des cas urgents sont des jambes fracturées. Les gens sont obligés de descendre à Saint-Jérôme ou à Saint-Laurent, disons. Si vous aviez un hôpital du genre dans ces endroits, en plus de desservir les personnes âgées, il pourrait servir en même temps, pour des cas urgents, C'est un cas particulier. Ailleurs, cela peut être des cas différents. Je ne voudrais pas généraliser. Je vous présente un cas spécial.

M. CLOUTIER: Toutes ces petites cliniques dont on a parlé et qui seront implantées dans le territoire du Québec, surtout dans les régions un peu plus éloignées, tiendront compte aussi des besoins spéciaux de cette région. Dans une région qui longe la frontière des états américains, où il se fait beaucoup d'opération forestières, où il y a des milliers et des milliers de travailleurs de la Forêt, il est normal que, dans un tel endroit où il y aura implantation d'une petite clinique, il y ait des soins et un aménagement spécial pour ce genre de patients qui sont sujets à des accidents de travail, des fractures ou tout genre d'accidents reliés au métier.

Alors nous étudions de façon spéciale le programme de chacune de ces institutions, de ces petits hôpitaux afin qu'ils répondent bien aux besoins de la région.

Le député mentionne des endroits où il y a des accidents attribués aux sports, surtout dans des endroits de villégiature, l'été ou l'hiver. Il nous faudra prévoir, dans des petites cliniques, entre autres celle de Berthier, celle de Saint-Gabriel-de-Brandon, les services appropriés et suffisants pour répondre aux besoins de la population.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, j'aimerais terminer nos considérations générales par quelques petites questions. Nous avons discuté la production d'effectifs de la santé et nous avons reçu...

M. CLOUTIER: A ce sujet, est-ce que le député de D'Arcy-McGee me permettra une correction à propos du nombre d'étudiants que j'ai donné juste avant l'ajournement de six heures? Il s'agit des étudiants de nos facultés de médecine du Québec en 1969. Il y aura des corrections à apporter aux chiffres que j'ai donnés: à l'université Laval, 123; à l'Université de Montréal, c'est 105 étudiants; à McGill, c'est 120, et à Sherbrooke, évidemment il n'y en a pas, ce sont les premiers finissants, ceux qui vont finir cette année. Alors, cela fait 418 étudiants qui termineront leurs études en 1969. Et il est prévu qu'en septembre 1970, ceux qui vont commencer leurs études, les chiffres sont plus considérables que ceux que j'ai donnés à six heures: à l'université Laval, il y en a 200; à l'Université de Montréal, 200; à Sherbrooke, 96, je crois avoir donné 72; à McGill, 135 au lieu de 120; ce qui donne donc 631 étudiants qui s'inscriront en septembre 1970, d'après les doyens des facultés de médecine, chiffres que nous avons vérifiés pendant l'ajournement de six heures. Et la proportion est donc de 100 médecins par million de population, cela sera supérieur en 1970 aux chiffres de l'Ontario.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, je suis très heureux de ces corrections. J'ai été sur le point justement de faire allusion à ces chiffres. Le ministre n'est pas sans savoir néanmoins qu'une très forte proportion de ces finissants en médecine se dirigent depuis plusieurs années vers les secteurs de la médecine qui ne sont pas réellement la pratique ordinaire de la médecine mais plutôt la pratique spécialisée et limitée.

Nous connaissons, dans certaines de nos facultés de médecine, une proportion très éle-

vée de finissants qui se spécialisent, au point où, dans tout le continent nord-américain et encore plus dans d'autres pays moins développés que les nôtres, on se penche sur la question des techniciens de la santé, des infirmières qui, avec une formation plus poussée, seraient des infirmières praticiennes. Il y a déjà de petites études qui se font ici au Québec. Je ne sais pas si le ministre est déjà au courant ou non; j'ai devant moi la revue *Pediatrics* du mois de mai 1967, qui contient un rapport publié conjointement par le département de pédiatrie et l'école des infirmières de University of Colorado Medical Center, intitulé « A program to increase health care for children: the pediatric nurse practitioner program ». Est-ce que c'est un genre de solution auquel pense le ministère de la Santé en ce moment? Est-ce que le ministère s'intéresse à des expériences de cette nature? Est-ce que le ministère les appuie?

M. BOIVIN: C'est une chose évidemment qui relève un peu des associations professionnelles, je sais que, dans certains domaines, par exemple comme en anesthésie, la pénurie des anesthésistes nous porte à penser qu'il pourrait y avoir une formation entre celles du médecin et de l'infirmière. Il y a certaines spécialités qui y songent.

Maintenant c'est le problème du Collège des médecins, de voir s'ils peuvent permettre de poser des actes médicaux par des paramédicaux qui seront sous la surveillance du médecin. Je crois que ce problème relève surtout des associations professionnelles qui discuteront entre elles, avec les universités et les écoles.

M. GOLDBLOOM: Eventuellement, cependant, le ministère de la Santé sera obligé de s'y intéresser et de prendre ses responsabilités dans ce domaine.

M. BOIVIN: Lorsque le Collège des médecins nous présentera peut-être son bill ainsi que les associations professionnelles telles que les infirmières, probablement que nous aurons d'excellentes suggestions dans ce domaine.

M. GOLDBLOOM: Oui.

M. CLOUTIER: Je voudrais ajouter aux remarques du ministre d'Etat qu'actuellement, le comité fédéral-provincial sur l'étude des coûts de santé qui étudie cet aspect particulier et qui s'interroge sur la distribution des responsabilités attribuées à chacune des fonctions dans le domaine de la santé, M. le sous-ministre et le

directeur de l'assurance-hospitalisation, M. Pleau de l'hôpital Saint-Sacrement et le Dr Roger Dufresne siègent à ce comité dont c'est l'une des responsabilités d'étudier cet aspect.

M. GOLDBLOOM: Une de ses préoccupations Deuxième question sur les infirmières: L'Association des infirmières de la province me fournit le chiffre 2,300 étudiantes qui sont admises chaque année à l'étude de cette profession, et les dirigeantes de l'association me disent qu'en termes généraux ce nombre semble suffire aux besoins de la province.

Tout de même, nous constatons chaque été le problème que connaissent la plupart de nos hôpitaux, la pénurie de personnel qui oblige de fermer certains services; un certain nombre de lits n'est pas disponible l'été. Le ministère de la Santé, évidemment, est obligé de fournir les services et les soins nécessaires ou plutôt de voir à ce que ces services et soins soient fournis. Est-ce que le ministre a des commentaires sur ce problème qui, dans certains hôpitaux, est assez aigu?

M. CLOUTIER: Oui, il y a un problème d'utilisation et de rotation de personnel. On sait que la convention qui existe à l'intérieur des hôpitaux actuellement permet aux infirmières de prendre leurs vacances entre le 15 juin et le 15 septembre. Alors, à cette période de l'année, il se produit une difficulté majeure pour nos hôpitaux, à savoir comment vont-ils recruter du personnel de remplacement pour permettre aux hôpitaux de fonctionner normalement?

C'est un problème assez aigu et qui fait l'objet d'une attention très spéciale dans la discussion de la convention actuelle. Le problème de la rotation est abordé peut-être différemment pour permettre un fonctionnement — il est entendu que le fonctionnement de nos hôpitaux, à certaines périodes de l'année, ne peut pas toujours garder la même courbe, ne peut pas toujours avoir le même rendement — mais de toute façon, pour s'assurer que le rendement des hôpitaux soit, même en période d'été, tout de même, suffisant et permette une utilisation rationnelle et raisonnable des locaux.

Je ne sais pas si le ministre d'Etat...

M. BOIVIN. Il est évident que la pénurie s'est fait sentir davantage lors de la dernière convention quand on a diminué les heures de travail. Maintenant, vous savez que la vie professionnelle d'une infirmière n'est pas très longue parce que, dans la moyenne, je crois qu'elle est de trois ans et demi. Alors, il faut un recrutement très intense pour obvier aux méfaits du mariage de ce côté.

Une autre difficulté, si le député de d'Arcy-McGee me le permet. Le sous-ministre vient de me rappeler une difficulté que nous connaissons bien, c'est que la convention collective actuelle ne permet pas le transfert d'une infirmière d'une unité de nursing à une autre unité.

Il n'y a pas de mobilité de personnel infirmier. un des aspects importants de la négociation actuelle, de permettre plus de mobilité à l'intérieur des hôpitaux, surtout au chapitre du personnel infirmier.

M. GOLDBLOOM: Avant-dernière question, M. le Président, elle est assez spécifique. Je crois que le ministre a présentement en main un projet de modifications de la Loi des infirmières qui permettrait des changements qui sont attendus depuis très longtemps: l'admission des hommes à l'exercice officiel de cette profession et, deuxièmement, la baisse de l'âge minimal auquel la licence peut être décernée, de 21 à 19 ans, ce qui devient extrêmement important à cause du transfert de cette formation des écoles hospitalières aux CEGEP. Puisque ce changement se fait présentement et que les étudiantes-infirmières seront admises aux CEGEP cet automne, est-ce que le ministre peut nous assurer que ces modifications seront faites?

M. CLOUTIER: Nous avons donné notre accord.

M. GOLDBLOOM: Cela, c'est un pas dans la bonne direction et le dernier pas...

M. CLOUTIER: Nous prenons les dispositions pour que cela se fasse.

M. GOLDBLOOM: Bon, très bien. Dernière question, M. le Président. La commission Hall, en présentant son rapport, a insisté beaucoup sur la valeur de la médecine de groupe comme solution globale au problème de la distribution des soins médicaux. Le juge Hall lui-même est partisan de cette thèse qui veut que, si les médecins s'organisent en groupe, la plupart des problèmes disparaîtront. Aux États-Unis — j'ai déjà attiré l'attention du ministre là-dessus — on va déjà plus loin que cela; on organise un certain nombre de centres de médecine communautaire, où des équipes de médecins et autres professionnels de la santé prodiguent des soins d'ensemble et avec un certain succès. Je ne propose pas cette formule comme étant la seule ou nécessairement la bonne, mais je voudrais savoir à quel point le ministère s'intéresse à cet aspect de l'évolution de nos soins médicaux, de nos soins de santé en ce moment.

M. BOIVIN. Il y a des groupements évidemment... Cela a été peut-être laissé à l'initiative des spécialités, mais actuellement il y a une tentative de regroupement de médecins de la même spécialité et de différentes spécialités. Nous n'avons pris aucune position pour nuire à l'organisation de ces groupes, et je crois que c'est une chose recommandable.

M. GOLDBLOOM. Il y a deux projets pilotes si vous voulez — quoique ces deux projets relèvent d'une initiative tout à fait privée, je pense — à Pointe-Saint-Charles à Montréal et également dans un secteur près de la rue Papineau, je crois que la clinique s'appelle la clinique Saint-Jacques. Est-ce que le ministère accorde un appui financier quelconque à ces projets ou est-ce que le ministère pourrait être convaincu d'y accorder un intérêt particulier?

M. CLOUTIER. Je connais personnellement plusieurs projets de la nature de celui mentionné par le député de D'Arcy-McGee. Il y aurait la polyclinique médicale poulaire, il y aurait la clinique Saint-Jacques et, à Québec, il y aurait aussi la clinique — je crois que c'est dans l'aire numéro 10 où une clinique fonctionne. Nous ne donnons pas de subvention directe pour ces cliniques. Il y aurait apparemment une étude qui serait faite par les autorités fédérales sur ce genre de cliniques pour aussi savoir quel est leur lien avec l'assurance-hospitalisation.

De notre côté, au Québec, j'ai demandé que l'on en fasse une étude pour le ministère de la Famille et du Bien-Etre social, parce qu'il y a là aussi des implications sociales, parce que ces cliniques sont implantées en milieu défavorisé ou dans un milieu économiquement faible. Actuellement, nous ne donnons pas de subvention directe à l'installation de telles cliniques.

M. BOIVIN. Après l'organisation de l'assurance-maladie, ce sera peut-être une chose qui se fera plus rapidement et qui sera plus facile. Actuellement les regroupements offrent des honoraires souvent accrus et les patients sont obligés de payer.

M. GOLDBLOOM. Le ministre d'Etat a raison. Ces cliniques sont organisées dans des secteurs défavorisés précisément parce que la pratique normale de la médecine n'est pas très attrayante, beaucoup des malades ne sont pas en mesure de défrayer le coût des soins. Mais, avec l'assurance-maladie, justement, dans ces secteurs la médecine sera aussi intéressante que dans tout autre secteur.

M. LE PRESIDENT. Le député de Saint-Laurent.

M. PEARSON. M. le Ministre, j'aurais une dernière question d'ordre général. Peut-être la question a-t-elle été posée, je ne le sais pas. On sait la difficulté qu'ont les policiers lorsqu'arrivent certains accidents pour faire admettre certains malades dans certains hôpitaux. Quelquefois on a vu dans les journaux qu'ils ont été obligés de faire deux ou trois hôpitaux. Je soulignerai également la difficulté qu'ont certains médecins qui ne sont pas attachés spécifiquement à tel hôpital à faire admettre des malades pour des cas assez urgents. Est-ce que ces problèmes ont été étudiés? Le ministère a-t-il des solutions à proposer pour régler ces problèmes?

M. CLOUTIER. Le sous-ministre a eu l'occasion, à plusieurs reprises, de discuter avec la direction des hôpitaux de Montréal de la répartition en zones de la ville de Montréal pour les cas d'urgence. Il y a là véritablement un problème. Des études actuellement n'ont pas débouché sur un système parfaitement bien rodé qui fonctionnerait sans anicroche. Personnellement — j'ai eu connaissance par les journaux — et probablement que plusieurs députés également ont eu connaissance de certaines situations, de certains faits, de certains événements, de certains endroits où des patients auraient été refusés à cause du manque de locaux, à cause d'un service d'urgence insuffisamment équipé ou à cause d'un manque d'espace.

De toute façon tous ces services de nos hôpitaux, particulièrement les hôpitaux de Montréal, en ce qui concerne les services d'urgence, les laboratoires, les cliniques externes font l'objet de priorités. Nous espérons que le plus tôt possible tous les hôpitaux de Montréal et spécialement ceux qui sont au carrefour de certaines grandes avenues, de certaines rues qui constituent un débouché plus normal pour l'hôpital, nous espérons que tous ces hôpitaux seront bien équipés afin qu'il n'y ait pas de refus de malades ou d'accidentés qui arrivent à l'urgence.

M. PEARSON. Voyez-vous, moi, j'ai l'impression — je ne suis pas médecin — que si on n'a pas de lit pour un malade en particulier, on le refuse. Il me semble qu'une directive pourrait peut-être être donnée au moins pour qu'on examine le patient, et si on n'a pas de lit, une fois examiné, qu'on l'oriente ailleurs.

M. CLOUTIER. Dans les règlements d'hô-

pitaux, le ministre d'Etat pourrait vous dire mieux que je ne saurais le faire les articles qui concernent cet aspect particulier parce que le ministre d'Etat a fait...

M. BOIVIN: Il y a un certain nombre de lits qu'on est censé garder pour les urgences. Evidemment on ne peut pas endosser toutes les erreurs qui sont faites par certaines personnes. Dans l'ensemble on peut dire que ces cas-là, ces erreurs sont soulignées à grand renfort de publicité.

M. PEARSON: Exactement.

M. BOIVIN: De façon générale, les directeurs des hôpitaux sont censés garder un certain pourcentage de lits pour recevoir les urgences.

M. GOLDBLOOM: C'est ça.

M. PEARSON: C'est ce que je voulais mentionner. Même s'ils n'ont pas de lit, qu'au moins, à ce moment-là, si on arrive avec quelqu'un et qu'on soupçonne une crise cardiaque ou en cas de blessure grave, il y ait un interne ou un médecin pour l'examiner, si c'est un cas très grave, quitte, après coup, à l'envoyer dans un autre hôpital et avoir un lit.

M. BOIVIN: C'est ce qu'on fait en général, mais, comme je vous le dis, il y a certaines erreurs humaines qui sont faites et qui sont soulignées de grand renfort de publicité.

M. PEARSON: Oui, oui. Ce sont justement celles qui font le plus mal.

M. BOIVIN: Maintenant ce n'est pas aussi facile qu'on le croit. Il arrive assez souvent, par exemple, que certains malades sont examinés dans ces hôpitaux et devraient être dirigés vers certains hôpitaux spécialisés où réellement, ce soir-là, il manque de place.

Prenez un malade qui subit une fracture du crâne, bien, on peut dire que tous les hôpitaux ne peuvent pas s'équiper pour recevoir et pour donner réellement les traitements à ces malades. Alors certains soirs, certaines fins de semaine, il peut arriver que ces hôpitaux soient comblés. Alors en donnant davantage des ressources, en ajoutant des lits dans des régions où réellement c'est nécessaire, on pense pouvoir en venir à corriger ces situations.

M. LE PRESIDENT: D'autres questions? On passe au poste budgétaire 1: Administration.

M. GOLDBLOOM: Je pense que, par principe et par tradition, nous aimerions réserver notre droit de parler davantage sur ce poste, mais nous aimerions quand même passer en revue les articles, un par un.

M. LE PRESIDENT: Article 1: Traitements et indemnités? Adopté?

M. GOLDBLOOM: Adopté, M. le Président.

M. LE PRESIDENT: Article 2: Frais de voyage?

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRESIDENT: Article 3: Frais de bureau et autres dépenses? Adopté?

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRESIDENT: Article 4: Matériel, articles de bureau, impressions et abonnement? Adopté?

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRESIDENT: Article 5: Traitement électronique des données?

M. GOLDBLOOM: Là, il me semble que des explications s'imposent, la différence étant assez impressionnante.

M. CLOUTIER: Il s'agit d'imputations à partir du ministère de la Famille et du Bien-Etre social. On sait qu'il y a un centre des données pour les deux ministères. Le budget principal est au ministère de la Famille et du Bien-Etre social. Il y a imputations à certains articles. Si les députés n'ont pas d'objection, quand les crédits du ministère de la Famille et du Bien-Etre social viendront, je donnerai tous les détails à ce moment, parce que c'est là où est la responsabilité précise pour cet article.

M. LE PRESIDENT: Adopté, article 5. Article 6: Publicité et information? Adopté?

M. GOLDBLOOM: A l'article 6, je pense que le ministre connaît mes opinions sur les montants qui sont affectés à ce qui est, dans le domaine de la santé, une responsabilité très importante. Je suis encore une fois, cette année, déçu de voir que le montant affecté à la publicité et à l'information ne connaisse aucune augmentation.

Je sais que le ministre me répondra qu'il y

a l'Office d'information et de publicité, mais nous en avons suffisamment discuté dans d'autres circonstances, je pense, pour que je ne reprenne pas toutes les attaques contre cet office... Le ministère de la Santé est responsable de la santé publique conjointement avec d'autres organismes, je le sais; mais, la responsabilité principale est certainement celle que détient le ministre lui-même. Il y a des problèmes réels et des problèmes qui mettent en jeu la santé des citoyens. Je voudrais prendre un seul exemple. Le prenant, je m'excuse auprès de mes collègues de la table qui ont la cigarette à la main, mais j'ai l'intention d'en parler...

M. LAFRANCE: Très bien... et la boisson aussi!!!

UNE VOIX: Il y a longtemps que vous l'attendiez celle-là...

M. GOLDBLOOM: Je vous céderai la parole sur ce sujet-là...

Nous savons tous que tout récemment, Radio-Canada a pris une décision en ce qui concerne les annonces publicitaires sur la cigarette.

J'ai devant moi une directive émise par le directeur général de mon hôpital qui déclare — et c'est en date du 30 avril de cette année — qu'à partir de cette date aucune cigarette ne sera vendue dans l'hôpital. On encourage les médecins à donner l'exemple à leurs malades qui, en l'occurrence, sont des enfants, et à ne pas fumer dans l'hôpital et surtout pas devant les enfants.

Il y a eu, il y a déjà six ou sept ans, une étude faite par un pédiatre canadien très distingué, le Dr Harry Medovy de Winnipeg, sur les habitudes des écoliers de la ville de Winnipeg. Nous avons tous été bouleversés d'apprendre qu'à partir de la 1^{re} année, à l'école, déjà quelques enfants avaient l'habitude de fumer. Il y a toute l'évidence scientifique sur laquelle je n'insiste pas, sauf pour citer des études faites sur les bébés qui naissent d'une mère qui fume; le bébé est en moyenne plus petit. J'ai ici la livraison du Journal de l'Association médicale canadienne du 3 août 1968, à la page 200. Je cite à partir du résumé de l'article sur la cigarette: « La saturation moyenne d'hémoglobine en oxyde de carbone dans le sang veineux était de 8,3% chez les fumeuses et de 1,2% chez les non-fumeuses. » Evidemment, plus d'oxyde de carbone, moins d'oxygène en général.

Pour rattacher tout cela au sous-article que nous discutons, celui de la publicité et de l'information, je donne l'exemple du New York

Times Magazine du 4 mai de cette année, qui, en première page, donne six exemples d'affiches publiées par la American Heart Association pour encourager tout le monde à cesser de fumer.

Or, M. le Président, il me semble que la preuve contre la cigarette est suffisamment abondante pour que l'autorité publique prenne une certaine responsabilité à ce sujet. Radio-Canada vient de le faire. J'espère que le ministère de la Santé le fera et si l'on me dit — puisque j'ai fait allusion à mes collègues qui fument autour de moi, moi je ne fume pas — que c'est assez difficile pour l'adulte d'abandonner ses habitudes, c'est au moins possible de donner une éducation sanitaire, si vous voulez, aux enfants du Québec pour les empêcher d'adopter cette habitude qui mène au cancer, aux troubles cardiaques, à des difficultés, quand on donne naissance à un bébé. Alors, je demande très sérieusement au ministre de la Santé de songer à lancer, non seulement cette campagne de publicité, mais d'autres campagnes auxquelles il pourra facilement penser avec la collaboration de tous ses officiers.

M. CLOUTIER: Le député de D'Arcy-McGee prêche par l'exemple. Je suis bien à l'aise pour en parler, parce que j'ai cessé de fumer il y a déjà plusieurs années. Le ministère de la Santé travaille de plus en plus en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation dans tout ce domaine des drogues et aussi dans le domaine de la cigarette, de la lutte contre les dangers du tabac. Nous faisons, dans les unités sanitaires, la distribution d'une littérature contre l'usage du tabac, et nous sommes très satisfaits de cette décision de Radio-Canada de défendre, de ne pas accepter de publicité au sujet de la cigarette.

Je crois que le fédéral était beaucoup mieux placé que la province à ce chapitre-là. La Société Radio-Canada a posé un geste que nous approuvons sans réserve. Quant au Québec, nos moyens de publicité sont peut-être plus limités que ceux du fédéral étant donné que l'usage de la télévision était déjà un instrument de publicité, un instrument très fort. Alors l'absence de publicité sur les ondes de Radio-Canada est certainement de nature à aider ce travail contre les dangers de l'usage du tabac. En ce qui concerne notre ministère, nous avons conscience que c'est en travaillant de très près avec le ministère de l'Éducation, nous, par nos unités sanitaires, et le ministère de l'Éducation, par les campagnes d'éducation qu'il peut faire auprès des étudiants, que nous lutterons de la façon la plus logique et de la plus directe et

efficace contre le tabac et son usage.

M. LE PRÉSIDENT: D'ailleurs, M. le Ministre, une association professionnelle, l'Association des pharmaciens, en collaboration avec l'OPTAT, fait une campagne présentement dans le Québec contre les drogues en général et je pense que ça comprend la nicotine qui est dans le tabac. On met les étudiants en garde contre le danger de ces substances.

Est-ce que l'article 6: Publicité et information est adopté?

Adopté. Article 7.

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRÉSIDENT: Article 8.

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRÉSIDENT: Donc le poste budgétaire 1 adopté dans son entier.

M. GOLDBLOOM: Avec la réserve que j'ai exprimée au début, M. le Président, simplement pour la forme.

M. LE PRÉSIDENT: C'est à l'article 5?

M. GOLDBLOOM: Non, non, nous réservons le droit de revenir sur ce poste en Chambre quand le rapport sera fait. Pour la forme.

M. CLOUTIER: Oui, on garde toujours un article.

M. LE PRÉSIDENT: Très bien! Poste budgétaire 2: Assurance-hospitalisation. Article 1: Administration. Sous-article 1: Traitements. Sous-article 1, adopté?

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRÉSIDENT: Sous-article 2.

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRÉSIDENT: Sous-article 3.

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRÉSIDENT: Sous-article 4.

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRÉSIDENT: Sous-article 5.

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. CLOUTIER: Le député constatera au poste budgétaire 1, article 5 qu'il y a des programmes qui ont été transférés au poste budgétaire 2, sous-article 5 au traitement électronique des données. Il y a une diminution. C'est une question d'imputation sur laquelle je reviendrai dans les crédits de l'autre ministère.

M. GOLDBLOOM: Oui, d'accord.

M. LE PRÉSIDENT: Sous-article 6, adopté.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, je pense qu'au sous-article 6, surtout avec l'augmentation intéressante du montant qui lui est attribué, nous aimerions avoir des explications de la part du ministre. Quelles sont les études, recherches et enquêtes qui sont entreprises?

M. CLOUTIER: Il y a d'abord tous les comités consultatifs du ministère et particulièrement celui de l'assurance-hospitalisation. J'en donnerai une liste pour le renseignement, la satisfaction des membres de la commission.

Il y a le comité de radiologie, le comité de diagnostic et thérapeutique, le comité de planification des lits chroniques et généraux, le comité de relation du personnel professionnel, le comité de recherche de laboratoire, le comité de contrôle d'arbitrage. Il y a le comité du nursing, le comité des cadres supérieurs, le comité d'étude des tâches dans les hôpitaux et c'est le plus considérable. Il y a une somme de \$100,000 prévue au travail de ce comité qui sert aussi pour la négociation.

M. GOLDBLOOM: Est-ce que, parmi ces études, recherches et enquêtes — surtout enquêtes — le ministère entreprend une étude de la qualité des soins fournis dans les hôpitaux? Je sais que certaines statistiques sont fournies au ministère qui permettent d'évaluer la qualité de ce qui est fait dans certains hôpitaux et nécessairement par les médecins. Est-ce que c'est une activité importante à l'intérieur de...

M. CLOUTIER: Est-ce que le député veut dire la qualité de l'acte médical?

M. GOLDBLOOM: Pas la qualité du point de vue professionnel, mais certaines statistiques qui permettent de juger que, dans un hôpital donné, les habitudes ne sont pas les meilleures...

M. CLOUTIER: De consommation?

M. GOLDBLOOM: La consommation ou la durée de séjour?

M. CLOUTIER: Il y a une indication, la durée de séjour, nous l'avons pour tous les hôpitaux. Nous avons des statistiques qui peuvent nous renseigner...

M. BOIVIN: Nous avons un département, évidemment, qui a des normes médicales pour voir à ce que tout se fasse selon des critères de qualité.

M. LE PRESIDENT: Est-ce que les réponses vous sont satisfaisantes?

M. CLOUTIER: L'analyse que nous faisons au ministère de la Santé, l'analyse du rapport, en termes techniques genre P.A.S. (Professional Activity Study), admission, sortie des patients, cela complète l'information que j'ai donnée tout à l'heure au sujet de la durée de séjour des patients. C'est une étude systématique sur laquelle nous allons mettre l'accent davantage parce que c'est là une indication précise du degré d'efficacité des hôpitaux.

M. GOLDBLOOM: Je me rappelle que quand je portais un autre chapeau, celui de gouverneur du Collège des médecins, le ministère de la Santé a fourni certains renseignements à même les statistiques traitées par les ordinateurs, qui permettaient au Collège des médecins d'agir contre certaines pratiques qui n'étaient pas acceptables. On avait décelé une mauvaise médecine par moyen de ces statistiques et par leur analyse.

M. CLOUTIER: Dans les cas particuliers, quand il y a indication des problèmes que vient de mentionner le député, nous les référons au Collège des médecins. Mais je dois dire à ce sujet que non seulement nous sommes en position de les détecter pour les hôpitaux, mais également, pour l'assistance médicale. Les renseignements que nous avons nous permettent de porter un jugement d'ensemble sur la pratique médicale des médecins par comparaison, ou, en prenant la pratique même du médecin en cause.

M. GOLDBLOOM: Il existe au Canada au moins un service privé d'analyse des statistiques hospitalières qui est offert, qui peut être acheté par les hôpitaux. Est-ce que c'est une dépense admissible au budget ou est-ce que le ministère de la Santé insiste pour faire cette analyse lui-même?

M. CLOUTIER: Nous développons le service au ministère actuellement.

M. GOLDBLOOM: Est-ce que le Québec détient toujours le championnat de la durée du séjour?

M. CLOUTIER: M. le Président, nous avons des statistiques intéressantes à donner sur le coût par patient et aussi sur la durée de séjour en 1968. J'ai ici la moyenne de séjour dans nos hôpitaux généraux, la moyenne de séjour est de 10.74, et, dans nos hôpitaux pour malades chroniques, évidemment, on comprendra qu'elle est plus longue. La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux pour malades chroniques, c'est de 182.95 jours. La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux en 1968, dans les hôpitaux publics généraux et chroniques était de 12.99 jours. Nous allons vous donner la comparaison avec l'Ontario dans un instant.

M. GOLDBLOOM: Et avec l'an dernier?

M. CLOUTIER: En 1969, j'ai donné tantôt au député pour les hôpitaux généraux 10.74 alors disons 10.8 et, en 1967, on me fournit le chiffre à l'instant, 10.97. Si le député veut poser d'autres questions, nous y reviendrons.

M. GOLDBLOOM: Oui, certainement.

M. LE PRESIDENT: Le sous-article 6 est adopté?

M. GOLDBLOOM: Oui.

M. LE PRESIDENT: Enquêtes et recherches.

M. LAFRANCE: Un instant. Si je comprends bien nous sommes au sous-article 6: Est-ce que ce serait le moment de parler de certaines enquêtes qui ont été faites dans certains hôpitaux de la province, en particulier l'enquête Trahan à l'hôpital de Windsor?

M. LE PRESIDENT: En parler ici ou bien à l'article 2; Hospitalisation et services externes.

M. GOLDBLOOM: Hospitalisation et services externes.

M. LAFRANCE: Alors, je peux en parler tout de suite, M. le Président?

M. LE PRESIDENT: Oui, à condition qu'on accepte le sous-article 6.

M. GOLDBLOOM: Oui, certainement.

M. LE PRÉSIDENT: Sous-article 6, adopté. Hospitalisation et services, article 2 du poste budgétaire 2.

M. LAFRANCE: M. le Président, je voudrais, en ce moment, comme représentant du comté de Richmond, soumettre à l'attention des membres de la commission une situation qui a été faite à la population de Windsor, situation que je considère très injuste et très discriminatoire à l'endroit d'une population de 20,000 à 30,000 habitants. Je crois que le gouvernement devrait, dans ce cas, reviser la décision qu'il a prise à ce sujet.

Les faits, M. le Président, les voici. A Windsor, un hôpital existait depuis déjà 15 ans environ. Cet hôpital était devenu, comme petit hôpital local, l'un des plus modernes de la province avec deux salles d'opération, obstétrique, salle d'urgence, salle de radiologie, laboratoire, cuisine moderne, enfin tout. A la suite de certains conflits, conflits de personnel, conflits entre médecins, et aussi, à la suite de conflits entre le personnel syndiqué, le gouvernement, le ministère de la Santé a jugé à propos de décréter en janvier 1965 une enquête qui était présidée par le juge Trahan.

Cette commission d'enquête a remis son rapport, je crois, en décembre 1968. Et dans ses recommandations, la commission suggérait de changer la vocation de l'hôpital, que l'institution devienne un hôpital pour malades chroniques seulement. Je n'ai pas besoin de vous dire que ce fut un tollé général, non seulement dans la ville de Windsor, mais également dans toute la région, un tollé général qui n'est pas encore dissipé et qui aura certainement des répercussions.

Les motifs qui ont été invoqués par la commission d'enquête, sont, d'abord l'incompétence de l'administration, ensuite les abus dans la pratique de la médecine, en particulier de la chirurgie, et, enfin, la proximité d'hôpitaux dans la ville de Sherbrooke et du nouveau centre universitaire de l'université de Sherbrooke. Incompétence et négligence de l'administration, quand on se donne la peine de consulter un peu le rapport de la commission Trahan, je crois que c'est bien évident. Mais, je ne crois pas que ce soit là une raison qui justifie la disparition de l'hôpital. Et c'est un des principaux motifs qu'on a apportés.

Deuxièmement, l'abus de la pratique de la médecine, en particulier de la chirurgie; là encore, je ne crois pas qu'on doive en imputer la responsabilité à la population. Si je suis bien informé, je crois qu'il existe un Collège des médecins. Il lui appartient, évidemment, c'est lui qui a les

seuls pouvoirs de surveiller l'acte médical et en même temps de freiner, en certains cas, les appétits peut-être un peu trop voraces de certains chirurgiens.

Le troisième point, c'est la proximité des hôpitaux de Sherbrooke. On dit que c'était à peine à cinq ou dix minutes de Sherbrooke. M. le Président, l'expérience nous démontre que cela nécessite au minimum vingt à trente minutes pour pouvoir avoir accès aux hôpitaux de Sherbrooke.

A l'heure actuelle, il y a une pénurie de lits dans les hôpitaux de Sherbrooke et le centre universitaire n'est certainement pas en mesure de recevoir des malades, je crois que c'est surtout un centre de recherche qui se limitera à prendre certains cas bien spéciaux. Alors je crois que le ministère de la Santé devrait, en toute justice pour la population de Windsor et de la région, une population importante qui réunit de 20,000 à 30,000 habitants, devrait rétablir au moins un service d'urgence et aussi une salle d'obstétrique ou de maternité, quel est le terme qu'on emploie?

M. LE PRÉSIDENT: Obstétrique.

M. BOIVIN: Les deux.

M. LAFRANCE: Alors, j'aimerais, M. le Président, que le ministre puisse dire aux membres du comité qu'il se propose de reviser la décision que je considère injuste et discriminatoire pour la population de Windsor, qu'il se propose de reviser sa décision et de rétablir, petit à petit, ces services que la population est bien justifiée d'avoir.

M. BOIVIN: Je pense bien que, quand on dit que nous avons été injustes pour la population, ce que nous devons fournir à la population, c'était une certaine protection. Ce qui nous a été révélé par l'enquête publique qui a été tenue, c'est qu'il se faisait une mauvaise médecine. L'enquête a été faite par le Collège des médecins et par un juge et ses commissaires. Ils nous ont donné des conclusions que nous devons suivre il me semble, pour la protection publique.

M. LAFRANCE: M. le Président, si j'ai une voiture dont le moteur fait défaut, est-ce que je vais mettre ma voiture au rebut au lieu de la soumettre à un mécanicien. Il n'appartient pas à la population de corriger s'il y a certains abus qui sont pratiqués ou s'il y a certaines négligences soit de la part de l'administration ou de la part des médecins, la population n'a

aucun pouvoir. Il appartient soit au Collège des médecins ou soit au ministère de la Santé de corriger ces abus. Je ne crois pas que cela justifie la disparition de l'hôpital et je ne crois pas non plus que le rapport Trahan soit un article aussi important que la bible, c'est une simple recommandation et il appartient au ministère de la Santé de prendre ses responsabilités.

M. BOIVIN: Au stade où nous en sommes actuellement, il fallait tirer des conclusions d'après le rapport qui nous a été fait par la commission d'enquête. Je ne dis pas que ces décisions seront prises pour l'éternité, mais actuellement, au stade où nous en sommes, nous devons prendre l'attitude que nous avons prise pour la protection du public.

M. LAFRANCE: Mais, je crois, M. le Président, que c'est une attitude, que c'est une décision extrémiste et discriminatoire. On punit la population de choses dont elle n'est pas responsable, dont elle n'est pas coupable. On aurait très bien pu...

M. BOIVIN: Nous ne punissons pas la population, nous la protégeons en prenant l'attitude que nous avons prise.

M. LAFRANCE: M. le Président, je ne partage pas l'opinion du ministre. Je ne crois pas qu'on la protège en lui enlevant des services qu'elle avait acquis et qu'elle méritait, qu'elle...

M. BOIVIN: Mais par qui doivent se donner ces services?

M. LAFRANCE: Par des médecins.

M. BOIVIN: Où sont-ils vos médecins qui pratiquaient là?

M. LAFRANCE: Ils sont partis depuis que l'hôpital est fermé. Cela rejoint justement le problème qui a été soulevé par le député de Berthier. Avec la disparition de l'hôpital, eh bien, il y a plusieurs médecins qui se sont envolés. M. le Président, je trouve vraiment et je comprends qu'ils se soient...

M. BOIVIN: Ils s'étaient envolés avant la conclusion du rapport d'enquête et avant que la conclusion sorte publiquement.

M. LAFRANCE: Disons qu'à ce moment-là il y avait une menace qui planait et d'ailleurs les médecins ont senti qu'on allait prendre des mesures assez arbitraires et assez radicales...

M. BOIVIN: C'est ce que je vous dis...

M. LAFRANCE: C'est pour cette raison que...

M. BOIVIN: C'est ce que je vous dis. Au stade où nous en sommes, nous étions justifiés de prendre l'attitude que nous avons prise.

M. LAFRANCE: M. le Président, est-ce que le ministère de la Santé, à chaque fois qu'il trouve qu'il y a des abus ou qu'il y a des erreurs qui se commettent tant au point de vue administratif qu'au point de vue médical dans certains hôpitaux, fait disparaître les hôpitaux.

Même le juge Trahan qui fait partie d'un hôpital de Montréal, où on a connu, du moins il y a quelques jours, des conflits graves, est-ce qu'on a fait disparaître l'hôpital?

M. BOIVIN: On vous adittout à l'heure qu'on voulait installer un réseau de petits hôpitaux...

M. LAFRANCE: Oui, mais vous en faites disparaître...

M. BOIVIN: ... qui pouvaient dépendre d'un hôpital plus important, l'hôpital régional, où se dispense les services de toutes les spécialités. Vous avez un exemple avec l'hôpital de Windsor, un petit hôpital qui a dépassé les limites de ses capacités médicales, où il s'est fait de la chirurgie sans anatomo-pathologiste.

M. LAFRANCE: A qui la faute?

M. BOIVIN: On a mis un terme à ça, parce que l'enquête qui a été faite adémontré que cette médecine-là ne devait pas se pratiquer dans ces petits hôpitaux, tel que ça s'est pratiqué.

Je vous ai dit qu'au stade où nous étions, nous avions un conflit d'ouvriers, un conflit du personnel syndiqué, et nous devons prendre des décisions très rapides, parce que nous étions devant un hôpital qui était vide, et le personnel syndiqué était en grève. Il fallait régler le conflit d'ouvriers. Il fallait ensuite suivre les recommandations de la commission. Encore une fois, je vous le répète au stade où nous sommes actuellement devant le résultat de l'enquête, devant l'attitude que les médecins ont prise, devant l'attitude du Collège des médecins, il fallait conclure comme nous avons conclu. Comme je vous le dis — évidemment que ce n'est peut-être pas une décision prise « ad vitam aeternam » — nous étions justifiés de prendre cette décision dans le temps. On vous l'a écrit et on l'a écrit au conseil d'administration dans ce temps-là, c'est évident que la situation a changé avec le développement qui s'est fait à Sherbrooke, à

peine à 15 milles de Windsor, cela nous incitait à prendre la décision que nous devons prendre avec le développement universitaire qui s'établissait à Sherbrooke, à 15 milles de Windsor.

M. LAFRANCE: Si je comprends bien, le ministre vient de le dire, de façon assez vague, est-ce l'intention du ministère de la Santé de rétablir, au fur et à mesure, certains services, par exemple une salle d'urgence et ensuite une salle d'obstétrique? Est-ce l'intention du ministère de le faire à brève échéance?

Je dois vous dire, comme je l'ai dit au début de mes remarques, que c'est un véritable tollé général, chez nous, dans notre région. Voici un centre industriel qui est à proximité de Richmond. Ce fut une levée de boucliers de la part de toutes les municipalités environnantes, de toutes les associations qui ont protesté contre cette façon absolument arbitraire de régler un problème. Si quelqu'un souffre à une jambe, on n'ampute pas la jambe. On essaie de traiter le point qui est malade. Alors si je n'ai pas l'assurance que le ministère se propose, prochainement, de rétablir ces services, j'ai bien l'intention de me servir de tous les moyens influents pour demander que justice soit faite à cette région.

M. LE PRÉSIDENT: Le ministre d'Etat vous a dit que c'était une mesure temporaire.

M. LAFRANCE: Oui, il a parlé en termes assez nébuleux.

M. BOIVIN: Il y a une chose sûre, c'est qu'évidemment, nous tenons compte, au ministère de la Santé, de l'initiative du milieu. Les hôpitaux sont des corporations publiques qui fonctionnent de façon autonome. Nous ménageons l'autorité de chacun des hôpitaux qui s'administrent réellement d'eux-mêmes.

Vous ne pouvez pas dire que pour ce qui est arrivé à Windsor, que les positions du ministère de la Santé sont peut-être des positions extrémistes. Nous ne pouvons faire intervenir le ministre de façon arbitraire. La loi ne nous le permet pas, d'ailleurs. Nous devons attendre que les commissions d'enquête nous expliquent réellement, en toute justice, ce qui se passe dans les milieux hospitaliers. Alors d'après le rapport de l'enquête, on a blâmé les administrateurs et la profession médicale qui étaient en chicane tous les deux puisqu'ils étaient sous le coup d'un arbitrage ou d'une conciliation. Alors le conflit ouvrier a éclaté devant ce manque d'autorité et nous ne pouvions pas, au ministère de la Santé, prendre d'autre décision quand

nous savions très bien qu'il n'y avait aucune autorité dans l'hôpital.

La preuve est que nous avons dû envoyer une mission qui devait reprendre, si vous voulez, l'autorité pour régler la situation telle que nous l'avons réglée. Il était beaucoup plus facile, évidemment, de rétablir les services d'un hôpital chronique tel que nous le recommandaient la commission d'enquête et le rapport que nous a fait la mission.

M. LAFRANCE: L'admission?

M. BOIVIN: La mission que nous avons envoyée, après le rapport d'enquête, s'enquérir du conflit ouvrier, constata que le conseil d'administration n'avait pas d'autorité et que personne n'était capable de régler le problème du personnel syndiqué. Alors nous avons dû prendre les décisions que nous avons prises à mesure que les événements se déroulaient.

M. LAFRANCE: M. le Président, dans des occasions comme celles-là, n'est-ce pas pratique courante au ministère, de prendre une institution en tutelle par exemple?

M. BOIVIN: Oui, mais avec le résultat de l'enquête comment pouvions-nous réinstaller les mêmes administrateurs, les mêmes médecins dans cet hôpital? C'est une question de fait, nous avons là une situation qui ne pouvait tenir.

M. LAFRANCE: Bien, il y a une chose qui aurait pu se faire. Je crois que si le ministère de la Santé avait suivi lui-même de plus près, un peu, ce qui se passait à l'hôpital de Windsor, il aurait pu corriger, je crois, les abus qu'on déplore à l'heure actuelle.

Mais, je le répète et je voudrais bien me rendre aux arguments du ministre... D'ailleurs, je tiens à le remercier. Il a reçu très aimablement des délégations de mon comté. C'étaient des délégations venues vainement le rencontrer, mais tout de même, il les a reçues avec beaucoup de gentillesse et je le remercie. Mais je dois dire que je n'accepte pas et que la population n'accepte pas qu'on ferme une institution comme celle-là uniquement parce qu'il y a certaines irrégularités. C'est inconcevable.

M. BOIVIN: Mais est-ce que la population accepte qu'on la protège?

M. LAFRANCE: Sûrement. C'est évident, mais ce n'est pas une façon de la protéger que de l'amputer. Je ne crois pas que ce soit une

façon de la protéger en faisant disparaître quelqu'un. Est-ce qu'on va tuer quelqu'un pour le protéger? Excusez la comparaison que je viens de faire, mais...

M. BOIVIN: On peut être obligé de couper un membre pour protéger la vie d'une personne.

M. LAFRANCE: Là, vous auriez pu éviter, je crois, je parle en simple profane, de faire cette amputation en corrigeant tout simplement le « bobo » qui pouvait exister. J'attire l'attention du ministre titulaire de la Santé. Je sais qu'il vit lui aussi dans un petit centre rural, je sais qu'il comprend l'importance de ces petits centres hospitaliers pour la population. C'est non seulement important au point de vue de la santé, mais c'est aussi important au point de vue industriel. Nous avons un petit centre industriel, Richmond, qui est à huit ou dix milles seulement de Windsor, et cet hôpital de Windsor desservait également la ville de Richmond. Le maire est venu d'ailleurs ici faire des représentations, et l'une des questions posées précisément par ces industriels qui veulent s'installer dans une ville, c'est: Est-ce qu'il y a des services hospitaliers? C'est aussi très important à ce point de vue là.

Alors, j'espère que, prochainement, le ministère décidera de rétablir certains services à l'hôpital de Windsor.

M. HOUDE: M. le Président.

M. LE PRESIDENT: M. le député de Saint-Laurent.

M. PEARSON: M. le ministre a mentionné tantôt qu'il avait blâmé les administrateurs et les médecins également. Est-ce que le ministre pourrait nous dire si ces mêmes médecins ont été rayés de la profession médicale ou s'ils sont allés continuer l'exercice de leur profession ailleurs?

M. LAFRANCE: Bonne question.

M. PEARSON: Parce que, s'ils sont allés ailleurs, à ce moment-là, ce ne sont que les victimes qui ont été punies, c'est-à-dire les malades.

M. BOIVIN: Je sais que plusieurs de ces médecins-là sont passés devant le comité de discipline du Collège des médecins.

M. LAFRANCE: Je ne le connais pas beaucoup le comité de discipline, mais j'ai l'impression

qu'il n'est pas très sévère, M. le Président. Je m'embarque sur un terrain assez glissant...

M. BOIVIN: Le député de D'Arcy-McGee pourrait vous en dire quelque chose parce qu'il a déjà fait partie du Collège des médecins.

M. LAFRANCE: Mais une chose comme cela, M. le Président...

M. LE PRESIDENT: Nous ne sommes pas au Collège des médecins, mais bien à l'Assemblée nationale à discuter du budget de la santé.

M. HOUDE: Le ministre d'Etat a insisté énormément sur la protection donnée aux gens de Windsor, alors personnellement je suis très heureux pour les gens de Windsor d'avoir reçu cette protection.

M. BOIVIN: C'est cela.

M. HOUDE: Etant donné qu'il est grandement question d'un hôpital à Laval, je me demande si Laval va hériter de tous ces mauvais médecins. Alors, si on ne veut pas tuer les gens dans Windsor...

M. BOIVIN: Ce serait peut-être la meilleure façon de protéger la population de ne pas bâtir d'hôpital là.

M. HOUDE: Voici ce que je voulais dire: Est-ce que le ministère peut savoir, justement lorsqu'un médecin, après enquête, est devenu presque une menace, s'il est suivi ou si on dit tout simplement: Monsieur, quittez Windsor et si le gars va s'ouvrir...

M. BOIVIN: Ordinairement, quand il passe au comité de discipline, il y a des punitions. Maintenant, j'ignore...

M. PEARSON: Autrement dit, vous n'êtes pas sûr.

M. BOIVIN: Je ne sais pas tout ce qui s'est passé sur le plan administratif depuis le rapport. Je ne connais pas non plus les condamnations du Collège des médecins, mais tout ce que je peux dire c'est que ces médecins ont passés au comité de discipline.

M. PEARSON: Une chose dont nous sommes certains, par exemple, c'est que les malades doivent faire quinze milles de plus et que vous ne savez pas où sont rendus les médecins.

M. BOIVIN: C'était nécessaire pour leur protection, dans le temps, je vous le dis, à ce stade où nous étions, nous devons afficher cette attitude.

M. PEARSON: Une deuxième question, M. le Ministre, vous aviez mentionné, pour autant que je me souviens, que vous avez établi un hôpital chronique. A ce moment-là, vous êtes allés chercher d'autres médecins. Est-ce que cela aurait été plus difficile de laisser le même hôpital là et d'aller chercher d'autres médecins pour que le même hôpital puisse continuer d'exister?

M. BOIVIN: Ce ne sont pas les mêmes soins qui se donnent à un hôpital chronique...

M. PEARSON: Tout de même, disons, c'est...

M. BOIVIN: Il n'y a pas de chirurgie dans un hôpital chronique.

M. PEARSON: Oui, mais quand vous allez faire du recrutement.

M. HOUDE: Ce sont les anciens patients qui sont devenus chroniques.

M. BOIVIN: Et un hôpital chronique ne nécessite pas non plus la quantité de médecins que nécessitait un hôpital de soins intensifs.

M. PEARSON: Non, mais écoutez, quand on fait du recrutement — disons que vous allez chercher un médecin peut-être de médecine générale ou un spécialiste — cela doit se trouver. C'est peut-être un peu plus difficile, cela peut peut-être prendre trois jours de plus.

M. BOIVIN: Nous n'avons pas la responsabilité de recruter pour les hôpitaux, nous, au ministère de la Santé. C'est l'initiative du milieu, je vous l'ai dit tout à l'heure. Même si vous voulez aller ouvrir cet hôpital-là, quel médecin ira y pratiquer? Quelle certitude avons-nous, nous, actuellement, qu'une équipe de médecins va se rendre dans cet hôpital pour donner tous les soins qui se donnaient avant?

M. PEARSON: Mais si, comme vous dites, vous avez blâmé l'administration, à ce moment-là, vous preniez votre responsabilité. Vous dites l'administration: Dehors!

M. BOIVIN: C'est-à-dire que c'est l'enquête qui a révélé ce qui se passait dans l'hôpital.

M. PEARSON: Comme solution, vous avez

fermé l'hôpital. Vous avez ouvert un hôpital pour malades chroniques. Les patients voyagent quinze milles. Au lieu de mettre sur pied une autre corporation ou de susciter une autre corporation à se faire une réputation, mais quand même...

M. BOIVIN: Je pense bien que l'initiative... Je me fie à l'initiative du milieu. Comme je vous l'ai dit, nous avons pris les recommandations de la commission, mais que l'Initiative du milieu suscite d'autres initiatives, qu'elles se prennent dans le milieu. On verra.

M. LAFRANCE: M. le Président, c'est bien beau de dire: Que la population prenne des initiatives! La population a pris une initiative à Windsor; de peine et de misère elle a réussi à ériger cet hôpital et voici qu'on le supprime tout simplement.

Je voudrais bien, moi, M. le Président, après...

M. BOIVIN: A la suite des faits qui se sont passés...

M. LAFRANCE: Bien oui! Mais, je ne crois pas que ça justifie la disparition d'une institution uniquement parce qu'il y a un certain désordre qui existe, certaines irrégularités.

Je voudrais bien, M. le Président, avoir du ministre titulaire une certaine assurance aujourd'hui. Parce que vous pouvez être sûr qu'à la suite des pressions qui sont exercées sur moi, je vais être obligé, comme député de Richmond, de recourir à d'autres moyens qui ne sont pas agréables — pas du chantage — des moyens légaux. Je suis en faveur de la contestation, mais dans l'ordre. Alors, j'aimerais que le ministre puisse apporter quelques commentaires sur certaines représentations que j'ai faites au sujet de cet hôpital, et ça peut se répéter dans d'autres centres de la province.

M. CLOUTIER: Est-ce que le ministre d'Etat, avant que je ne prenne la parole, voudrait — il reste quelques minutes...

M. BOIVIN: L'une des recommandations transmises au ministre de la Santé disait que l'hôpital Saint-Louis devait cesser d'exister comme hôpital général.

M. LAFRANCE: Bien oui, ce n'est pas la bible, ça!

M. BOIVIN: Bien, ce n'est pas la bible...!

M. LAFRANCE: C'est une simple recommandation...

M. BOIVIN: Mais sur quoi est-ce qu'on s'est basé pour recommander ça?

M. LAFRANCE: On s'est basé sur le témoignage de médecins de Sherbrooke. Les hôpitaux ne doivent pas exister pour les médecins. Evidemment, c'est plus accommodant pour des médecins de Sherbrooke de visiter tous leurs patients dans un grand hôpital régional que d'aller dans deux ou trois hôpitaux différents.

M. BOIVIN: Je vais continuer, si vous voulez. Si les membres de la commission en sont venus à cette conclusion qui peut paraître radicale, ce n'est pas sans en avoir examiné tous les aspects. La pauvre qualité des soins constatée à l'hôpital de Windsor depuis 1963 a été le facteur déterminant sous-jacent à cette recommandation.

La commission est convaincue que la proximité de la ville de Sherbrooke a empêché et empêchera l'hôpital de Saint-Louis d'améliorer cette qualité de soins.

M. LAFRANCE: Oui, justement, M. le Président, la commission s'est appuyée pour faire cette recommandation sur le témoignage — j'ai lu attentivement le mémoire — des médecins résidents de Sherbrooke. Alors, je crois qu'il est bien humain pour un médecin de songer à son petit intérêt personnel plutôt qu'à celui...

M. BOIVIN: Il y avait tout de même deux médecins à la commission, des médecins de Montréal qui n'avaient pas affaire dans ce secteur.

M. LAFRANCE: On dit bien dans le rapport que c'est à la suite des consultations qu'ils ont faites chez certains médecins de la ville de Sherbrooke.

M. CLOUTIER: Est-ce que le député de Richmond préfère attendre à demain pour que je lui donne la réponse, étant donné qu'il est dix heures ou...

M. LAFRANCE: Le ministre m'obligera à recommencer avec d'autres arguments plus frappants. Peut-être que nous serions mieux de finir cela ce soir.

M. CLOUTIER: Je n'ai pas d'objection, M. le Président, si les membres de la commission...

M. PEARSON: Quand le ministre va répondre demain, je lui poserai une question en même temps à laquelle il devra penser. Le ministre d'Etat a donné une réponse tantôt, si vous voulez, un compte rendu de l'enquête. Je pensais que, si la même enquête avait été faite par une grande corporation qui aurait eu un garage, la conclusion n'aurait pas été de fermer le garage mais de changer les mécaniciens. Cela aurait fini là. Mais, dans les circonstances, la conclusion est de fermer l'hôpital. Autrement dit, ceux qui viennent nécessairement à l'hôpital, ce sont eux qui sont punis...

M. BOIVIN: Il ne faudrait tout de même pas comparer un garage à un hôpital.

M. PEARSON: Par comparaison, mais tout de même, en somme, ce sont les clients qui sont punis.

M. LE PRÉSIDENT: Nous allons clore la séance de la commission et les réponses viendront demain. Demain, à trois heures trente, c'est-à-dire après la période des questions en Chambre. Nous sommes rendus à l'article 2 a) du poste budgétaire 2.

(Fin de la séance: 21 h 58)

Séance du 27 mai 1969

(Dix-sept heures dix-neuf minutes)

M. MARTEL (président de la commission de la Santé): A l'ordre, messieurs! Nous continuons au poste budgétaire 2, article 2.

M. LAFRANCE: Nous pourrions attendre le Dr Goldbloom, qui descend immédiatement.

M. LE PRÉSIDENT: D'accord. Maintenant, nous pouvons procéder. Je crois que la parole était au ministre de la Santé.

M. CLOUTIER: M. le Président, avant que nous commençons l'étude des prévisions budgétaires, je voudrais faire parvenir au député de D'Arcy-McGee...

M. LE PRÉSIDENT: Ce sont des prix de présence?

M. CLOUTIER: ... des spécimens de la littérature que nous distribuons, littérature sur le tabac, littérature publiée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social.

M. GOLDBLOOM: Merci, M. le Président. Je remercie le ministre.

M. LAFRANCE: Cette distribution est faite à qui? Cette distribution est faite par le ministère de la Santé du Québec, également?

M. CLOUTIER: Faite par le ministère de la Santé du Québec, oui.

M. LAFRANCE: A qui?

M. CLOUTIER: Dans les milieux des étudiants, dans les milieux des unités sanitaires, par les unités sanitaires.

M. LE PRÉSIDENT: Est-ce qu'on en laisse dans des tabagies, non?

M. CLOUTIER: La perfection de notre distribution ne se rend pas jusque là.

M. GOLDBLOOM: Je note avec plaisir que c'est ici au moins un domaine où il n'y a pas de chicane avec le gouvernement fédéral.

M. CLOUTIER: C'est exact. Une parfaite entente.

M. LE PRÉSIDENT: La parole est au minis-

tre, en réponse aux arguments du député de Richmond concernant l'hôpital de Windsor.

M. CLOUTIER: Le député de Richmond m'avait demandé hier, à la suite de la discussion au sujet de l'hôpital Saint-Louis de Windsor, de lui donner mon opinion comme titulaire du ministère de la Santé sur cette décision que nous avons prise de changer la vocation de l'hôpital Saint-Louis de Windsor.

Evidemment, c'est une décision collégiale. J'ai personnellement signé la lettre conjointement avec le ministre d'Etat, député de Dubuc. En ce faisant, nous nous sommes appuyés d'abord sur le rapport de la commission d'enquête ensuite sur la mission constituée sous la responsabilité du ministère de la Santé, rapport qui corroborait la décision ou la recommandation de la commission d'enquête.

Je dois dire, pour attirer l'attention du député — il le sait d'ailleurs, il a pris connaissance du rapport — que sur la commission d'enquête siégeaient trois médecins nommés par le Collège des médecins. En l'occurrence, il s'agissait du docteur Paul Bourgeois, du docteur Edouard Gagnon et du docteur Yves Leboeuf qui, avec le président de la commission le juge Jacques Trahan, ont fourni au gouvernement un rapport très élaboré sur la situation qui régnait à l'hôpital Saint-Louis de Windsor.

Je ne pense pas qu'il soit utile, M. le Président, de reprendre en détail les conclusions de la commission d'enquête; elles ont été publiées, de même que le rapport a été publié in extenso dans un quotidien de la région du député de Richmond, et je crois que maintenant le rapport est assez connu pour que je ne m'arrête qu'aux recommandations fermes de la commission, recommandations qui disaient que l'hôpital Saint-Louis « doit » cesser d'exister comme hôpital général. On n'a pas dit, l'hôpital « peut » cesser d'exister. Ce sont trois médecins et un juge qui font cette recommandation; ils ont entendu une foule de témoins, ce sont des médecins qui ont travaillé à l'hôpital, des administrateurs de l'hôpital, des membres du conseil d'administration et du public. C'est la conclusion formelle de la commission d'enquête.

A partir de cette recommandation, M. le Président, je crois que le ministère de la Santé n'avait pas le choix, il n'y a pas d'alternative: on nous demande d'adopter une recommandation ferme.

D'autre part, il y avait certainement dans cette ville un besoin à combler: celui des malades chroniques. Il n'y avait pas de ressources pour malades chroniques. Nous faisons as-

sez souvent des conversions de ce genre, M. le Président. Le cas de Saint-Louis de Windsor n'est pas un cas isolé. Je pourrais donner d'autres cas où cette conversion a été demandée par le ministère de la Santé. Pas toujours pour les mêmes raisons, mais le but ou le résultat, les conséquences étaient les mêmes. Donc, il y a eu conversion de cette institution en une institution pour malades chroniques, et cela répond à un besoin.

Quant aux autres besoins des personnes âgées, le député sait que nous voyons à les combler d'autres façons par l'autre ministère.

Mais il reste qu'il y a proximité entre la ville de Windsor et la ville de Sherbrooke. Le député dit que cela prend plus de temps à parcourir la distance entre ces deux villes que ne l'indiquent les cartes routières. De toute façon, il reste que personne ne peut mettre en doute que la ville de Sherbrooke, du point de vue des hôpitaux régionaux, à tous points de vue, est très bien pourvue et s'équipe à l'heure actuelle.

Le député a mentionné que l'hôpital universitaire ne serait pas en mesure de recevoir des patients d'une façon générale.

Je dois lui dire que l'hôpital universitaire de Sherbrooke est un hôpital qui, même si une de ses vocations importantes est l'enseignement et la recherche, a aussi une autre vocation importante, comme tous les hôpitaux universitaires, celle du soin au malade.

M. LAFRANCE: Pas seulement des cas spéciaux?

M. CLOUTIER: Non, pas seulement des cas spéciaux. Il y a aussi quelques centaines de lits, environ 400 lits, qui seront mis à la disposition de la population du Sherbrooke métropolitain et de la région. Tous ces lits seront à la disposition de la faculté de médecine et de l'enseignement aux étudiants qui y font leur entraînement ou leurs études.

Je crois que cette décision du ministère de la Santé, tenant compte de la proximité de la ville de Sherbrooke, tenant compte des hôpitaux bien équipés de la ville de Sherbrooke, tenant compte d'un aménagement très moderne construit et implanté là à coups de millions — on sait ce que ça représente en millions les investissements universitaires — tenant compte également de ce rapport qui nous indique sans équivoque qu'il y avait des lacunes graves à tout point de vue à l'hôpital Saint-Louis de Windsor, je crois qu'il était préférable d'adopter cette solution recommandée fermement par la commission d'enquête.

Quant à la distance, le député a mentionné, je crois, 25 ou 30 minutes...

M. LAFRANCE: J'ai dit que ça pouvait, à certains moments, nécessiter de 20 à 30 minutes à cause de la circulation assez intense à l'entrée de Sherbrooke. C'est à 15 milles de toute façon.

M. CLOUTIER: Je ne connais pas particulièrement le système routier entre Windsor et Sherbrooke, mais j'imagine que là aussi, avec les années, il y aura peut-être des améliorations qui sont prévues et qui faciliteront davantage le rapprochement entre ces deux villes. Si l'hôpital de Saint-Louis de Windsor n'avait pas existé à ce moment-ci comme hôpital général, il ne se serait pas posé de problème au ministère de la Santé parce qu'à mon point de vue, tenant compte des critères que j'ai énoncés hier, il n'y avait pas lieu de consentir à l'implantation d'un hôpital général aussi près des hôpitaux de Sherbrooke, hôpitaux bien aménagés avec des effectifs médicaux complets.

Donc, le problème vient du fait qu'il y avait là une institution hospitalière qui a été implantée au moment où les hôpitaux de Sherbrooke, peut-être, ne suffisaient pas à répondre aux besoins locaux et régionaux. Mais maintenant, ce n'est plus le même problème, le même cas. Devant une institution qui est déficiente et qu'on nous recommande de transformer, dont on nous recommande de changer la vocation, le ministère de la Santé, Je crois, n'avait pas le choix; nous avons accepté cette recommandation ferme de la commission et nous avons changé la vocation de la maison.

Ce n'est pas le même cas pour Asbestos. Nous en parlerons, si le député est intéressé à en parler un peu plus tard au cours de l'étude des crédits. Mais, dans le cas spécifique de Windsor je crois que la solution qui a été acceptée et prise par le ministère de la Santé est la meilleure dans les circonstances.

M. LAFRANCE: Je n'ai pas l'intention et je n'ai pas l'habitude de prolonger indûment les débats, vous le savez. Cependant, on devra me permettre encore quelques brèves observations. On sait que le seul recours que le député peut avoir à l'heure actuelle, puisque tous les autres moyens ont été épuisés... Nous avons tenté par des entrevues de faire reviser cette décision du ministère de la Santé que nous considérons malheureuse. Mais, comme on n'a pas voulu se rendre à ces pressions, je dois, comme député et représentant du comté de Richmond, me servir de cet avant-dernier moyen qu'il me reste, la tribune parlementaire.

Je dois d'abord apporter certaines précisions à certaines déclarations que vient de faire le ministre de la Santé. Quand il dit que maintenant les hôpitaux de Sherbrooke suffisent à la demande de la région, c'est absolument contraire aux faits. Car, dans toute la région de l'Estrie, à l'heure actuelle, il y a de longues listes d'attente qui persisteront encore durant une assez longue période. Quant à l'hôpital universitaire de Sherbrooke, d'après les informations que j'ai pu recueillir de la part de médecins spécialisés, on m'a assuré qu'à l'heure actuelle, on n'était pas en mesure d'accepter des malades et que les malades qui seraient acceptés ne seraient que des cas spéciaux.

Il est évident qu'il n'y aura pas beaucoup de cas de Windsor qui pourront être traités à l'hôpital universitaire de Sherbrooke. Quant à la route, nous avons une route qui est tortueuse et très dangereuse. Il est possible qu'un jour elle soit corrigée. Mais, de toute façon, je ne crois pas qu'on puisse facilement faire la distance en moins de vingt minutes.

Je pense que la population de la région de Windsor s'est montrée raisonnable. Ce qu'elle veut, la population de Windsor... d'abord, la population de Windsor et de la région est bien d'accord; elle déplore, la première, certains abus administratifs et certains abus au point de vue de la pratique de la médecine. D'accord, et nous voulons que cela cesse. Nous voulons que la population soit protégée de ce côté-là. Mais, ce que nous n'approuvons pas, c'est l'attitude du ministère de la Santé qui endosse entièrement les recommandations de la commission Trahan.

Les membres ont parlé ex cathedra, ils sont des étrangers, des gens qui sont sûrement des plus compétents, je n'en doute pas, mais ce sont des gens qui connaissent mieux les problèmes urbains que ceux des régions rurales et qui disent tout simplement: Les abus et les conflits persistent, alors le seul moyen est de supprimer, de faire disparaître l'hôpital.

Je trouve que c'est un principe faux à sa face même. Plutôt que de supprimer les abus ou de tenter de supprimer les abus, on supprime tout simplement l'hôpital. Moi, Je voudrais savoir quelles sont les mesures qui ont été prises par le ministère de la Santé pour corriger cette situation qui existait depuis déjà trois ou quatre ans. Quelles sont les directives qui ont été prises?

M. CLOUTIER: M. le Président, j'ai dit tout à l'heure au député qu'il n'y avait pas beaucoup de solutions. Il n'y avait pas d'alternative.

M. LAFRANCE: Il y en a une, M. le Président.

M. CLOUTIER: La commission nous recommande le changement de vocation de l'institution.

M. LAFRANCE: La commission n'est pas une institution papale. Le ministère est bien libre de juger. Je crois que le ministère avait raison de supprimer ce qui était d'abord une des causes d'abus, la pratique un peu trop libérale de l'exercice de la chirurgie. Mais, ce que la population de Windsor demande, ce n'est pas de rétablir les services qui existaient depuis longtemps, des services qui étaient peut-être des mieux équipées pour lesquels le ministère de la Santé a dépensé plusieurs millions. La population n'a aucune objection à ce que la majorité des lits, peut-être une cinquantaine, servent à des malades chroniques. On veut que la population de Windsor et de la région puisse elle aussi bénéficier de certains services hospitaliers: salle d'urgence, salle de maternité. C'est tout ce que l'on demande, M. le Président. La décision du ministère de la Santé est absolument contraire à la prise de position qu'a bien établie le ministre hier en disant qu'il se proposait, de plus en plus, de multiplier de petits hôpitaux dans la province. Est-ce qu'il y a quelque chose d'exagéré ou d'irraisonnable dans la demande de la population de Windsor?

M. CLOUTIER: Je dois apporter une précision à ce que vient de dire le député de Richmond. Il est exact que c'est la politique du ministère de la Santé de bâtir des petits hôpitaux, mais en respectant certains critères. Peut-être qu'hier je n'ai pas assez insisté sur l'éloignement et la distance des hôpitaux régionaux. Il n'est pas dans la politique du ministère de la Santé de construire des petits hôpitaux à quinze milles des hôpitaux régionaux.

Je crois qu'il y a là une raison logique de ne pas équiper une région située à quinze milles d'une ville qui est parfaitement bien équipée du point de vue hospitalier. Ce n'est pas le même cas pour Asbestos — si on veut rester dans le comté du député de Richmond — qui sera plus éloignée des centres hospitaliers, que ce soit Thetford, Sherbrooke ou Arthabaska. Il y a une distance qui, logiquement, permet un investissement du point de vue de la santé à Asbestos. Mais il y a là — le député me corrigera si je me trompe — 30, 35 ou 40 milles. Le ministère de la Santé, dans ses critères, même s'il n'y a pas rigidité — ce n'est pas mathématique au point de dire s'il y a un mille ou deux milles de moins ou de plus, qu'il n'y aura pas d'implantation — nous devons tenir compte de tout l'ensemble. Je crois qu'il serait indéfendable que nous construisions, à quinze milles d'un bon hôpital régional, bien équipé avec des

effectifs médicaux, qui répond à la vocation dont vient de parler le député de Richmond.

Que nous construisions un hôpital pour malades chroniques, bien, je crois qu'à la rigueur, ça pourrait se défendre. Et cet hôpital pour malades chroniques situé à quinze milles de Sherbrooke, étant donné que nous avons là un investissement, nous l'utiliserons de la meilleure façon possible, étant donné que la vocation de cette institution était une vocation hospitalière, je crois qu'il est raisonnable à ce moment-ci de l'utiliser pour les malades chroniques.

Je crois que si le député veut laisser de côté toute autre considération telle qu'il y a déjà eu une institution, que la population a déjà reçu à Windsor tels soins, je crois que la population sera mieux desservie. J'ai dit tout à l'heure que le développement routier était aussi un élément d'amélioration qui est certainement non négligeable dans une politique globale d'aménagement du territoire. Pour ma part, je comprends qu'une amélioration du réseau routier peut se traduire par une élimination de temps entre les deux villes. On sait comment le facteur temps est important pour les malades. Alors je crois que l'amélioration devra venir plutôt de ce côté et que les gens, la population de Saint-Louis de Windsor sera parfaitement desservie du point de vue hospitalier par les complexes que nous sommes en train d'ériger dans la ville de Sherbrooke.

Je voudrais revenir à une autre remarque du député de Richmond. Il a parlé des listes d'attente. J'ai ici des chiffres pour l'hôpital Hôtel-Dieu de Sherbrooke. En 1967 ils avaient une liste d'attente de 916 personnes. En 1968, cette liste a été réduite à 411 personnes. En 1969 elle a été réduite à 142 personnes. Donc on voit que les investissements que nous faisons actuellement dans les hôpitaux de Sherbrooke et d'autres mesures telles que l'ouverture des cliniques externes, la création d'un réseau de soins à domicile sont de nature à faire diminuer les listes d'attente et à enlever la pression sur la demande de lits hospitaliers.

Par l'étude de ces statistiques, je crois que nous avons là l'évidence même que c'est par une politique d'aménagement d'hôpitaux pour malades chroniques, d'organisation de réseaux de soins à domicile, politique d'expansion des cliniques et de meilleure utilisation des cliniques externes, que nous allons finir par résoudre ce problème des listes d'attente.

M. LAFRANCE: J'aurais une simple observation. Il ne s'agit pas, dans le cas de l'hôpital Saint-Louis de Windsor, d'une mesure d'exception. Le ministre vient de dire que les petits

centres hospitaliers, qui seront à proximité de 15 à 20 milles des grands centres, n'ont pas raison d'exister. Ce qu'on a fait à Windsor, est-ce qu'on se propose de le faire dans toute la province?

M. CLOUTER: M. le Président, nous le faisons quand il y a des raisons spéciales de le faire.

M. LAFRANCE: On s'est servi de cela comme prétexte.

M. CLOUTER: Non, un instant. Je voudrais dire au député de Richmond qu'il y a des hôpitaux qui demandent eux-mêmes de changer de vocation. Et cela s'est produit durant le dernier exercice financier. Parce que ces petits hôpitaux — quand je dis de petits hôpitaux, il peut s'agir d'une institution de 50 lits — étant situés à proximité des hôpitaux régionaux bien aménagés ont de la difficulté à recruter du personnel. Us ont de la difficulté à recruter des effectifs médicaux et cela est une raison qui amène ces institutions à demander au ministère de la Santé de changer leur vocation pour qu'ils deviennent institution de malades chroniques. Cela demande à ce moment-là un personnel technique et médical qui n'exige pas une formation aussi poussée que pour un hôpital général. Alors, il y a là une raison très évidente pour que certains petits hôpitaux demandent au ministère de la Santé de changer leur vocation. Et nous avons actuellement au ministère de la Santé d'autres demandes de transformation de ces institutions.

M. LAFRANCE: M. le Président, je voudrais me rendre aux arguments que vient d'apporter le ministre, mais malheureusement je ne suis pas convaincu. Je ne vois pas du tout comment un hôpital pour malades chroniques ne pourrait pas s'assortir d'une salle d'urgence — il y a des industries dans ce coin-là — une salle d'urgence et de maternité ou de médecine générale, quelques lits seulement.

M. CLOUTER: Sans vouloir prolonger la discussion, je dirai au député de Richmond que nous regarderons fonctionner l'hôpital Saint-Louis de Windsor, nous regarderons aussi fonctionner les hôpitaux de Sherbrooke, nous porterons un jugement de valeur sur le fonctionnement et, s'il est prouvé que la population de Windsor souffre de ces décisions que nous avons prises, si la population souffre, si elle manque de soins, je crois que ce sera la responsabilité du ministre de la Santé de demander à ce moment-là qu'on ajoute une clinique de soins d'urgence.

M. LAFRANCE: Voilà un langage que je trouve raisonnable et juste. C'est ce que je voulais entendre de la bouche du ministre parce qu'il est possible, du moins d'après nos prévisions, que cela soit une erreur vraiment malheureuse pour la population. Alors, si à la lumière des faits, le ministère se rend compte qu'il vaut mieux rétablir ces services, le ministre dit que la porte est encore ouverte, elle n'est pas fermée.

M. CLOUTER: C'est évident que nous...

M. LAFRANCE: Ce n'est pas tout à fait ce que laissaient entendre des propos de tout à l'heure...

M. LE PRÉSIDENT: Je tiens à faire remarquer au député de Richmond que cela fait au-delà d'une heure que l'on passe sur l'hôpital de Windsor...

M. LAFRANCE: Vous n'avez pas besoin de m'expulser, M. le Président!

M. LE PRÉSIDENT: Je n'ai pas l'intention mais, tout de même, je voudrais savoir si on adopte le poste budgétaire 2, article 2?

DES VOIX: Un instant.

M. LE PRÉSIDENT: Est-ce qu'il y a d'autres questions? Le député de Montmorency?

M. BOURASSA: Est-ce que je pourrais demander la parole avant, s'il vous plaît?

M. LE PRÉSIDENT: Le député de Montmorency l'a demandé depuis hier. Cela fait exactement près de 10 heures.

M. BOURASSA: J'avais prévenu le ministre. Je m'excuse, je suis pris; on doit débattre les crédits du Conseil exécutif et je dois participer au débat sur l'Office de planification; c'est un autre secteur où...

M. LE PRÉSIDENT: Est-ce que le député de Montmorency consent à céder sa place pour ces raisons?

M. CLOUTIER: Il faudrait que le député...

M. LE PRÉSIDENT: Le député de Mercier?

M. CLOUTIER: Il faudrait que le député de Mercier vienne nous voir plus souvent.

M. BOURASSA: M. le Président, je suis pris à plusieurs commissions...

M. LE PRÉSIDENT: Il faudrait surtout qu'il s'habitue aux règlements de la Chambre!

M. BOURASSA: ... à plusieurs débats. J'aimerais discuter avec...

M. TREMBLAY (Montmorency): Je lui laisserai de bonne grâce la parole. Je parlerai un peu plus tard, si vous voulez. Peut-être me devancera-t-il dans ce qu'il a à dire?

M. BOURASSA: Non, cela me surprendrait. C'est simplement une question sur des chiffres qui nous sont soumis. Je vais reprendre cela plus tard, mais je voudrais avoir une réponse immédiate, si c'est possible.

M. TREMBLAY (Montmorency): Alors, c'est très bien.

M. LE PRÉSIDENT: Le député de Mercier.

M. BOURASSA: M. le Président, dans les chiffres qui nous sont soumis pour l'assurance-hospitalisation, cela ne comprend pas un budget supplémentaire, je pense? Les \$463 millions, est-ce le chiffre définitif?

M. CLOUTIER: Quand le député dit: Cela ne comprend pas un budget...

M. BOURASSA: Le dernier. Je pense qu'il y a eu un dernier budget supplémentaire.

M. CLOUTIER: Ah, l'an dernier?

M. BOURASSA: Oui.

M. CLOUTIER: Pour l'an dernier.

M. BOURASSA: Il y a eu un dernier budget supplémentaire qui...

M. CLOUTIER: Les \$463 millions ne comprennent pas le budget supplémentaire. C'est \$477,440,000...

M. BOURASSA: Bon d'accord, c'est ce que je voulais savoir.

M. CLOUTIER: C'est \$477,820,000.

M. BOURASSA: M. le Président, je vais réserver mes questions pour plus tard sur l'effi-

capacité de l'administration de l'assurance-hospitalisation, mais cela veut dire que cela fait une augmentation de \$28 millions qui est prévue? D'accord, par rapport...?

M. CLOUTIER: Si on compte \$506 millions moins \$477 millions...

M. BOURASSA: C'est \$28 ou \$29 millions. Quelles sont les offres de salaire qui ont été faites?

M. CLOUTIER: Un instant, je vais vous les donner. Je vais prendre mon tableau, mais, de mémoire, c'est \$138 millions. Je vais vous les donner exactement avec le tableau. C'est \$138,108,000. Applicables à l'assurance-hospitalisation: \$117,824,000.

M. BOURASSA: Bon. Alors...

M. CLOUTIER: Je vais donner au député la répartition si...

M. BOURASSA: D'accord. Cela est sur une masse salariale de \$347 millions partant du 1er juillet 1968?

M. CLOUTIER: Ce sont toutes des questions que le député me posera. Alors, je vais lui donner mon tableau et, à partir de là, je pense que cela lui évitera...

M. BOURASSA: Si le ministre pouvait m'en envoyer une copie, cela serait encore plus facile pour moi.

M. CLOUTIER: Avec plaisir.

M. BOURASSA: Cela peut aller plus vite.

M. CLOUTIER: Si je comprends bien, je n'ai pas besoin de le lui lire?

M. BOURASSA: Je vais poser des questions rapidement. La rétroactivité; est-ce que le ministre pourrait me donner le coût de la rétroactivité pour la présente année fiscale?

M. CLOUTIER: Vous avez le premier chiffre, l'année 1968, du 1er juillet 1968 au 31 décembre 1968: \$14,636,000.

M. BOURASSA: Cela devrait être donné à même le présent budget?

M. CLOUTIER: Le budget 69/70.

M. BOURASSA: Le budget 69/70: \$14 millions.

M. CLOUTIER: Je dirai au député, parce qu'il me posera la question tout à l'heure: Est-ce que c'est compris dans les estimations budgétaires?

M. BOURASSA: Cela ne l'est pas?

M. CLOUTIER: Non, cela n'est pas compris dans les estimations budgétaires.

M. BOURASSA: Cela sera financé comment?

M. CLOUTIER: M. le Président, le député a eu l'occasion de poser la question au ministre des Finances. Ce n'est pas au ministre de la Santé à dire comment.

M. BOURASSA: M. le Président, on me répond à tous les ministères. Je pose les mêmes questions, parce que je veux évaluer le trou fiscal dont j'ai parlé...

M. CLOUTIER: Oui.

M. BOURASSA: ... et je dois constater que j'ai été très conservateur avec \$175 millions d'après les réponses qui me sont données.

M. CLOUTIER: Le ministre de la Santé dit au ministre des Finances combien il a besoin d'argent pour telle chose, tel poste de son budget.

M. BOURASSA: Et il accepte le chiffre...

M. CLOUTIER: Le ministre de la Santé n'a pas la responsabilité immédiate de trouver les fonds.

M. BOURASSA: Pour arriver à une seule question, quel est le montant qui n'est pas prévu dans les estimations budgétaires? Là, c'est \$477 millions par rapport à \$506 millions. Le ministre nous dit que la rétroactivité n'est pas comprise.

M. CLOUTIER: Le député n'a qu'à enlever à l'année 1970, neuf mois de l'année 1970. Toutes les autres sommes sont comprises dans la convention à être défrayée. Si le député veut prendre la dernière ligne au bas, le coût global à être assumé durant la présente année financière 69/70: \$54,562,500.

M. BOURASSA: Et combien se trouve inclus dans les prévisions budgétaires actuelles? Cela comprend la rétroactivité?

M. CLOUTIER: Non, le député sait que la préparation du budget est faite à l'automne, aux mois de septembre ou octobre 1968; à ce moment, les offres salariales n'avaient certainement pas été faites à la table des négociations, alors elles ne sont pas comprises dans les estimations budgétaires d'assurance-hospitalisation.

M. BOURASSA: Alors, cela ne comprend pas les \$54 millions?

M. CLOUTIER: Cela ne comprend pas les \$54 millions.

M. BOURASSA: Cela ne sera pas intéressant d'être ministre des Finances à l'automne. Après les élections!

M. LE PRÉSIDENT: Ce n'est jamais intéressant d'être ministre des Finances.

M. GOLDBLOOM: M. le ministre de la Santé est peut-être obligé d'essayer les refus du ministre des Finances.

M. CLOUTIER: M. le Président, je n'ai pas à porter jugement sur le côté intéressant de celui qui assume le portefeuille du ministère des Finances; il y a des problèmes au ministère des Finances comme il y en a dans les autres ministères.

M. BOURASSA: Si je comprends bien, les \$28 millions prévus prévoient, je suppose, le développement des services et le coût des médicaments.

M. CLOUTIER: Il y a aussi les augmentations statutaires qui sont prévues en vertu de l'ancienne convention.

M. BOURASSA: Oui, d'accord.

M. CLOUTIER: Il y a l'augmentation des services, l'augmentation de la clientèle, de la population, des lits, l'augmentation du coût...

M. BOURASSA: C'est cela.

M. CLOUTIER: Il y a deux parties dans le coût de l'assurance-hospitalisation: la partie des salaires qui est fixée par la convention, il y a aussi l'augmentation normale du coût des services, l'augmentation du coût de la vie.

M. BOURASSA: Alors, M. le Président, cela fait \$28 millions sur \$506 millions. Cela fait à

peu près 7% d'augmentation. Le taux d'augmentation est à peu près de 6% ou 7% en calculant rapidement. \$28 millions pour \$506 millions, cela fait à peu près 7%.

M. CLOUTIER: Oui, f acceptez les calculs du député.

M. BOURASSA: On prévoit d'après ces chiffres 7% d'augmentation. Quel a été le taux de croissance des années précédentes?

M. CLOUTIER: Je vous le donne, M. le Président, mais de mémoire, je peux dire qu'il était à 18% environ.

M. BOURASSA: Et là vous prévoyez 7%?

M. CLOUTIER: Je prévois 7%, sans compter la négociation et la convention collective.

M. BOURASSA: D'accord. Disons que cela fait \$55 millions à cet article...

M. CLOUTIER: Il y a de la rétroactivité par exemple. Il ne faudra attribuer à une période de seulement 12 mois une augmentation, à la convention collective, de 18 mois.

M. BOURASSA: D'accord. Il reste à trouver quand même, je comprends que c'est au niveau des revenus, \$55 millions.

M. CLOUTIER: J'ai dit 18 mois, mais il s'agirait plutôt de 21 mois, jusqu'au 31 mars 1970.

M. BOURASSA: C'est ça, la rétroactivité qui devra être payée durant l'année qui s'en vient.

M. CLOUTIER: Qui devrait être payée durant l'exercice en cours sauf si évidemment, il n'y avait pas de solution durant l'année en cours, solution non pas au conflit mais à la négociation en cours.

M. BOURASSA: Cela a été offert. Alors comme cela a été offert, cela veut dire que le gouvernement accepte de payer la rétroactivité jusqu'au 1er juillet 1968?

M. CLOUTIER: C'est exact.

M. BOURASSA: Pour ce qui a trait au salaire, disons que c'est très clair. Il y a un écart de \$55 millions par rapport aux prévisions budgétaires. Pour les médicaments, qu'arrive-t-il de la centralisation des achats pour les médica-

ments? Il y a eu un comité formé par M. Bussièrès, je crois.

M. CLOUTIER: Par M. Bussièrès?

M. BOURASSA: Dirigé par M. Bussièrès.

M. CLOUTIER: Il y a un comité formé par arrêté en conseil sous la présidence du sous-ministre adjoint au ministère de la Santé, comité qui a siégé, qui a accompli les deux premières étapes de son travail. Nous avons dû momentanément suspendre le travail et ne pas entreprendre la troisième étape avant que nous soyons fixés sur l'assurance-maladie, à savoir quelle sorte de régime nous aurions, administré par qui. Maintenant que nous connaissons sous peu ce qui concerne le régime d'assurance-maladie, alors le comité sera en mesure de continuer son travail en ce qui concerne les médicaments. Déjà quelques-uns de nos hôpitaux ont commencé à se grouper pour fins d'achats de médicaments ou de fourniture médicale et pour certains services tels que la buanderie etc...

M. BOURASSA: C'est déjà en marche.

M. CLOUTIER: C'est déjà en marche. Le député de Mercier sait que nous devons aussi tenir compte, évidemment, de l'autonomie des hôpitaux. Nous en sommes encore au stade des suggestions très fortes, de l'incitation. Nous incitons les hôpitaux à adopter des mesures semblables qui vont certainement se traduire en pratique par des économies. Nos officiers au ministère, je parle particulièrement du sous-ministre et du directeur du régime de l'assurance-hospitalisation, entres autres lors d'une intervention que ce dernier a faite récemment au congrès de l'association des hôpitaux, il a insisté sur cet aspect du regroupement des achats. Moi-même, à certaines occasions, je l'ai fait parce que je crois qu'il y a là un outil important pour réduire le coût de l'assurance-hospitalisation.

M. BOURASSA : Etant donné qu'il est six heures, je voudrais poser une question qui sera peut-être difficile à répondre. Y a-t-il moyen d'avoir des données? Est-ce que le ministre pourrait me donner une idée des emprunts bancaires des hôpitaux, actuellement? On les a pour les commissions scolaires. Je les ai demandés et je les ai obtenus. Les emprunts temporaires des hôpitaux pour les deux ou trois dernières années? Je me demande si ce serait possible de les obtenir.

M. CLOUTIER: Mes officiers m'informent

que nous n'avons pas ici, cet après-midi, les chiffres. Mais je crois que nous pourrions faire une compilation à partir des états financiers des hôpitaux.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, est-ce qu'il y aurait possibilité aussi d'avoir les engagements financiers des corporations?

M. CLOUTIER: Les engagements financiers...

M. TREMBLAY (Montmorency): Je veux dire avoir plutôt un ensemble des engagements financiers de toutes les corporations hospitalières...

M. CLOUTIER: Pour fins de construction ou de...

M. TREMBLAY (Montmorency): Pour fins de construction et pour fins d'administration.

M. CLOUTIER: Bien, pour fins de construction, on sait que presque tous, pour ne pas dire la totalité des investissements des hôpitaux sont défrayés maintenant par le gouvernement. Sauf les hôpitaux qui ont des fonds de construction et des fonds de dotation ou qui font des souscriptions, le solde des investissements est financé en entier par le ministère de la Santé. Quant aux dépenses courantes, il nous faudrait compiler, à partir des états financiers des hôpitaux, toutes les dettes à court terme et je crois qu'il y aurait là un travail assez considérable.

M. TREMBLAY (Montmorency): Etant donné que ce sont des deniers publics qui y sont engagés, cela...

M. CLOUTIER: De toute façon, mes officiers vont regarder, d'ici demain, ce que nous pouvons fournir à court terme. Je voudrais dire au député de Mercier, et je crois que c'est un chiffre qui va l'intéresser...

M. BOURASSA: Je vais revenir.

M. CLOUTIER: Est-ce que vous revenez ce soir?

M. BOURASSA: Ce soir ou demain.

M. CLOUTIER: Je peux peut-être vous le donner tout de suite ce chiffre-là, afin que vous ayez le loisir d'y songer. C'est que les prévisions du coût de l'assurance-hospitalisation pour 1969 nous indiquent que cela coûterait

moins cher dans le Québec qu'en Ontario. Et cela coûterait moins cher dans le Québec que la moyenne du Canada, parce que, le député comprendra...

M. BOURASSA: Cela a coûté tellement cher depuis ce temps que c'est notre tour...

M. CLOUTIER: Non, ce n'est pas la remarque que je voulais faire, mais c'est que nous avons eu la syndicalisation plus à bonne heure. Nous avons négocié une convention collective à l'échelon provincial alors qu'en Ontario on semble maintenant s'orienter vers la négociation à l'échelon provincial. Et même cette négociation qu'ils feront, je crois qu'ils ne réussiront pas à négocier encore sur un plan provincial, cette fois-ci.

M. BOURASSA: J'ai lu la dernière conférence de M. Marcoux. Je vais avoir des questions à poser à cet effet. Mais ce que le ministre m'a dit c'est que, dans les prévisions qui étaient soumises ici, il y a \$55 millions seulement au titre des salaires qui n'étaient pas inclus.

M. CLOUTIER: Mais, même en tenant compte de cela...

M. BOURASSA: Oui, oui, d'accord.

M. CLOUTIER: ... si on fait la part de la rétroactivité...

M. BOURASSA: Même en ajoutant les \$55 millions, nous aurons une croissance de coût au Québec en 1969/70...

M. CLOUTIER: Une croissance moins rapide que celle de l'Ontario et que celle de la moyenne du Canada.

M. BOURASSA: Alors que nous avons eu le championnat depuis sept ans, peut-être que l'année prochaine nous serons « second best ».

M. CLOUTIER: Tout le monde sera heureux que nous n'ayons pas le championnat de l'augmentation des coûts. Mais, si nous avons le championnat de l'augmentation des coûts de l'assurance-hospitalisation, il faudrait dire que

nous avons un réseau hospitalier de qualité. Il faut également montrer que si nous avons...

M. BOURASSA: J'ai des chiffres là-dessus, le taux de personnes admises; je pense qu'il est le plus bas au Québec. Je pourrai en discuter, je n'ai pas les chiffres ici. Je voulais simplement clarifier cette question-là. Cela pourrait être un débat intéressant.

M. CLOUTIER: D'accord.

M. LE PRESIDENT: Nous suspendons la séance jusqu'à 8 h 15.

M. CLOUTIER: Le député de D'Arcy-McGee avait demandé qu'à la séance de ce soir nous puissions parler de la construction des hôpitaux.

M. GOLDBLOOM: Certains députés de l'Opposition voudraient venir parler des problèmes hospitaliers et sanitaires de leur comté. Alors, selon l'entente que j'ai prise avec le ministre hier, ils viendront ce soir.

M. CLOUTIER: A ce moment-là, nous pourrions couvrir les postes budgétaires concernant la construction des hôpitaux, c'est-à-dire les subventions aux hôpitaux, aux postes 13 et 19.

M. TREMBLAY (Montmorency): Y aurait-il possibilité, si ce n'est pas à la séance de ce soir, à une autre séance, de parler aussi des services externes, des différents coûts? Y aurait-il possibilité d'avoir des chiffres comparatifs des services externes des différentes...

M. CLOUTIER: Nous sommes précisément à l'article où nous pouvons vous en parler. L'article n'est pas adopté.

M. TREMBLAY (Montmorency): Non, je sais, mais tout de même, pour vous permettre d'avoir les chiffres voulus...

M. CLOUTIER: Nous pourrions revenir demain.

M. LE PRESIDENT: Nous sommes toujours au poste budgétaire 2.
A 8 h 15.

Reprise de la séance à 20 h 19

M. MARTEL (président de la commission de la Santé): A l'ordre, messieurs! Tel que convenu à la fin de la séance de cet après-midi, nous discuterons tout de suite des postes budgétaires 8, 13 et 19 qui concernent les hôpitaux du ministère et les services techniques de plans d'hôpitaux de même que les subventions pour construction d'hôpitaux et pour autres fins, de même que le poste budgétaire 19, en ce qui concerne les dépenses en immobilisation.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, tout en remerciant le ministre d'avoir si gentiment accepté cette entente, je dois excuser certains de mes collègues qui sont un peu en retard et je me demande si ce ne serait pas plus utile de continuer notre étude du poste budgétaire 2 où nous étions et d'arriver à la discussion des postes budgétaires 8, 13 et 19 au moment où nos collègues viendront pour en discuter.

M. LE PRESIDENT: Nous tenons à faire remarquer que, depuis quelques jours l'Opposition se fait attendre. Je ne sais pas si tout le monde est d'accord à ce que nous passions au poste 2, même après avoir convenu de discuter des postes budgétaires 8, 13 et 19. Est-ce que le ministre est d'accord pour revenir au poste budgétaire 2, article 2?

M. CLOUTIER: Est-ce que je peux demander s'il a l'intention de discuter longuement encore de l'article 2 du poste budgétaire 2?

M. GOLDBLOOM: Pour ma part, non.

M. CLOUTIER: Non. Parce qu'il y a le député de Mercier qui avait commencé à discuter de cet article. Je ne sais pas si le député de Mercier avait encore beaucoup de choses à discuter à l'article 2 du poste budgétaire 2.

M. GOLDBLOOM: Je ne le pense pas non plus. Il m'a dit qu'il lui restait quelques questions à peine.

M. LAFRANCE: Quant au député de Montmorency, il m'a fait part à la fin de la séance que les questions qu'il se proposait de poser l'ont été par le député de Mercier.

M. CLOUTIER: Ah, bon!

M. LAFRANCE: Alors, je me demande si on doit suspendre l'article.

M. LE PRESIDENT: Le député de Mercier semblait avoir d'autres choses à ajouter concernant l'article 2 du poste budgétaire 2. Nous pourrions demander au député de Montmorency s'il a des questions à poser à l'article 2 du poste budgétaire 2. Sinon nous passerons aux postes budgétaires 8, 13 et 19.

M. TREMBLAY (Montmorency): Cela va être ici. Oui.

M. LE PRESIDENT: Est-ce que vous avez des questions à poser?

M. TREMBLAY (Montmorency): Tout à l'heure, nécessairement, on a constaté une hausse assez considérable du budget, soit 7%, en ce qui concerne l'hospitalisation et les services externes. J'aimerais savoir, en définitive, si le facteur salaire est le principal facteur où s'il y a d'autres facteurs qui ont amené cette hausse assez considérable dans le budget de l'hospitalisation et des services externes.

M. CLOUTIER: Il faut dire que l'augmentation est beaucoup moins considérable que les années antérieures. Je voudrais donner quelques statistiques seulement; je pense que le député de Mercier pourra les noter au journal des Débats de façon que je n'aie pas à les reprendre demain. Le pourcentage d'augmentation en 1967 dans le Québec était de 14.9; en 1968, cette augmentation était de 11.5 et en 1969, elle est de 3.3% avant, bien entendu, le renouvellement de la convention collective. Et cela se compare à l'Ontario comme ceci: En Ontario, en 1967, il y avait eu une augmentation de 14.4%, donc un peu inférieure à celle du Québec; en 1968, toujours en Ontario, l'augmentation avait été de 17.8%, soit un chiffre sensiblement supérieur à celui du Québec. Et, en 1969, il est prévu qu'en Ontario, l'augmentation sera de 14.8%. Donc, encore là une augmentation sensiblement supérieure à celle du Québec. Et si l'on ajoute les chiffres de la convention collective que j'ai donnés cet après-midi, en ce qui concerne le Québec nous pourrions apporter les corrections suivantes: Au lieu de 11.5%, nous arriverions à une augmentation de 15.2% en 1968 et, en 1969, nous arriverions à une augmentation de 6.0%. Donc, nous voyons que l'augmentation dans le Québec, au chapitre de l'assurance-hospitalisation pour 68/69, est beaucoup moins considérable que celle de l'Ontario avant la convention collective et même après la convention collective, si elle était appliquées telle qu'offerte à la table des négociations.

M. TREMBLAY (Montmorency): Quel est le pourcentage, M. le Ministre, des services externes en ce qui concerne cet article des dépenses?

M. CLOUTIER: Je vais vous donner le chiffre dans le budget en 69/70, le chiffre du coût des cliniques externes par rapport au budget total de l'assurance-hospitalisation.

Nous avons \$27,700,000 et, en 1968, budget révisé, \$26 millions et, avant révision, avant budget supplémentaire, \$18 millions. On sait pour quoi.

M. TREMBLAY (Montmorency): Oui.

M. CLOUTIER: En 1968, ce sont les cliniques externes, les soins diagnostiques assurés en cliniques externes.

M. TREMBLAY (Montmorency): Est-ce que vous prévoyez une hausse considérable pour 1969 de ces services externes?

M. CLOUTIER: Pardon, je n'ai pas compris.

M. TREMBLAY (Montmorency): Est-ce que vous prévoyez, pour 1969, une augmentation considérable des frais pour les services externes?

M. CLOUTIER: Nous avons prévu \$1,800,000 de plus qu'en 1968.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, je voudrais attirer votre attention sur le service qui peut être donné dans les différents hôpitaux, et ces services varient, en fait, d'un hôpital à l'autre. Je sais que le ministère a tout de même un droit de regard dans les différents services de ces hôpitaux et j'ai pu constater, personnellement et en pratique, que le service est tout à fait inégal d'un hôpital à l'autre. Je ne veux pas nommer nécessairement les hôpitaux où j'exerce une certaine pratique.

Par exemple, certains cas en particulier, j'envoie, comme médecin de famille, comme omnipraticien, un patient pour un transit gastro-duodéal, quelqu'un que je soupçonne de faire un ulcère, et je veux localiser cet ulcère gastrique qui est sujet à hémorragie. Alors je réfère mon patient à l'hôpital aux services externes pour une radiographie qui s'impose, qui est assez urgente. Et voilà que les services externes de cet hôpital donnent un rendez-vous à ce patient dans trois semaines ou dans un mois. Le cas est arrivé. Dans certains autres hôpitaux, les délais sont beaucoup moins longs; mais, en définitive, pour éviter l'hospitalisa-

tion inutile ou, tout simplement, l'entrée d'urgence de ces malades à l'hôpital, je pense que nos services externes, dans beaucoup d'hôpitaux, manquent réellement d'efficacité et ne fournissent pas à la population le service désiré puisque les patients qui ont besoin d'un diagnostic précis, qui ont besoin d'un traitement immédiat, doivent parfois attendre quelques semaines avant d'avoir un examen qui s'impose et qui est absolument nécessaire.

Et voilà qu'on a pu constater que, dans la majorité de ces hôpitaux, on a fait des transformations physiques, un aménagement des locaux qui est tout à fait considérable, allant même jusqu'à la disparition de chambres privées qui servaient autrefois à des malades qui étaient hospitalisés avec l'engagement d'un personnel très nombreux: sténo-réceptionnistes, téléphonistes, sténo-dactylos, infirmières, internes, résidents, un personnel tout à fait nombreux qui devrait signifier beaucoup d'efficacité dans le service.

Nous nous rendons compte que, malgré ce personnel nombreux, le service, au lieu de s'accélérer et de montrer beaucoup plus d'efficacité, dénote une diminution d'efficacité. Le patient qui se rend dans ces hôpitaux attend de nombreuses heures, quelquefois des journées complètes avant de pouvoir avoir un examen qui s'impose, un examen qui est parfois urgent, dans les services externes.

Je me demande, M. le Ministre — je sais que vous prévoyez des sommes considérables, des sommes importantes — s'il n'y aurait pas lieu pour le ministère d'établir des états comparatifs des différents services des gros hôpitaux, entre autres les hôpitaux urbains auxquels vont de nombreux malades qui doivent attendre des heures, des journées complètes, qui ont des examens à des dates tellement éloignées que cela devient pratiquement inutile de les envoyer à la clinique externe. Et même, j'ai vu des cas qu'on a été obligé de référer à des cliniques privées pour obtenir plus d'efficacité et un résultat plus rapide, afin de permettre un traitement rapide de ces malades.

M. le Ministre, je pense bien que l'efficacité de ces services externes peut signifier une diminution considérable d'hospitalisation. Ces gens qui se disent parfois: Nous devons nous rendre à l'hôpital, nous déplacer, et il nous faut attendre quinze jours, trois semaines ou un mois avant d'avoir certains examens que vous, ou les médecins, jugez nécessaires; ils préféreraient en fait que leur admission soit faite à l'hôpital et ils préféreraient être hospitalisés pour avoir ces séries d'examen qui finissent par s'appeler « check-up » en définitive, parce

que beaucoup d'examens sont demandés et ne sont pas toujours nécessaires dans ces cas. Le malade admis à l'hôpital veut avoir un contrôle complet de son état de santé, et je pense que cela concourt énormément à augmenter les frais d'hospitalisation, cela concourt aussi à augmenter la durée de l'hospitalisation. En définitive, cela diminue l'efficacité des services et des soins médicaux dans les hôpitaux.

Enfin, il y a un autre problème que nous avons déjà considéré les années passées, je me souviens, lors des discussions du présent budget. Nous avons parlé des pertes considérables de l'utilisation des locaux et de l'équipement qui se trouve dans nos hôpitaux. Par exemple, les fins de semaine (vendredi, samedi et dimanche et parfois le lundi) sont des jours où on ne fait pratiquement pas d'examens, où j'admets qu'il y ait une rareté de personnel, de techniciens, en particulier dans certains domaines, mais je me demande s'il n'y aurait pas lieu d'en arriver à une plus grande efficacité à la fois pour les malades et pour les médecins qui les traitent.

M. le Ministre, je voudrais savoir si, en ce qui concerne les services externes, il y aura un effort particulier qui sera porté sur l'efficacité de ces services externes et qui ne comportera pas seulement l'engagement d'un personnel supplémentaire pour suppléer à un manque qui me semble être d'ordre administratif et qui, en définitive, devient de la bureaucratie.

Nos patients se plaignent assez souvent avant d'entrer à l'hôpital. Disons que c'est un contrôle considérable de leurs antécédents, ce n'est pas ce que nous pouvons appeler un contrôle médical en tant que tel, mais il faut que ces patients passent à Pierre, Jean et Jacques pour finalement se voir remettre au lendemain, au surlendemain ou un peu plus tard pour leurs examens.

Bien souvent ces malades sont des assistés sociaux qui doivent payer des voitures comme le taxi pour se rendre à ces hôpitaux, et parfois ils sont dans un état physique assez délabré, ils ne peuvent pas attendre des heures complètes, ils ne peuvent pas voyager indéfiniment à l'hôpital. Lorsque le médecin demande ces examens, c'est dans le but d'obtenir un résultat rapide, un rapport rapide de façon à pouvoir apporter une thérapeutique appropriée à ces patients.

M. le Ministre, prévoyez-vous enfin, avec le budget actuel, dans le domaine des services externes, apporter une amélioration et une plus grande efficacité, tout au moins dans les hôpitaux? Par rapport au nombre de malades qui visitent ces hôpitaux, est-ce que vous avez

des chiffres comparatifs qui peuvent vous permettre d'établir l'efficacité d'un hôpital par rapport à un autre?

M. CLOUTIER: Le député a souligné les faiblesses des cliniques externes. On sait que les cliniques externes se sont développées très rapidement ces dernières années. J'ai ici devant moi le coût des services externes assurés. En 1962, ils étaient de \$8,721; en 1963, de \$2,567,000 et, cinq ans après, en 1968, ils ont été de \$25,967,000. C'est donc dire qu'il y a eu une augmentation très considérable. En cinq ans, le montant du coût des services externes s'est multiplié par 10. Les hôpitaux, quant à l'aménagement physique, n'ont pas été conçus en vue de desservir des patients externes. Nous savons que les hôpitaux autrefois étaient conçus comme endroit simplement pour l'hospitalisation, pour donner des services aux malades quand ils étaient hospitalisés. La conception des institutions hospitalières a évolué et, aujourd'hui, on conçoit l'hôpital autant comme un endroit où les patients vont chercher des services de diagnostics. Nous essayons, autant que possible, d'éviter des hospitalisations inutiles et de raccourcir, autant que faire se peut, la période d'hospitalisation. Il reste que les hôpitaux n'ayant pas été conçus physiquement pour les cliniques externes, évidemment il y a des problèmes. Il y a des problèmes parce qu'aujourd'hui ça prend de l'équipement, ça prend beaucoup de personnel et les locaux forcément, étant donné l'affluence des gens qui vont se faire traiter en externes, certains hôpitaux sont nettement déficients.

De toute façon, le ministère de la Santé, nos services techniques en particulier font un effort très considérable dans l'étude des projets d'hôpitaux, dans les projets de rénovation d'abord et ensuite dans les projets d'implantation d'hôpitaux neufs pour faire de ces services des endroits bien aménagés, fonctionnels où il y aura de la place pour entrer de l'équipement moderne et nécessaire et aussi pour que les effectifs médicaux puissent y travailler à l'aise. Il y a un vote.

UNE VOIX: On peut prendre les votes ici et les envoyer en haut.

M. CLOUTIER: Le vote serait plus considérable ici qu'en Chambre.

M. LE PRESIDENT: J'ai l'impression que la motion présentée par l'Opposition n'intéresse pas tellement les membres de l'Opposition parce qu'ils sont tous en bas.

M. GOLDBLOOM: Cela n'est pas gentil de la part du président...

M. LE PRESIDENT: Il faut se rappeler que c'est une motion de non-confiance à l'adresse du gouvernement. Je vois que ce n'est pas partagé.

UNE VOIX: Vous n'êtes pas gentil quand même, c'est parce qu'on s'occupe des choses publiques.

M. LE PRESIDENT: Donc, nous suspendons temporairement, c'est-à-dire jusqu'après le vote, ces délibérations que nous reprendrons immédiatement après le vote.

Reprise de la séance à 21 h 6

M. LE PRESIDENT: A l'ordre, messieurs! Nous continuons. Est-ce que nous adoptons le poste budgétaire 2, article 2: Hospitalisation et services externes?

M. GOLDBLOOM: Non, il y a des députés qui voudraient en parler. Je pense que nous avons accepté de laisser en suspens le poste budgétaire 2, article 2 et de passer aux postes budgétaires 8, 13 et 19 que nous discuterons ensemble.

M. LE PRESIDENT: Bon, d'accord. Alors, passons aux postes budgétaires 8, 13 et 19, les trois ensemble, cela n'a pas d'importance.

M. GOLDBLOOM: Je me permettrai de commencer, en soulevant un problème que j'ai déjà discuté avec le ministre à plusieurs reprises, un problème qui est à l'étude au ministère. Dans le comté de D'Arcy-McGee, il y a l'hôpital qui s'appelle Maimonides et qui s'agrandira prochainement mais l'on attend certaines décisions du ministère de la Santé. Est-ce que le ministre est en mesure de nous dire, en ce moment, s'il a des nouvelles à ce sujet?

M. CLOUTIER: Le sous-ministre a eu l'occasion, à quelques reprises au cours de l'année, de discuter de ce problème-là qui tombera sous la responsabilité du sous-ministre, M. Levasseur, au ministère de la Famille et du Bien-Etre social, étant donné que c'est la partie du foyer qui, apparemment, serait modifiée.

Il y aurait une expansion de sion de l'ordre de 200 lits, au soin de gardes, qui serait financée par la Société d'habitation du Québec. On sait que les lits d'institutions pour soins de garde peuvent être financés par la Société d'habitation du Québec. M. Levasseur, sous-ministre-adjoint au ministère de la Famille et du Bien-Etre social, est celui de qui relèvent, dans nos deux ministères, ces problèmes, ces institutions qui peuvent être financées par la Société d'habitation, parce que M. Levasseur est commissaire à la Société d'habitation du Québec. Alors, incessamment. Je sais que M. Levasseur a entrepris des discussions avec la Société d'habitation du Québec et ce programme de Maimonides s'inscrit dans la politique de mise en place des ressources avec l'aide de la Société de l'habitation du Québec, du côté du ministère de la Famille et du Bien-Etre social.

M. GOLDBLOOM: Oui, il y avait trois pro-

jets possibles pour l'agrandissement de l'hôpital: Un agrandissement de l'hôpital comme tel, qui a été construit de façon à permettre d'y ajouter trois étages, mais pour la fonction hospitalière proprement dite, les soins de garde dont le ministre vient de parler et un foyer résidentiel pour des vieillards.

Je ne connaissais pas la décision qui avait été prise parmi ces trois possibilités. Maintenant le ministre me dit qu'il a choisi le secteur des soins infirmiers très simples qui seront fournis. Je remercie le ministre.

M. CLOUTIER: Dans ce secteur-là.

M. LE PRÉSIDENT: Poste budgétaire 8, articles 1 et 2 adoptés?

Adoptés.

Article 3, adopté.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, je pense que nous allons adopter les trois articles dans leur ensemble après avoir demandé aux députés de poser les questions qu'ils auront sur...

M. LE PRÉSIDENT: Vous allez adopter le poste budgétaire 8 dans l'ensemble.

M. CLOUTIER: Les postes budgétaires 8, 13 et 19.

M. LE PRÉSIDENT: D'accord.

M. TREMBLAY (Bourassa): M. le Ministre, j'ai une question à vous poser parce que moi-même, cet hiver, j'ai été touché par cette question-là, les hôpitaux pour les malades chroniques à Montréal. Je ne voudrais pas parler de l'ensemble de la province parce que je ne m'y connais pas. Moi-même, j'ai eu un membre de ma famille qui a été hospitalisé à l'hôpital Maisonneuve et, après avoir été opéré, l'hôpital ne pouvait pas le garder. Je peux vous dire que j'ai fait au moins 25 appels à Montréal pour venir à bout de placer ce malade chronique. Dieu merci, j'étais député. Autrement je n'aurais pas été capable de le placer. Alors, les personnes qui ne sont pas députés — il n'y a que 108 députés dans la province — de quelle façon peuvent-elles avoir la chance de placer ces malades? Je me pose la question. Est-ce que vous prévoyez, dans un avenir rapproché, construire un hôpital qui serait plus grand que les hôpitaux que nous avons à l'heure actuelle? Nous avons Villa Medica, je crois qu'ils en prennent beaucoup et il y a des petits hôpitaux mais ils ne peuvent pas donner des soins à ces grands malades-là, même plus malades

que les opérés du matin. Alors, prévoyez-vous dans un avenir assez rapproché, construire des hôpitaux pour les malades chroniques?

M. CLOUTIER: Oui, M. le Président, je suis heureux de la question du député de Bourassa. Il y a plusieurs projets actuellement qui ont été autorisés pour Montréal et le Montréal métropolitain. Il y a des agrandissements, il y a, en outre 400 lits, qui ont été autorisés par un arrêté en conseil pour l'hôpital Saint-Charles-Borromée. Il y a l'hôpital Champlain à Verdun qui sera une institution nouvelle, qui est en construction et qui comportera 100 lits. Il y a l'hôpital Saint-Joseph-de-la-Providence où il y a 150 lits autorisés. Grace Dart où il y a 350 lits — mes officiers me corrigent — Graced Heart Hospital. Ce sont des agrandissements pour les malades chroniques.

M. TREMBLAY (Bourassa): Pour les malades chroniques.

M. CLOUTIER: Pour les malades chroniques.

M. TREMBLAY (Bourassa): Remarquez bien, M. le Ministre, je ne veux pas faire de grief auprès des hôpitaux qui font des opérations. Je crois qu'il faut que ce malade sorte si l'on veut en admettre d'autres, mais par contre, nous avons des malades — vous le savez comme moi — qui ne peuvent pas retourner à la maison, bien souvent, parce que nous ne pouvons pas leur donner les soins qu'il leur faut. Alors, c'est pour cette raison...

M. CLOUTIER: Je crois que pour Montréal et Montréal métropolitain, avec aussi d'autres projets, quand nous faisons des rénovations d'hôpitaux, il y a toujours possibilité de récupérer des lits pour malades chroniques et convalescents, cela nous donne des facilités additionnelles et, à ce moment-là, je pense que les projets que je vous ai donnés et les autres que nous envisageons à l'occasion, les projets de rénovation d'autres hôpitaux qui sont sur notre table de travail actuellement, nous donneront suffisamment de lits, de sorte que nous pourrions, à brève échéance — quand je dis à brève échéance, évidemment, il faudra que ces projets-là soient menés à terme, soit dans quelque 12, 18 ou 24 mois — résoudre le problème des malades chroniques dans Montréal et Montréal métropolitain.

M. TREMBLAY (Bourassa): Cela veut dire que dans 12 mois tout au plus vous aurez 500 lits de plus pour les malades chroniques.

M. CLOUTIER: Ce que j'ai donné...

M. TREMBLAY (Bourassa): Vous en avez 1,000, là.

M. CLOUTIER: Plus que cela, ce que j'ai donné représente 1,000 lits.

M. TREMBLAY (Bourassa): Est-ce que la population de Montréal peut se fier sur 500 lits au moins d'ici 12 mois?

M. CLOUTIER: Pour 12 mois, je crois que cela serait peut-être difficile pour 500 lits.

M. TREMBLAY (Bourassa): Je ne sais pas si c'est votre ministère, mais vous devez sûrement être au courant que c'est un grave problème.

M. CLOUTIER: Oui, c'est un grave problème.

M. TREMBLAY (Bourassa): Je crois que c'est sûrement un des problèmes qui devraient passer en premier.

M. CLOUTIER: Oui, c'est une priorité. Évidemment, il y avait à Montréal et à Québec aussi.

A Québec, nous avons résolu le problème. Il y a eu 150 lits d'autorisés à Saint-Augustin de Courville. La construction achève. Il y a l'hôpital Saint-François-d'Assise qui est en construction et qui permettra, dans le vieil hôpital, de récupérer des lits pour malades chroniques. Il y a 125 lits d'autorisés à Saint-Ambroise de Loretteville dans le Québec métropolitain. Je crois que pour Québec aussi, avec tous ces projets, ça nous permettra de résoudre ces problèmes en grande partie.

Dans les autres régions de la province, le même problème se posait. La solution qui nous est apparue la meilleure fut de construire là où l'hôpital existant est nettement insuffisant ou trop âgé. La solution la plus logique a été de construire à côté un hôpital neuf et de récupérer le vieil hôpital pour les malades chroniques et les convalescents. C'est ce que nous faisons actuellement à Shawinigan, à Thetford, à Saint-Jean, à Granby; Saint-François-d'Assise, je l'ai déjà donné et peut-être d'autres que j'oublie.

M. LE PRÉSIDENT: Le député de Deux-Montagnes avait une question sur le même sujet. Un moment là. Le député de Bourassa n'a pas fini encore.

M. TREMBLAY (Bourassa): J'ai trois questions. Est-ce que pour le nord de Montréal qui comprend, disons, Rivière-des-Prairies, Montréal-Nord et Ahuntsic... nous avons l'hôpital Fleury qui nous donne un très bon service. Seulement, le service pédiatrique que nous avons là est déménagé, je crois, à l'hôpital Sacré-Coeur. Maintenant, lorsque nous avons des accidents, etc.. Est-ce que votre ministère croit que le nord de la ville est assez pourvu au point de vue des hôpitaux et surtout d'un hôpital pour les enfants? Nous avons cet endroit-là, nous avons une aile et c'est disparu à l'heure actuelle. On l'a déménagée. On nous disait qu'il n'y avait peut-être pas assez de patients. Mais elle est partie depuis deux ans, si ma mémoire est fidèle.

M. CLOUTIER: Nous avons actuellement en construction dans Montréal une section de l'hôpital Marie-Enfant, ce qui ajoute 45 lits.

M. TREMBLAY (Bourassa): Est-ce que c'est dans le nord, l'hôpital...?

M. CLOUTIER: Rue Bélanger. Ce n'est pas ce que le député appelle la partie extrême nord, mais disons que ça pourrait desservir ce territoire. Mais on sait que dans cette partie de la ville il y a l'hôpital du Sacré-Coeur de Cartierville qui étudie actuellement un projet d'expansion.

M. TREMBLAY (Bourassa): Est-ce que c'est loin?

M. CLOUTIER: Non, le projet pourrait se matérialiser... je ne voudrais pas, à ce moment-ci, avancer de dates trop précises, mais actuellement les professionnels travaillent à un projet précis à l'hôpital Sacré-Coeur de Cartierville et aussi à l'hôpital Jean-Talon.

M. TREMBLAY (Bourassa): Pour le nord de la ville, vous ne prévoyez pas construire un nouvel hôpital. Ce qui comprend le nord.

M. CLOUTIER: Est-ce que le député mentionne un hôpital pour...

M. TREMBLAY (Bourassa): Un nouvel hôpital général dans le nord de la ville.

M. CLOUTIER: Non, s'il ne comprend pas Laval dans le nord de la ville,...

M. TREMBLAY (Bourassa): Non, je ne comprends pas Laval. Disons que c'est Montréal-

Nord, une partie d'Ahuhtsic et Rivière-des-Prairies.

M. CLOUTIER: Non. Il n'y a pas d'hôpital... les hôpitaux qui sont actuellement à l'étude sont Jean-Talon, Fleury, Sacré-Coeur de Cartier-ville, Maisonneuve.

M. TREMBLAY (Bourassa): Disons que c'est tout assez loin, mais de toute façon si ce n'est pas prévu dans...

M. LE PRESIDENT: Est-ce que vos questions sont terminées?

M. TREMBLAY (Bourassa): Non, J'en ai une autre. Je n'en pose pas assez souvent. Je ne suis pas importun. J'ai trois questions.

Qu'est-ce qui est arrivé de tous les plans qui ont été soumis pour l'agrandissement de l'hôpital Maisonneuve? Je crois que des plans vous ont été présentés l'an dernier pour un agrandissement de l'hôpital. Est-ce que ça va être en construction avant longtemps pour donner un meilleur service pour la partie est-nord de la ville ou si c'est à l'étude?

M. CLOUTIER: L'hôpital Maisonneuve, l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, l'hôpital Notre-Dame sont des hôpitaux majeurs du côté français à Montréal. Ce sont des hôpitaux qui font de l'enseignement, des hôpitaux qui font de la recherche, ils sont affiliés à l'Université de Montréal et ils travaillent actuellement à des projets très complexes et très dispendieux. Nous n'avons pu accepter les propositions premières qui nous ont été faites dans leurs formes premières. Nous avons demandé d'abord que ces hôpitaux élaborent des programmes, non pas séparément, mais qu'ils se consultent pour obtenir une certaine coordination, une certaine planification à ce niveau-là. Et aussi, en ce qui concerne Maisonneuve, en particulier.

Il y a le cas de l'hôpital de Saint-Joseph de Rosemont, parce que nous savons que, dans tout ce secteur-là il y a plusieurs hôpitaux tout près. Non, ce que je veux dire au député, c'est que l'hôpital de Saint-Joseph de Rosemont et Maisonneuve étudient ensemble un projet de développement. Parce qu'il est évident que la proximité de ces ressources-là commande que des projets d'expansion, de rénovation et d'amélioration à l'un ou l'autre hôpital soient faits en coordination très étroite. Si Maisonneuve a des projets d'expansion, Maisonneuve doit tenir compte évidemment qu'à proximité il y a l'hôpital de Saint-Joseph de Rosemont qui peut, lui aussi, agencer son programme d'expansion ou

de rénovation en tenant compte de la proximité de l'hôpital Maisonneuve. Parce que les deux hôpitaux Saint-Joseph de Rosemont et l'hôpital Maisonneuve ne peuvent certainement pas chacun revendiquer un développement hospitalier de même nature. Il faudra que les hôpitaux voisins se complètent. Nous n'avons pas le moyen d'aller dépenser dans chacune de ces institutions des sommes extrêmement dispendieuses et extrêmement importantes si nous pouvons assurer à Maisonneuve un développement hospitalier tenant compte du caractère universitaire de l'institution et nous pouvons également tenir compte de la proximité de Rosemont. Et je dois dire à ce sujet-là que les deux hôpitaux, les deux conseils d'administration, les deux équipes travaillent ensemble afin de produire, de présenter au ministère de la Santé un programme qui s'harmonise.

M. TREMBLAY (Bourassa): Cela veut dire des taux qui sont à l'étude encore. Il n'y a rien d'accepté au budget de la santé.

M. CLOUTIER: Non, les deux sont...

M. LE PRESIDENT: Le député des Deux-Montagnes.

M. BINETTE: M. le Président, pour enchaîner avec ce que disait le député de Bourassa, il existe évidemment de ces cas chroniques qui sont très lamentables. Je pense aux cancéreux, par exemple, lorsqu'ils sont déclarés incurables, on pense immédiatement à les sortir de l'hôpital et les envoyer soit dans leur famille, soit dans des institutions soit privées ou semi-publiques. Alors, le député de Maisonneuve a posé la question quant à la région de Montréal pour les cas de malades chroniques. Je comprends qu'il incluait les cancéreux. Je ne doute pas que le ministère a sans doute fait une étude des besoins actuels de la population du Québec soit par région ou pour l'ensemble du Québec. Quels sont les besoins actuels dans ce domaine? Et actuellement, est-ce qu'il a donné, pour la région de Montréal, 1,000 lits qu'il doit construire d'ici quelques années? Est-ce que ces 1,000 lits répondent à 50% des besoins, ou à 40% ou à 30% des besoins? Il est certain que le besoin de 1,000 lits dans Montréal, c'est un minimum, sans avoir fait d'étude approfondie dans le cas. Je suis certain qu'avec 1,000 lits dans Montréal, cela ne répond pas aux besoins dans le moment.

M. CLOUTIER: J'ai parlé de la ville de Montréal, mais il y a Montréal...

M. BINETTE: ... et les régions.

M. CLOUTIER: ... Montréal métropolitain, il y a les ressources privées. Il y a aussi du côté des malades chroniques, des convalescents, il y a beaucoup de ressources privées.

M. BINETTE: Est-ce qu'une étude a été faite actuellement pour l'ensemble de la province?

M. CLOUTIER: Oui, nous avons...

M. BINETTE: Quels sont les besoins actuels pour l'ensemble de la province?

M. CLOUTIER: Voici ce que nous projetons actuellement. En ce qui concerne les nouveaux lits d'hôpitaux pour la période 1969-1974, nous avons un accroissement moyen de 1,000 lits par année.

M. BINETTE: Pour l'ensemble de la province.

M. CLOUTIER: Pour l'ensemble de la province, puisque nous mettons les hôpitaux...

M. BINETTE: Combien en manque-t-il pour répondre aux besoins actuels?

M. CLOUTIER: Voici ce que nous avons. Je vais donner au député ce que nous projetons, probablement que cela l'intéressera. Nous avons l'hôpital, je peux les donner rapidement...

M. BINETTE: Le total.

M. CLOUTIER: Disons que je donnerai les projets les plus importants. Il y a l'hôpital Honoré-Mercier à Saint-Hyacinthe, qui ajoutera 150 lits pour malades chroniques après la construction de l'hôpital neuf de 350 lits. Il y a l'hôpital du Haut-Richelieu à Saint-Jean, qui ajoutera 150 lits pour malades chroniques après la construction du nouvel hôpital. L'hôpital Saint-Maurice de Shawinigan, qui ajoutera 100 lits pour malades chroniques après la construction de l'hôpital neuf. L'hôpital de Thetford-Mines, qui ajoutera 100 lits pour malades chroniques après la construction de l'hôpital de 250 lits actuellement. L'hôpital de Sainte-Anne-des-Monts, qui ajoutera 50 lits pour malades chroniques; on sait que la construction d'un nouvel hôpital est commencée. L'hôpital de Rouyn-Noranda, qui ajoutera 150 lits pour malades chroniques. L'hôpital Chandler, qui ajoutera 60 lits pour malades chroniques. L'hôpital Notre-Dame de l'Espérance à Montréal, 100 lits. L'hôpital de Mont-Laurier,

80 lits pour malades chroniques après la construction d'un nouvel hôpital.

L'hôpital Shefford de Granby ajoutera 150 lits. L'Hôtel-Dieu de Gaspé ajoutera 100 lits après la construction du nouvel hôpital; Saint-Augustin de Courville, 150 lits pour malades chroniques; Montreal General Hospital, 70 lits; l'hôpital Saint-Joseph de la Providence — j'en ai parlé tantôt — 150 lits; l'hôpital Saint-Ambroise de Loretteville — j'en ai parlé aussi — 125 lits; l'hôpital Baie-des-Ha! Ha!, 100 lits; l'hôpital Champlain de Verdun — j'en ai parlé - 100 lits; l'hôpital Sainte-Julienne de Montcalm, 50 lits; Grace Dart, 222 lits, et je dois ajouter à cette liste Saint-Charles Borromée dont j'ai parlé tantôt; ce qui nous donnera un chiffre de 2,500 ou 2,600 lits pour malades chroniques.

M. BINETTE: C'est d'ici 1974?

M. CLOUTIER: Je l'ai par année, je peux le donner au député. J'ai mis en 1970, mais il y en aura en 1969 parce qu'à Shawinigan, l'hôpital est avancé. Mais disons que je prends une marge de sécurité. Alors je prends 1970. Je crois que cela ajoutera 400 lits en 1970, 250 lits en 1971, 1,012 lits en 1972, 530 lits en 1973...

M. BINETTE: Cela veut dire qu'à chaque année vous avez un déficit si vous prévoyez une augmentation de 1,000 lits par année?

M. CLOUTIER: Non. Il faut que le député comprenne qu'on ne peut pas classer tous les malades comme des malades chroniques et des convalescents. Il y a aussi des institutions pour soins de garde...

M. BINETTE: Oui.

M. CLOUTIER: ... qui sont nécessaires. J'en ai parlé tantôt avec le député de d'Arcy-McGee. C'est financé par la Société d'habitation du Québec.

Il y a aussi la construction de foyers pour personnes âgées. Ce n'est pas la même clientèle et tout le monde le sait.

M. BINETTE: Je croyais, à ce moment-ci, qu'on me parlait des malades chroniques seulement...

M. CLOUTIER: Non, je n'inclus pas les soins de garde. Je parle des malades chroniques et des convalescents. Mais pour tous les malades, il y a actuellement des malades, ou

des patients si vous voulez — même si le terme n'est pas recommandé par l'Office de la langue française — il y a des patients qui sont hospitalisés dans des institutions pour malades chroniques et convalescents et qui devraient être dans des institutions pour soins de garde.

Il y a des malades qui sont dans les hôpitaux généraux et qui devraient être hospitalisés dans des institutions pour malades chroniques et convalescents. De sorte qu'il nous faut déplacer une partie de cette clientèle au fur et à mesure que nous aurons des institutions de façon à les localiser véritablement dans des endroits où ils doivent être localisés, d'abord pour les soins qu'ils doivent recevoir et deuxièmement pour le coût. Parce qu'on comprend facilement qu'un malade qui sera logé dans une institution pour soins de garde recevra moins de soins parce qu'il en demande moins, mais il pourra être logé et gardé à un coût beaucoup moindre pour la province.

Et il y a un quatrième groupe d'institutions, ce sont des centres d'accueil pour personnes âgées où, évidemment, cela coûte encore moins cher per diem à la province.

M. BINETTE : Mais, dans votre planification au ministère, quand prévoyez-vous que vous serez à peu près à point dans ce transfert des malades chroniques qui sont...

M. CLOUTIER. Il y a une mauvaise répartition des ressources sur le territoire. Avec ce que j'ai donné, actuellement, je crois que nous avons id., avec les institutions qui sont prévues, celles qui le seront sous peu, un programme de cinq ans, j'ai dit 1969, 1970, 1971, 1972, 1973; nous croyons que, dans cette période de cinq ans, nous pourrons mettre en place toutes les ressources: personnes âgées, soins de garde, malades chroniques et hôpitaux généraux de façon que nous ayons les ressources appropriées pour chaque type de besoins.

M. BINETTE: Parce qu'actuellement, évidemment, c'est un grand problème dans la région — je connais au moins la région de Montréal — que ces malades chroniques et ces cancéreux qui sont mis hors de l'hôpital parce que ce n'est pas leur place. En fait, on n'a pas d'endroit pour les recevoir. Je connais des cas, personnellement, des familles qui m'ont appelé, qui étaient aux abois, car elles ne pouvaient pas recevoir les malades dans leur famille, à la maison parce que ce sont de grands malades qui ont besoin de soins et elles n'étaient pas équipées, ces familles, pour les recevoir.

Ce qui arrive, on se renvoie le malade d'un côté et de l'autre et ce n'est pas intéressant.

M. CLOUTIER: C'est exact. Nous avons d'autres ressources possibles. Dans certains endroits où il y avait des écoles d'infirmières qui seront désaffectées par suite du transfert des infirmières aux CEGEP, nous pourrions récupérer à très peu de frais des écoles d'infirmières pour loger des malades chroniques et des convalescents.

Nous avons aussi d'autres ressources qui nous sont fournies par l'achat de maisons, qui appartenaient à des communautés, qui sont désaffectées. En plus des ressources, j'ai l'idée des projets, entre autres, ce temps-ci, nous sommes à négocier l'achat d'une maison, dans le comté de Montmorency, une maison qui appartenait à des frères et qui servira probablement au logement des malades chroniques et qui pourra contenir au-delà de 100 lits.

Pour la région et le Québec métropolitain, c'est une façon aussi de régler le problème à court terme. Ces maisons sont achetées par le ministère de la Santé. Quand il s'agit de soins de garde, nous faisons également l'acquisition de maisons, mais elles sont financées par la Société d'habitation du Québec. Et nous acquérons ces maisons...

M. HARVEY: Pour les soins de garde.

M. CLOUTIER: Et comme je l'ai dit tout à l'heure, cela permet de récupérer des lits d'institution pour malades chroniques et de démanier ces patients qui doivent être dans des institutions de soins de garde.

M. BINETTE: J'ai remarqué tout à l'heure, lorsque le ministre énumérait la liste, que c'étaient des agrandissements de certains hôpitaux. Est-ce qu'il est dans la ligne de conduite du ministère de construire des ailes ou des départements séparés pour ces malades chroniques aux hôpitaux existant actuellement?

M. CLOUTIER: Oui, cela peut être une annexe. Il y a plusieurs projets qui sont des annexes.

M. BINETTE: A l'hôpital?

M. CLOUTIER: Pas nécessairement, mais une institution complètement séparée.

M. BINETTE: Complètement séparée.

M. LE PRESIDENT: Le député de Fabre.

M. HARVEY: Est-ce que c'est en rapport aux malades chroniques?

M. HOUDE: Non.

M. HARVEY: Relativement aux malades chroniques, pour terminer la discussion, est-ce que le ministre pourrait me donner le nombre de lits actuellement disponibles aux malades chroniques dans le Québec métropolitain?

M. CLOUTIER: Nous avons 150 lits actuellement disponibles à Saint-Augustin de Courville.

M. HARVEY: Dans le Québec métropolitain.

M. CLOUTIER: A Saint-Augustin de Courville, 150 lits disponibles.

M. HARVEY: 150.

M. CLOUTIER: Nous avons l'Hôpital Général où ce sont des dames.

M. HARVEY: Mais quel est le nombre total?

M. CLOUTIER: Il y en a 600.

M. HARVEY: 600.

M. CLOUTIER: Au Québec métropolitain.

M. HARVEY: Quelles sont vos prévisions d'ici les prochaines années pour le nombre de lits à ajouter aux 600 actuellement disponibles?

M. CLOUTIER: Pour le Québec métropolitain?

M. HARVEY: Toujours pour le Québec métropolitain.

M. CLOUTIER: Environ 400 lits.

M. HARVEY: Ma question est celle-ci: Le ministre a annoncé tout à l'heure, dans ses prévisions pour les années à venir, une addition de cent lits pour malades chroniques au Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui comprend les cinq comtés de Dubuc, Chicoutimi, Jonquière, Lac-Saint-Jean et Roberval. Actuellement, dans le territoire couvrant la même population que le Québec métropolitain, une enquête a été instituée par le ministère de la Santé relativement aux services du bien-être et de la santé, et nous avons présentement 150 lits disponibles pour malades chroniques.

Le problème est tellement urgent qu'actuellement les malades chroniques sont dans les hôpitaux généraux et coûtent à l'Etat entre \$40 et \$50 par jour faute de place dans les hôpitaux pour malades chroniques qui sont limités à 125 à Saint-Jérôme du Lac-Saint-Jean, une institu-

tion qui date de quelques années, et une aile désaffectée de tuberculeux qui a été convertie en section pour malades chroniques à Roberval. Et cela depuis le feu de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi, l'aile des malades chroniques qui avait cent lits supplémentaires.

Vous nous annoncez cent lits pour les années à venir, ce qui nous fera un total de 250 comparativement à mille pour la même population au Québec métropolitain. Je voudrais savoir du ministre si ce sont bien les recommandations qui lui ont été faites par la commission qui a enquêté dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, il y a quelques années, sur les besoins de services de bien-être et de santé dans notre territoire?

M. CLOUTIER: Il y a actuellement un hôpital en construction à Baie-des-Ha! Ha!...

M. HARVEY: Un instant, on l'a annoncé comme un hôpital général. Le ministre m'apprend ce soir que c'est un hôpital pour malades chroniques. J'en suis heureux.

M. CLOUTIER: 80 lits pour malades chroniques.

M. HARVEY: Vous aviez annoncé 100 lits tout à l'heure, alors je note 80 lits pour malades chroniques.

M. CLOUTIER: 80 lits pour malades chroniques.

M. HARVEY: Alors c'est 80 au Ueu de 100 lits pour les prochaines années. Cela fera 230 lits comparativement à 1,000 lits pour Québec pour la même population.

M. BOIVIN: Est-ce que j'ai dit 100 lits tout à l'heure?

M. HARVEY: Un instant, il y a un projet d'agrandissement qui a été accepté pour Dolbeau, pour malades chroniques 0; un projet d'agrandissement pour Alma dont je parlerai à l'article approprié demain, malades chroniques, 0; une autre acceptation de principe d'agrandissement pour l'hôpital de Jonquière, malades chroniques 0; une nouvelle corporation pour un hôpital général à Chicoutimi, combien de lits pour malades chroniques? On ne le sait pas parce que la corporation vient tout juste de recevoir sa charte.

M. BOIVIN: C'est là surtout que l'on songe...

M. HARVEY: Bagotville, Baie-des-Ha! Ha! 80 lits pour malades chroniques sur 100. Alors ça veut dire, addition de lits pour malades chroniques disponibles dans notre territoire, 80, disponibles actuellement 150; donc 230 pour la même population que le Québec métropolitain qui en a déjà 500 et verra additionner dans le territoire 400 lits pour malades chroniques. J'en suis très heureux pour le Québec métropolitain. J'aimerais entendre le ministre me donner des explications là-dessus.

M. BOIVIN: Actuellement, nous sommes à élaborer un projet pour l'hôpital de Chicoutimi. On suivra la même politique qui a été suivie par exemple pour la construction de l'hôpital de Saint-François-d'Assise. L'hôpital actuel sera transformé pour malades chroniques en pensant de construire un hôpital qui dispensera l'enseignement universitaire à Chicoutimi.

M. HARVEY: Alors, si je comprends le ministre, l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi, dans les plans du ministère...

M. BOIVIN: C'est dans les projets actuellement...

M. HARVEY: Les plans ou les projets, c'est la même chose.

M. BOIVIN: Au moins 400 lits pour malades chroniques.

M. HARVEY: Dans les plans du ministère l'acceptation d'un hôpital universitaire à Chicoutimi décongestionnerait l'Hôpital Général actuel ou Hôtel-Dieu Saint-Vallier. L'Hôtel-Dieu Saint-Vallier deviendrait un centre régional pour malades chroniques où l'on donnerait 400 lits additionnels.

M. BOIVIN: Pour 400 lits à Chicoutimi.

M. CLOUTIER: Je voudrais d'abord qu'on s'entende sur les populations. Peut-on accepter au point de départ que les populations sont équivalentes à celles du Québec métropolitain et de toute la grande région?

M. HARVEY: Saguenay et Lac-Saint-Jean, oui, Monsieur.

M. CLOUTIER: Peut-on tenir pour acquis qu'il y a 450,000 de population?

M. HARVEY: Oui, parce que dans l'enquête quand on parle du Saguenay, Lac-Saint-Jean et

Côte-Nord, vous additionnez Chibougamau, les comtés de Charlevoix, Duplessis et Saguenay. Oui, monsieur.

M. CLOUTIER: Alors disons qu'on le tient pour acquis; deuxième critère sur lequel il faudrait bien s'entendre, c'est que l'âge de la population compte aussi parce qu'on sait que...

M. HARVEY: L'âge et l'usure.

M. CLOUTIER: ... l'âge et l'usure. Evidemment pour une population plus jeune comme à Laval, le besoin est moins considérable en lits pour malades chroniques que pour une population plus âgée.

UNE VOIX: Vous avez 600 lits pour les vieillards, il va falloir en fabriquer.

M. CLOUTIER: Il peut y avoir des vieillards, mais pas nécessairement des malades chroniques. Le député de Dubuc vient de mentionner que, dans le projet important à l'étude au ministère, c'est évidemment la récupération ou la transformation, si vous voulez, de la vocation de l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi qui comprend 675 lits actuellement.

M. BOIVIN: Ils ont perdu 400 lits dans un incendie...

M. CLOUTIER: Il y avait au-delà de 1,000 lits. Ces lits seraient récupérés en majeure partie pour nos malades chroniques tenant compte d'autres modifications qui pourraient être faites à l'intérieur de l'hôpital, tenant compte des possibilités des installations de psychiatrie ou de services administratifs et ainsi de suite. Il y a là une ressource importante qui pourrait être convertie pour les malades chroniques. Evidemment, il serait important qu'il y ait une répartition, sur tout le territoire que vous avez mentionné tantôt, juste des effectifs. Si nous convertissons l'hôpital de Chicoutimi actuellement pour les malades chroniques, ce qui nous fournira environ 500 lits, je ne sais pas si, à ce moment-là, on répond à une juste répartition des ressources sur le territoire du Saguenay-Lac-Saint-Jean, parce qu'il y aura là une concentration de lits assez importante à Chicoutimi.

De toute façon, je crois que ce que le député veut souligner, c'est qu'il serait important que sa région soit suffisamment desservie par des institutions et des lits pour malades chroniques.

M. BOIVIN: C'est surtout à cause de l'Incendie que nous nous sommes trouvés déséquilibrés. Ces lits n'ont pas été remplacés depuis 1963.

M. HARVEY: Non seulement cela.

M. BOIVIN: Nous avons perdu 400 lits pour malades chroniques à Chicoutimi.

M. HARVEY: Non, non, nous n'avons pas perdu 400 lits pour malades chroniques.

M. BOIVIN: Oui.

M. HARVEY: Nous avons perdu 100 lits pour malades chroniques ou vous allez être obligés de porter une accusation contre les soeurs...

M. BOIVIN: Pourquoi?

M. HARVEY: Bien, c'est parce qu'on avait en dossier 100 lits pour malades chroniques détruits. Lisez au ministère le rapport lorsqu'on a réclamé la reconstruction, on a toujours parlé...

M. BOIVIN: Dans ce temps-là, il y avait...

M. HARVEY: Un instant, s'il vous plaît. Je voudrais signaler au député de Dubuc qui était parmi les membres du personnel de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'on a demandé au ministère de la Santé, 3. plusieurs reprises, la reconstruction de la partie incendiée de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi, qui était une partie comprenant 400 lits, on a toujours demandé au ministère de reconstruire la section détruite par le feu, soit 400 lits dont 300, hôpital général, et 100 pour malades chroniques.

M. BOIVIN: La division, dans ce temps-là, des malades...

M. HARVEY: Et si je me trompe, je voudrais bien que le ministre...

M. LE PRÉSIDENT: Si le député désire que le ministre d'Etat lui réponde à sa question...

M. HARVEY: Je vais terminer ma question. Si je me trompe dans mon affirmation, j'aimerais bien que le ministre, par la voix de ses officiers supérieurs, me dise si je fais erreur. Parce que ce sont les documents que je possède...

M. BOIVIN: Dans ce temps-là, il n'y avait

pas une division aussi catégorique que celle que nous avons aujourd'hui...

M. HARVEY: D'accord.

M. BOIVIN: ... division pour malades chroniques, soins de garde. Il y avait de l'orphelinat dans l'hôpital. Il y avait un foyer dans l'hôpital. Il y avait des lits pour malades chroniques dans l'hôpital aussi. Mais on s'accorde à dire qu'on a perdu environ 400 lits. De ressources, foyer, orphelinat...

M. HARVEY: Sur 400 lits, combien pour malades chroniques, tel que vous le concevez au ministère présentement?

M. BOIVIN: Pardon?

M. HARVEY: Sur les 400 lits, combien de lits pour malades chroniques, tel que vous le concevez actuellement?

M. BOIVIN: Dans l'hôpital qui n'est pas fonctionnel, actuellement, pour un hôpital de soins intensifs avec toute la grande chirurgie qui se fait là, je croirais que nous pourrions prendre 400 lits pour malades chroniques pour cette partie de la région du moins et ensuite...

M. HARVEY: Vous ne répondez pas à ma question. Dans les 400 lits détruits, les autorités ont prétendu que 300 lits, hôpital général, ont été détruits par le feu de même que 100 lits pour malades chroniques. Dans votre conception actuelle d'un lit d'hôpital pour malades chroniques, combien de lits ont été détruits par le feu parmi les 400?

M. BOIVIN: Comme je vous ai dit, tout à l'heure, dans ce temps-là, il n'y avait pas de division tranchée comme nous avons aujourd'hui...

M. HARVEY: D'accord.

M. BOIVIN: Alors, je crois qu'on pourrait récupérer dans l'hôpital 400 lits pour malades chroniques, ce qui pourrait répondre aux besoins de cette section et ensuite, il y a des ressources aussi pour les malades psychiatriques qui s'imposent dans la région, en plus des malades chroniques.

M. HARVEY: J'accepte la réponse que me donne le député de Dubuc, mais vous me la donnez sur les lits qui restent. Moi, je pose la question sur les lits détruits par le feu.

M. LE PRÉSIDENT: Il vous a répondu que les normes n'étaient pas les mêmes... lors du feu...

M. HARVEY: Je comprends, mais j'ai posé ma question selon les normes actuelles.

Les 400 détruits, si on ne les remplace pas, combien de lits pour malades chroniques ont été détruits? Les autorités de l'hôpital prétendent 100 lits pour malades chroniques et 300 lits pour maladie générale. Le député de Dubuc me donne une réponse sur les lits qui n'ont pas été détruits. C'est pour cela que...

M. BOIVIN: Il y avait, dans ce temps-là, au-dessus de 1,000 lits.

M. HARVEY: Il y en a 400 qui ont été détruits.

M. BOIVIN: Bon alors 675 actuellement, en faisant disparaître tous les salons, c'est surchargé, c'est suroccupé actuellement.

Alors, comme je vous dis, nous n'avions pas les mêmes normes, il y avait un orphelinat dans l'hôpital, du foyer et des malades chroniques et des soins de garde. Alors ce n'était pas tranché comme cela l'est aujourd'hui. Actuellement, je crois que dans les projets du ministère, ce serait de prendre les 400 lits qu'on a actuellement pour en faire des lits pour malades chroniques et peut-être 100 lits pour la psychiatrie, parce que, dans la région, il y a aussi des besoins en psychiatrie, en plus des ressources pour les malades chroniques.

M. HARVEY: Je suis d'accord avec le ministre d'Etat à la Santé lorsqu'il me dit que, sur les 675 lits restant à Chicoutimi, il est possible, pour les années à venir, de récupérer 400 lits pour les malades chroniques. Ceci veut dire que, dans notre région, nous aurons, à très brève échéance, dans les années qui viendront, 650 lits pour malades chroniques améliorant de beaucoup la situation présente. Présentement, dans les hôpitaux de Jonquière, de Chicoutimi, d'Arvida, d'Alma ou de Dolbeau, près de 30% des malades sont des malades chroniques obligeant le ministère de la Santé à payer un per diem trois, quatre et cinq fois supérieur au per diem accordé dans des hôpitaux pour malades chroniques tels que Roberval et Saint-Jérôme.

Je m'en réjouis, mais je voudrais également savoir du ministère de la Santé comment il se fait qu'étant donné que cela est le territoire du Saguenay, parce que le type de Dolbeau qui est malade chronique et devra être hospitalisé à Chicoutimi, est aussi loin de Québec que de Chicoutimi.

M. BOIVIN: Il y a aussi 12 lits pour malades chroniques à Dolbeau qui sont réservés.

M. HARVEY: Parmi les projets nouveaux, la réponse écrite des officiers du ministère a été: Dolbeau, lits pour malades chroniques 0; Alma 0; Jonquière 0; Baie-des-Ha-Ha, le ministre vient de dire 80 sur 100, une autre addition de 80: 480. Je voudrais savoir du ministre — avec les agrandissements de Dolbeau, Alma, Jonquière — le nombre de lits pour malades chroniques en plus de ceux qui existent. Il n'y en a pas.

M. BOIVIN: A Dolbeau, il y a 12 lits pour malades chroniques qui seront ajoutés. Ensuite, à Roberval, l'hôpital Sainte-Elisabeth, aussi des malades chroniques.

M. HARVEY: A Sainte-Elisabeth, ce ne sont pas des malades chroniques, ce sont...

M. BOIVIN: Il y a des lits pour malades chroniques, il y a de la psychiatrie là et c'est assez difficile...

M. HARVEY: A Sainte-Elisabeth, il n'y a pas trop de malades chroniques. Il y en a mais... Il y a des gars de 300 livres qui font du yoga à Sainte-Elisabeth.

M. PEARSON: M. le Président...

M. CLOUTIER: Le député a noté...

M. HARVEY: Alma. Est-ce qu'il y a un agrandissement d'autorisé?

M. CLOUTIER: Il n'y a rien de prévu pour Alma.

M. HARVEY: Jonquière.

M. BOIVIN: A Jonquière, il n'y a rien de prévu.

M. HARVEY: Arvida.

M. BOIVIN: Il n'y en a pas non plus.

M. HARVEY: Chicoutimi. Vous m'avez dit une possibilité de 400 pour l'avenir. Bagotville? la Baie-des-Ha-Ha!, 80.

Est-ce que le ministre ne pourrait pas, étant donné que dans les projets d'agrandissement autorisés, surtout pour le secteur du Lac Saint-Jean et le secteur de Jonquière-Kénogami-Arvida, étant donné que les plans et devis sont en cours mais pas tellement avancés...

M. CLOUTIER: Le député parle de Jonquière?

M. HARVEY: Jonquière et le secteur du lac Saint-Jean, Dolbeau et Alma.

M. CLOUTIER: Oui.

M. HARVEY: A Alma, les plans et devis sont très loin, parce que les soumissions publiques ont été demandées. Mais pour Dolbeau et Jonquière, les deux extrémités, n'y aurait-il pas moyen de revoir la demande des autorités des corporations concernées relativement à leurs besoins pour malades chroniques pour ajouter un nombre de lits, disons supérieur à celui accordé pour Dolbeau, et un nombre de lits pour malades chroniques pour le secteur de Jonquière-Kénogami-Arvida? Je m'explique. On a dit tout à l'heure qu'un malade chronique n'est pas nécessairement un vieillard, mais, dans un comté industriel comme Jonquière-Kénogami qui comprend 20,000 travailleurs d'usines, souvent nous avons le malade chronique à l'âge de 50 ans, au lieu de 65 ou 70 ans, comme c'est le cas généralement en province ou dans des comtés ruraux. Le travailleur qui, dès l'âge de 20 ans ou antérieurement, a commencé à travailler à l'Alcan ou dans le domaine des pâte et papiers, il prend sa retraite à 65 ans, lorsqu'il est chanceux, et il vit jusqu'à l'âge de 68 ans, souvent dans des hôpitaux ou dans des institutions à la charge de l'Etat, loin de son foyer et même se propres enfants ne peuvent pas aller le visiter.

Relativement au besoin lits pour malades chroniques dans notre région, bien que vous ayez une prévision de 400 lits à Chicoutimi, ce qui est magnifique pour notre région, je pense qu'il y aurait avantage pour le ministère à ajouter aux plans non complétés d'agrandissement de l'hôpital de Jonquière un nombre de lits pour malades chroniques et augmenter le nombre prévu pour Dolbeau.

M. CLOUTIER: Nous allons revoir le...

M. HARVEY: Merci.

M. LE PRÉSIDENT: Le député de Saint-Laurent.

M. PEARSON: M. le Président, le ministre a mentionné tantôt qu'il envisageait la possibilité d'acheter certaines maisons hospitalières privées. Alors, j'aimerais m'informer pour savoir ce qu'il en est au sujet de l'hôpital Saint-Joseph de Saint-Laurent, un hôpital de 325 lits qui est actuellement la propriété des

Soeurs de Sainte-Croix. Je pense que le ministre a déjà été pressenti à ce sujet-là pour peut-être en faire un centre de recherche pour maladies chroniques. Je pense que le coût serait probablement très minime.

M. CLOUTIER: Le député parle de la communauté qui détient aussi le collège Basile-Moreau?

M. PEARSON: Exactement. Les deux sont reliés.

M. CLOUTIER: En face de l'hôpital actuel.

M. PEARSON: C'est ça. Le CEGEP Saint-Laurent et l'hôpital Saint-Joseph sont reliés.

M. CLOUTIER: Je sais que le ministère de l'Education a été saisi de l'achat possible du collège...

M. PEARSON: Oui.

M. CLOUTIER: ... et des bâtisses qui pourraient être consacrées ou réservées pour l'enseignement.

Personnellement, j'ai été saisi par les officiers du ministère de l'Education de la possibilité d'utiliser cette ressource d'hôpital construit par la communauté des soeurs de Sainte-Croix. J'ai demandé à mes officiers d'étudier la possibilité d'acquisition de cette partie qui pourrait être réservée à la santé. Mais, actuellement, je dois dire que les rapports que nous avons ne sont pas favorables à l'achat de cette partie, de cette partie de santé, c'est très dispendieux.

M. PEARSON: Est-ce à cause...? très dispendieux.

M. CLOUTIER: La façon dont cela a été construit, que cela a été aménagé, les études actuelles ne nous permettent pas de nous prononcer pour l'achat de cet édifice.

M. PEARSON: Dans ces conditions-là, M. le Ministre,...

M. CLOUTIER: Tout dépendra...

M. PEARSON: Je vais vous donner mon impression du...

M. CLOUTIER: ... tout dépendra du prix qu'on pourra nous demander pour une institution comme celle-là.

M. PEARSON: C'est juste. C'est pour cela que je voudrais m'avancer un peu. Vous avez peut-être des études plus complètes que l'impression que je peux avoir personnellement, mais j'ai l'impression qu'il y aurait une occasion à peu près unique à cause des subventions fédérales qui pourraient aider ou des compagnies à caractère scientifique que Saint-Laurent possède, qui ont été approchées déjà, qui étaient prêtes à être subventionnées en partie pour développer soit des laboratoires de recherche ou quelque chose du genre dans le même campus, si vous voulez, à ce moment-là, c'était pour une espèce de cité universitaire. Est-ce que les conditions sont changées?

M. CLOUTIER: Il y a deux aspects dans l'acquisition de ce genre d'institutions dont parle le député. Il y a le coût d'achat. Evidemment il ne faut pas que le coût d'achat soit prohibitif et, deuxièmement, une fois que nous sommes en possession de l'institution, il y a le coût d'opération. Si l'institution est bâtie de telle façon que nous puissions l'utiliser de façon pas trop coûteuse, de façon que nous puissions faire un aménagement qui nous permette une utilisation raisonnable de la bâtisse avec des coûts d'opération normaux tenant compte d'autres institutions similaires qui coûtent moins cher, alors, c'est un aspect important aussi. Présentement quant à l'acquisition, je n'ose pas m'avancer sur son coût parce que nous n'avons pas d'offres fermes de la communauté pour l'achat de cette propriété. Quant à l'opération, il faudrait voir de quelle façon, tout dépendra de la vocation. Le député a mentionné une vocation particulière de recherche dans le domaine médical d'utilisation même pour l'enseignement...

M. PEARSON: Pour maladies chroniques.

M. CLOUTIER: Maladies chroniques, alors il nous faudra voir, à ce moment-là, tenant compte du coût d'achat de la propriété, de l'amortissement du service de la dette et du réaménagement de l'institution, si cela peut entrer dans des normes raisonnables, acceptables pour le ministère de la Santé.

De toute façon, avant de classer le dossier, nous allons nous assurer qu'il n'y a pas là une ressource intéressante pour le ministère de la Santé.

M. LE PRESIDENT: Le député de Châteauguay.

M. KENNEDY: J'ai écouté le ministre, tout à l'heure, faire la projection des développe-

ments à venir. Est-ce qu'on peut en conclure que les petits hôpitaux seront appelés à disparaître et que ce sera une concentration dans les grands centres — je parle des centres urbains — de gros hôpitaux généraux, si on veut, des hôpitaux chirurgicaux?

M. CLOUTIER: Non. Sans reprendre, évidemment, toute l'argumentation que j'ai échangée personnellement avec le député de Richmond, cet après-midi, je dirai au député que ce n'est pas dans la politique du ministère de la Santé de faire disparaître des petits hôpitaux sauf pour raisons très graves. Et l'une de ces raisons, c'est dans le cas dont nous avons parlé longuement, l'hôpital Saint-Louis de Windsor, c'est un cas où une commission d'enquête nous a recommandé de changer la vocation de l'institution.

D'autres cas qui se produisent de temps en temps et qui se produiront peut-être de plus en plus fréquemment, c'est que l'institution elle-même, le petit hôpital, nous demande de changer sa vocation à cause du problème de recrutement de personnel, recrutement d'effectifs médicaux, manque d'équipement ou, aussi, diminution du bassin de population à desservir.

Ce sont des raisons qui conduisent des institutions à demander ce changement de vocation. Mais ce n'est pas dans la politique du ministère de la Santé de faire disparaître de petits hôpitaux de qualité, qui donnent une qualité de soins acceptable et qui répondent à un besoin d'une population qui est éloignée. Au contraire, c'est la politique du ministère de rapprocher les services de la population et, dans des régions éloignées, de construire ces petits hôpitaux, cliniques d'urgence, centres de diagnostics, institutions pour malades chroniques aussi qui répondent aux besoins de la région éloignée et qui permettront de donner — surtout à l'occasion de l'instauration d'un régime d'assurance-maladie — à la population les services du point de vue de la santé, mais à condition que la qualité des soins y soit.

Pour cela, nous allons nous assurer que ce petit hôpital soit relié médicalement et administrativement à un hôpital de plus grande taille, un hôpital régional, de sorte que nous aurons dans le domaine de la santé, la régionalisation que nous connaissons dans d'autres secteurs comme en éducation, en bien-être et dans d'autres secteurs gouvernementaux.

M. KENNEDY: Cela répond à ma question, parce qu'il y avait un problème qui se posait à mon esprit: si l'on changeait la vocation des petits hôpitaux, qu'arriverait-il de certains cen-

très qui sont assez près des grandes agglomérations urbaines qui n'ont pas de facilités actuellement?

née des députés, mais si les deux côtés de la Chambre sont d'accord, il y aura une séance à trois heures trente environ.

M. LE PRESIDENT: Il est dix heures et nous ajournons la séance. Demain est la jour-

(Fin de la séance: 21 h 59)

Compte rendu des débats

L'édition quotidienne paraît le surlendemain de chaque séance.

Elle comprend le texte des discours et des interventions dans la langue où ils ont été prononcés à l'Assemblée nationale ou à l'un des comités de la Chambre.

Un premier tirage limité est distribué aux députés et aux correspondants parlementaires une heure après le discours.

Les députés peuvent soumettre, pour leur propre discours et dans les délais prévus, les corrections absolument nécessaires pour des erreurs de fait ou des fautes de forme.

Pour plus de 25 exemplaires des Débats, la commande doit être faite par écrit au bureau des débats (78A) au plus tard le lendemain du discours.

Un index est préparé chaque jour pour être publié à la fin de la session. On peut consulter les fiches de cet index en appelant 693-2771.

On s'abonne aux Débats en envoyant au comptable de l'Assemblée nationale le prix (\$8 par année) de l'abonnement. (Les chèques ou mandats de poste doivent être faits à l'ordre du ministre des Finances.) L'abonnement à l'index est de \$2.

L'éditeur
Benoit Massicotte
Bureau: 78A
Téléphone: 693-2890