QUÉBEC

DÉBATS

de

l'Assemblée nationale

du

QUÉBEC

QUATRIÈME SESSION – 28e Législature

Commission de la santé

Crédits du ministère de la Santé (2)

Les 2 et 3 juin 1969

Président : l'honorable Gérard Lebel

Commission de la santé

Crédits du ministère

Séance du 2 juin 1969

(Seize heures vingt-cinq)

M. MARTEL (président de la commission de la santé): A l'ordre, messieurs! Nous commençons au poste budgétaire 2, article 2: Hospitalisation et services externes.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Président, les hôpitaux régionaux...

M. LE PRESIDENT: Hospitalisation et services externes. Les hôpitaux régionaux, ce sera aux postes budgétaires 8, 13 et 19. Après ça nous allons procéder normalement, pour aboutir à ça probablement ce soir.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, j'aimerais demander des renseignements au ministre en ce qui concerne les services externes. Il y a un problème bien connu, celui de faire passer certaines analyses de laboratoire de façon à éviter l'hospitalisation. Nous connaissons tous des situations dans lesquelles un médecin, sans mettre en doute sa bonne foi, est porté à suggérer l'hospitalisation de façon à faire passer des analyses faute de moyen de le faire en dehors de l'hôpital ou de les faire passer à l'hôpital, en clinique externe, c'est-à-dire dans les laboratoires de l'hôpital. Nous savons que dans presque tous les hôpitaux, surtout les hôpitaux importants de nos grandes villes, les services de laboratoire sont surchargés au point où dans plusieurs hôpitaux on refuse les malades qui viennent de l'extérieur, en disant: Nous n'avons que le temps et le personnel nécessaires pour nous occuper des malades hospitalisés.

Il y a des laboratoires privés qui fournissent des services utiles. Il y a également de rares cliniques où l'on peut envoyer un malade, le faire voir au cours de la journée, lui faire passer dans la seule journée de façon systématique les analyses qui sont demandées par le médecin sans l'obliger à occuper un lit d'hôpital. Est-ce que c'est une évolution vers laquelle tend le ministère de la Santé en ce moment?

Surtout en ce qui concerne les laboratoires qui font des analyses, est-ce qu'il y a une reconnaissance qui est prévue pour certains de ces laboratoires, selon la qualité et selon la nature des structures administratives et de la surveillance professionnelle?

M. CLOUTIER: Le problème des laboratoires ressemble, évidemment, au problème des cliniques externes qui n'ont pas pu fournir au développement extrêmement rapide et à la demande qui s'est accrue de façon très rapide. Alors il arrive que plusieurs hôpitaux et surtout — le député de D'Arcy-McGee a mentionné les hôpitaux majeurs, les hôpitaux assez importants de Montréal, et on pourrait ajouter que le même problème se retrouve à Québec et à des endroits importants où la clientèle de clinique externe est assez considérable.

Dans le domaine des réaménagements des hôpitaux, là aussi, il y a priorité donnée à l'aménagement des laboratoires comme il y a eu priorité donnée à l'aménagement plus fonctionnel et des espaces plus considérables mis à la disposition des cliniques externes.

Il reste que, en attendant que ces nouveaux aménagements ou ces réaménagements ou ces expansions de locaux soient complétés, l'hôpital doit rendre les services aux patients et dans ces services importants, les examens de laboratoire sont inclus.

Dans les cas où l'hôpital, par ces aménagements, ne peut suffire à la demande lui-même, il utilise les laboratoires de l'extérieur, ce qu'on appelle les laboratoires privés. L'hôpital, lui-même, choisit d'envoyer des échantillons ou de requérir les services de ces laboratoires privés. Nous n'avons pas fait de classification de ces laboratoires privés, mais l'hôpital doit s'assurer, et en fait, s'assure de la qualité des laboratoires privés qui sont utilisés.

Le député demande s'il y a une reconnaissance — je ne me souviens pas quel terme il a employé — une reconnaissance de principe de ces laboratoires privés, c'est peut-être équivalent à cela, est-ce que le député veut me corriger si...

M. GOLDBLOOM: Oui, voyez-vous, il y en a de bons et de mauvais, évidemment. Il y en a qui observent des normes, qui respectent des normes équivalentes aux normes hospitalières.

Il y en a qui ne méritent pas de reconnaissance, mais il y en a qui servent très bien le public depuis assez longtemps et qui ne devraient pas disparaître. Voici la question — si je peux la préciser — que je voudrais poser au ministre: Dans le cadre de sa politique à longue échéance, est-ce que le ministre prévoit qu'un jour les laboratoires hospitaliers suffiront aux besoins de la population ou est-ce qu'il y aura toujours besoin de laboratoires externes à l'hôpital? Dans ce cas, est-ce que le ministre verra à leur accorder une reconnaissance selon leur qualité?

M. CLOUTIER: La politique, en ce qui concerne les laboratoires privés, serait identique à celle que nous adoptons à l'endroit des hôpitaux privés. Même si le gouvernement du Québec, par son ministère de la Santé, dépense des sommes d'argent importantes pour s'équiper en réseaux hospitaliers, il y a de la place dans ce secteur pour les hôpitaux privés qui sont installés et qui donnent un bon service à la population et une bonne qualité de soins.

Le député de D'Arcy-McGee sait, parce que je l'ai exposé durant les années précédentes, que nous ne donnons plus de permis à l'entreprise privée dans le domaine de la santé. Ceux qui sont en place et qui donnent une bonne qualité de soins sont considérés, bien rémunérés et bien traités par le ministère de la Santé, parce qu'ils ont leur place. Etant donné les fonds assez considérables que nous consacrons au domaine de la santé, étant donné que pour ces institutions privées il y a de plus en plus - et cela nous le constatons — de difficultés à trouver à se financer dans ce domaine de la santé, parce que les fonds requis sont très considérables, il y a beaucoup moins de demandes de la part de l'entreprise privée pour investir dans ce secteur de la santé. Mais, il y a de la place actuellement pour des laboratoires privés de qualité, qui sont reconnus par le ministère de la Santé et surtout par les hôpitaux qui les utilisent. Nul doute qu'à l'avenir les laboratoires bien équipés qui donnent une bonne qualité de travail et de services aux hôpitaux pourront continuer d'exister malgré les fonds très considérables que nous consacrons à ce secteur à l'intérieur de nos institutions hospitalières.

M. GOLDBLOOM: Mais il y en a cependant qui n'ont aucune affiliation avec les hôpitaux et qui rendent service aux médecins et qui soulagent la pression, qui s'exerce de façon assez inquiétante parfois, des listes d'attente dans les hôpitaux parce que, comme je l'ai dit tout à l'heure, il y a des malades qui sont admis à l'hôpital simplement pour des analyses de laboratoire. Si des facilités sont à la disposition du médecin en dehors de l'hôpital — et sans que l'hôpital agisse de façon à donner une reconnaissance officieuse ou une reconnaissance qui au moins n'émane pas du ministère de la Santé — sans que cette reconnaissance ne soit accordée, il y a quand même des laboratoires qui rendent un fier service aux médecins.

M. CLOUTIER: Je pourrais faire la comparaison avec le domaine de la radiologie où nous avons, dans nos hôpitaux, des aménagements très élaborés, de l'équipement très dispendieux. Il existe, à côté de ces facilités à l'intérieur des hôpitaux, des cliniques privés de radiologie dirigées par des médecins et nous les reconnaissons. Elles rendent des services, les médecins qui y travaillent rendent des services directement à la population comme les laboratoires privés peuvent rendre service directement aux médecins. Ils rendent aussi des services aux hôpitaux. Alors, j'emploie cette comparaison entre la spécialité en radiologie et les laboratoires privés.

M. GOLDBLOOM: Si je suis le ministre sur ce même parallèle, les cliniques privées de radiologie sont reconnues, mais ne sont pas rémunérées, sauf pour les assistés sociaux.

M. CLOUTIER: Evidemment, parce que nous sommes à l'extérieur d'un régime d'assurance-maladie. Mais, à l'intérieur de la dernière convention signée avec les médecins spécialistes, nous avons reconnu les soins donnés aux assistés sociaux dans des cliniques privées de radiologie.

M. GOLDBLOOM: C'est-à-dire qu'il est à prévoir qu'avec l'établissement du régime d'assurance-maladie les médecins radiologistes qui détiennent des cliniques privées seront reconnus pour les soins qu'ils fourniront aux malades à l'intérieur du régime. Les médecins de laboratoire qui ont leur laboratoire privé jouiront des mêmes bénéfices.

M. CLOUTIER: A l'intérieur d'un même régime d'assurance maladie, M. le Président, je ne crois pas qu'il faille distinguer l'endroit d'exercice de la profession médicale, que ce soit à l'hôpital, que ce soit dans un bureau de médecin, nous assurons les services rendus.

M. BOURASSA: M. le Président, j'aurais quelques questions à poser, parce que je dois m'absenter pour un débat sur la planification, en haut. Il y a beaucoup de problèmes de planification au ministère de la Santé, mais disons que nous allons les aborder dans un contexte plus limité.

M. CLOUTIER: Le député aurait beaucoup de satisfaction intellectuelle à continuer à discuter des crédits de la santé.

M. BOURASSA: C'est ce que nous allons réaliser, M. le Président. Vous disiez tantôt que vous aviez amélioré la croissance des dépenses, dans ce sens que vous aviez réduit le taux de croissance de la dépense par rapport

aux années précédentes. J'aimerais que le ministre élabore un petit peu là-dessus. Quand même, l'an dernier, si ma mémoire est bonne — j'arrive de Montréal à l'instant, je n'ai pas eu le temps de prendre tous mes documents — l'an dernier le taux de croissance des dépenses était de 10.6% par rapport à l'année précédente, et ceci sans augmentation de salaire, sans rétroactivité à payer comme nous allons avoir au cours de la prochaine année?

M. CLOUTIER: Nous avons des chiffres, ici, depuis 1954.

M. BOURASSA: On commencera en 1960.

M. CLOUTIER: Je ne sais si le député veut remonter aussi loin. Disons avec l'avènement de l'assurance-hospitalisation ce serait un point de départ intéressant. En 1960, l'augmentation était de 14.4% dans le Québec. Alors je donne chacune des années.

M. BOURASSA: Pour l'assurance-hospitalisation.

M. CLOUTIER: Sur la progression des coûts dans le Québec.

M. BOURASSA: D'accord.

M. CLOUTIER: 14.4% en 1960.

M. BOURASSA: Vous n'avez pas le taux moyen? Donnez donc les trois dernières années.

M. CLOUTIER: Je vais vous les donner rapidement.

M. BOURASSA: D'accord.

M. CLOUTIER: Les taux ont été de 23% en 1961, 20.9% en 1962, 19.2% en 1963, 16% en 1964, 19.3% en 1965, 19.2% en 1966, 16.6% en 1967, 12.7% en 1968 et 4.5% en 1969.

En Ontario — M. le député pourra faire des comparaisons — je commence en 1960: 17.5%, 12.2%, 13.0%, 11.5%, 11.8%, 11.2%, 14.4%, 17.6%, à comparer avec nos 16.6%, 20.4% en 1968, à comparer avec nos 12.7% et 17.1% en 1969, à comparer avec nos 4.5%. Alors, pour le Canada, moyenne nationale, 11.5% en 1960, 13.4%, 13.4%, 12.7%, 16.4%, 8.9%, 16.2%, 16.6% en 1967 soit l'équivalent du Québec, 16.7% en 1968 à comparer avec 12.7% pour le Québec et 11.8% en 1969 à comparer avec 4.5% pour le Québec.

M. BOURASSA: Cela est l'assurance-hospitalisation.

M. CLOUTIER: Cela est l'assurance hospitalisation.

M. BOURASSA: Mais, vos 4.5%, c'est une prévision?

M. CLOUTIER: C'est une prévision, M. le Président, et cela ne comprend pas...

M. BOURASSA: Les $55 millions de l'autre fois.

M. CLOUTIER: Cela ne comprend pas la nouvelle convention collective dont j'ai fourni les chiffres en détail au député...

M. BOURASSA: Oui, oui j'ai cela ici.

M. CLOUTIER: Vous l'avez en pourcentage.

M. BOURASSA: Je vais en parler au ministre des Finances.

M. CLOUTIER: C'est l'endroit pour en parler.

M. BOURASSA: D'ailleurs, il m'a prévenu qu'il m'attendait. J'ai hâte de voir sa réponse.

M. le Président, j'avais calculé une augmentation de 67/68 à 68/69 de 10.6%, sur des chiffres officiels et cela est sur l'assurance-hospitalisation.

M. CLOUTIER: Est-ce que le député comptabilisait l'augmentation des salaires à l'intérieur de la même convention collective? Parce que je fais la remarque que je faisais tout à l'heure, il faudrait ajouter à cela, dans les prévisions de coût, maintenant qu'on les connaît, les offres salariales faites à la table des négociations. M. le député, veut avoir un autre point de comparaison. Je pourrais lui donner le coût per capita — c'est une autre façon — en 1967 dans le Québec: $67.12.

M. BOURASSA: Oui, M. Marcoux avait donné cela, je pense.

M. CLOUTIER: A l'association des hôpitaux.

M. BOURASSA: Oui.

M. CLOUTIER: Voici, pour les fins du

journal des Débats, peut-être qu'on pourra les répéter.

M. BOURASSA: Oui, d'accord.

M. CLOUTIER: En 1968: $74.84; en 1969: $77.37 et si vous ajoutez la convention collective, ce sont toujours les mêmes chiffres du tableau; en 1968, il faudrait corriger, au lieu de $74.84, il faudrait indiquer $77.31 et, en 1969, au lieu de $77.37, il faudrait dire $81.93. Alors qu'en Ontario les prévisions pour 1969 sont de $87, et pour 1968, le chiffre était de $75.81. Donc, en 1968 et en 1969, on constate que l'Ontario a un taux d'accroissement et un coût supérieurs à ceux du Québec.

M. BOURASSA: Mais, ce que je trouve étonnant, c'est que même avec la revision on prévoit un taux de croissance tellement bas pour 69/70, de 4.5%, par rapport à 17% pour l'Ontario.

Tant mieux si toute cette croissance résulte d'une efficacité améliorée, mais je me permets d'être sceptique.

M. CLOUTIER: Disons, pour être très objectif, et je pense que le député de Mercier...

M. BOURASSA: Nous sommes toujours objectifs lorsque nous discutons ensemble.

M. CLOUTIER: ... appréciera cette remarque à sa juste valeur. Je dirais qu'il y a deux éléments. Il faudra aussi ajouter l'élément de contrainte budgétaire que nous avons exercée à l'endroit des hôpitaux comme on l'exerce à l'endroit du ministère de la Santé, à l'intérieur du budget global du gouvernement, mais en fait de personnel et en fait de coût.

M. BOURASSA: Mais les médicaments, par exemple. Le taux de croissance de vos médicaments est inférieur au taux de croissance du coût de la vie ordinaire, qui est 5%. Alors, cela veut dire qu'il y a moins de médicaments qui s'achètent, certainement.

M. CLOUTIER: Disons qu'à l'intérieur des hôpitaux, il y a...

M. BOURASSA: Est-ce que vous suivez les conseils du président de la commission qui est un excellent pharmacien et qui est très populaire à Sorel?

M. CLOUTIER: Pour être objectif, il faudra aussi ajouter ça! Il y a l'achat des médicaments et il y a l'utilisation des médicaments. Je crois que sur l'achat, maintenant, nous ne pouvons pas encore nous prévaloir de mesures de contrôle tellement efficaces. Nous espérons que ça viendra par les achats groupés ou d'autres mesures semblables ou la diminution des coûts. Mais, en ce qui concerne l'utilisation, je crois qu'à l'intérieur des hôpitaux on est de plus en plus conscient de l'importance de cet article.

M. BOURASSA: M. le Ministre, vous savez que je suis président d'un hôpital... je pense que notre hôpital doit être un cas typique. Il y a un article dans tous les éléments que nous soumettons où la norme du ministère est toujours considérablement inférieure aux besoins. Les besoins sont peut-être exagérés. J'essaie, pour ma part, de les restreindre au minimum, mais dans le cas des fournitures médicales, la norme du ministère est toujours très inférieure à la réalité. Alors, je me demande si, dans ce cas-là, on n'a pas...

M. CLOUTIER: Elle serait inférieure aussi pour une autre raison. Le député sait que, dans l'institution à laquelle il fait allusion, la demande pour des soins à la fin de l'année, la consommation pour des soins est toujours supérieure à celle prévue au début de l'année, le volume de soins donnés, le nombre de patients admis. Plus l'hôpital devient efficace, plus la durée de séjour est réduite, plus il y a de patients admis à l'hôpital. Evidemment, il est compréhensible que le traitement se faisant sur une période de temps plus courte, il y ait certainement des répercussions et des conséquences, entre autres, l'utilisation des médicaments. Si dans un hôpital, le même lit sert une fois et demie plus souvent que l'année précédente, la consommation de médicaments et de fournitures médicales va être évidemment plus considérable. En fait, le bénéfice se retrouve ailleurs, parce que la pression sur les lits hospitaliers est moins considérable.

M. BOURASSA: Oui, mais il reste quand même que ce que prévoit le ministère m'apparaît, quant à moi, tout à fait inférieur à ce qui va survenir; mais disons qu'on va être aussi optimiste que le ministre. Quel est le montant des budgets supplémentaires l'an dernier dans le cas de l'assurance-hospitalisation?

M. CLOUTIER: Je vous le donne. On me dit $13.5 millions quitte à vérifier. C'est environ $13.5 millions.

M. BOURASSA: Pour toute l'année?

M. CLOUTIER: Oui.

M. BOURASSA: Environ $15 millions?

M. CLOUTIER: C'est $13.5 millions pour toute l'année.

M. BOURASSA: C'est-à-dire qu'on a dépensé $13 millions de plus que ce qui avait été prévu. Et ceci avec une croissance prévue de combien?

M. CLOUTIER: Le taux de croissance en 1968 par rapport à 1967 était de 11.5%.

M. BOURASSA: Et malgré cela —le ministre voit où je veux en venir — …

M. CLOUTIER: Oui.

M. BOURASSA: … malgré qu'on ait prévu une croissance de 11%, on a eu besoin d'un budget supplémentaire de $13 millions. Alors, cette année, on prévoit seulement 4.5%.

M. CLOUTIER: Un instant, dans le budget supplémentaire, je vais vérifier, mais on a certainement des ajustements de salaire avec rétroactivité pour des cadres supérieurs et les cadres intermédiaires. Cela s'est chiffré par $4,400,000.

Je vais vérifier. J'imagine aussi que les montants exigés par les cliniques externes ont été plus considérables que ceux prévus.

M. BOURASSA: Mais cela peut être la même chose cette année.

M. CLOUTIER: Pour les cliniques externes, l'augmentation sera moins considérable que l'an dernier. Je ne voudrais pas citer des chiffres...

M. BOURASSA: Le ministre fait une affirmation catégorique.

M. CLOUTIER: Non. Je cite des chiffres de mémoire. En 1966, aux cliniques externes, le nombre de visites: 1,744,000; en 1967, 3,761,000; en 1968, 11,668,000.

M. BOURASSA: Là vous prévoyez des augmentations...

M. CLOUTIER: Nous n'avons pas l'estimation de 1969...

M. BOURASSA: … pour 1969.

M. CLOUTIER: … mais je pourrais vous le donner en coût.

M. BOURASSA: Donc vous prévoyez une augmentation?

M. CLOUTIER: II y a certainement une augmentation pour les cliniques externes en 1969 par rapport à 1968, mais beaucoup moins considérable que 1968 à comparer à 1967 parce qu'il y a eu les services externes assurés — le député s'en souvient — les services de diagnostic qui ont fait une énorme différence.

Alors en 1968, nous avions aux crédits $18 millions et le chiffre final revisé a été de $26 millions. En 1969, nous prévoyons $27,700,000 pour les cliniques externes.

M. BOURASSA: Oui. Une augmentation de 2%.

M. CLOUTIER: C'est parce que ce sont des services qui ont été assurés à partir du 1er juillet 1968, qui n'avaient pas été inclus au budget initial parce qu'ils ont commencé le 1er juillet.

M. BOURASSA: Le ministre semble être fermement convaincu que son ministère, au cours de la présente année, sera capable de manifester une efficacité considérablement accrue. Nous le souhaitons ardemment parce que, lorsque nous allons prendre le pouvoir, nous voulons trouver une meilleure situation.

M. CLOUTIER: Si tous les présidents des conseils d'administration des hôpitaux prennent leur rôle au sérieux comme le député de Mercier!

M. BOURASSA: Oui. Mais cela ne nous rend pas populaires à l'hôpital. Une chance que je ne suis pas député de Richelieu. Je me trouve à aider mon collègue.

M. le Président, c'est parce qu'on reçoit tellement de plaintes, c'est difficile à vérifier, évidemment. Les gens nous appellent, nous disent quel gaspillage il se fait. Il y a de la duplication, il y a de l'équipement qui n'est pas utilisé dans plusieurs hôpitaux. Est-ce qu'il y a des mesures précises, des normes qui sont établies aux fins de limiter ce gaspillage ou ces achats d'équipement non utilisé, par exemple faute d'opérateurs?

Le ministre est-il au courant d'achats d'équipement dans des hôpitaux de Montréal qui ne serait pas utilisé parce qu'il n'y a pas d'opérateur? Nous, les députés, ne pouvons quand même

pas nous rendre aux endroits pour le vérifier. Il y a des choses qui nous sont dites et redites.

M. CLOUTIER: Est-ce que le député...

M. BOURASSA: Combien y a-t-il de bombes...

M. CLOUTIER: A-t-on porté à la connaissance du député des cas précis où de l'équipement aurait été mis à la disposition des hôpitaux et qu'il n'y aurait pas eu de personnel pour le fonctionnement?

M. BOURASSA: Oui, ce sont des informations qui, disons, je ne peux quand même...

M. CLOUTIER: De toute façon, M. le Président...

M. BOURASSA: ... des informations qui me sont remises.

M. CLOUTIER: ... nous avons l'inventaire.

M. BOURASSA: Comme les bombes au cobalt, il y en aurait cinq à Montréal. Est-ce vrai?

M. CLOUTIER: Il y a Notre-Dame, Maisonneuve...

M. BOURASSA: Par rapport à Toronto.

M. CLOUTIER: ... l'Hôtel-Dieu, Royal-Victoria et le Queen Elizabeth.

M. BOURASSA: Combien s'en trouve-t-il à Toronto par rapport à Montréal?

M. CLOUTIER: Nous ne pouvons vous donner le renseignement pour Toronto, nous ne l'avons pas.

M. BOURASSA: C'est une chose qu'on nous dit, que je soumets au ministre sous réserve parce que je n'ai pas le temps de me promener à Toronto ou à Montréal pour vérifier. On me disait, par exemple, qu'il y a beaucoup plus de bombes au cobalt à Montréal qu'à Toronto, et comme elles se détériorent avec le temps ce sont des dépenses qui peuvent être relativement inutiles.

M. CLOUTIER: Je vais vérifier ce qui existe du côté de Toronto et du...

M. BOURASSA: Pour l'administration elle-même, qu'est-ce que le ministre pense d'une expérience pilote, avec un budget global, c'est-à-dire que dans le moment, évidemment, je me demande jusqu'à quel point l'efficacité est récompensée de la part des administrateurs d'hôpitaux. C'est-à-dire que si c'est administré efficacement, il n'y a pas de pénalisation mais il n'y a pas, disons, de récompense en ce sens que l'hôpital pourrait jouir d'un budget plus important pour des fins qu'il jugerait prioritaires par rapport à d'autres. Alors que l'hôpital qui n'exerce pas une administration efficace jouit, je pense, d'une assistance spéciale. Par exemple, si un hôpital dépasse son budget, quelles sont les sanctions?

M. CLOUTIER: Les sanctions sont plus difficiles à exercer dans le domaine de la santé que dans le domaine des commissions scolaires, parce qu'on sait que...

M. BOURASSA: Oui,...

M. CLOUTIER: ... nous serons obligés de taxer. Nous ne pouvons pas forcer les hôpitaux à aller taxer les municipalités ou les contribuables de la région. La sanction la plus efficace que nous avons trouvée jusqu'à maintenant, c'est de demander un contrôle beaucoup plus sévère de l'administration et de l'usage des fonds dans l'institution. Nous avons actuellement — je ne sais pas si le député est au courant — cinq hôpitaux qui font l'objet d'une attention spéciale de la part du ministère de la Santé en ce qui concerne l'utilisation des contrôles et le dépassement des sommes autorisées au budget. Je crois que nous pouvons compter sur la collaboration des hôpitaux dans ce domaine. Quand nous avons statué, nous avons élaboré des mesures de contrôle par voie d'arrêté en conseil. Nous avons consulté, à ce moment-là, l'association des hôpitaux. Ils ont été d'accord à ce que le ministère de la Santé exerce un contrôle spécial sur ces institutions, sur les budgets des institutions quand il s'est avéré que les dépassements ne pouvaient pas être acceptés pour aucune considération par le ministère de la Santé.

M. BOURASSA: En fait, il est difficile de concevoir des sanctions réelles à moins de fermer l'hôpital ou de renvoyer...

M. CLOUTIER: A ce moment-là on punirait la population parce qu'elle continuera à avoir besoin de soins. Je crois qu'avec la collaboration des hôpitaux, qu'avec la collaboration des autorités supérieures des institutions...

M. BOURASSA: Ce sont des voeux pieux. Il faut quand même...

M. CLOUTIER: Disons que plus ça va avec les normes de contrôle en personnel, en utilisation de personnel, avec les mesures normatives que nous leur demandons d'accepter — autant que possible je n'aime pas employer le mot « imposer » — mais que nous leur demandons d'accepter de plus en plus, je crois qu'il sera possible pour les institutions hospitalières de se confiner à l'intérieur d'un budget. Le député a mentionné tout à l'heure une idée qui a déjà été énoncée, à l'intérieur d'un budget global de reconnaître l'efficacité administrative et la bonne administration.

Une bonne administration, mais bonne administration dans un hôpital, cela veut pas nécessairement dire aussi, sans pouvoir rester à l'intérieur d'un budget, parce qu'il y a tellement de causes qui peuvent amener un hôpital à ne pas pouvoir suivre le budget d'abord dressé par l'hôpital et accepté en collaboration avec nos services hospitaliers. Il y a les causes que j'ai effleurées tout à l'heure, comme une demande de services non prévus. Dans certains hôpitaux, il peut se produire des circonstances exceptionnelles qui font qu'un hôpital, momentannément, est obligé d'assumer d'autres responsabilités que celles qui avaient été entrevues au début de l'année.

Il y a aussi un aménagement physique désuet. Pour un hôpital construit il y a plusieurs années et qui n'a pas été conçu pour ces services externes et avec tous les services modernes qui sont à la disposition des lits, je crois qu'il est plus difficile de rester à l'intérieur d'un budget.

De toute façon, nos normes sont faites pour la moyenne des hôpitaux. Nous ne pouvons pas avoir des normes pour un hôpital aménagé il y a plusieurs années...

M. BOURASSA: Mais il n'y a pas moyen de les améliorer, les normes?

M. CLOUTIER: Pour les normes, par définition, disons que nous devons tendre à leur garder un caractère de souplesse. Il est difficile, quand on établit des normes, de prévoir toutes les s i t u a t i o n s. Il faut qu'à ce moment-là nos services d'assurance-hospitalisation, nos services comptables examinent en détail quels sont les facteurs qui ont amené cette institution à dépasser les budgets. Avec les normes de personnel qui s'identifient de plus en plus aux normes gouvernementales, les normes que nous utilisons dans nos ministères, tenant compte évidemment du genre d'institution, les hôpitaux sont soumis de plus en plus, aux mêmes restrictions pour le remplacement de personnel. Ils sont soumis à un gel d'effectifs quand ils sont au-delà des normes. Ils ont une certaine période de temps pour satisfaire aux normes de personnel du ministère. Quand on sait que le personnel représente 75% des budgets de l'assurance-hospitalisation, on voit combien cet article est important dans le contrôle des effectifs à l'intérieur des hôpitaux.

Quant aux autres 25% qui représentent les autres services, évidemment il y a cette augmentation normale qui découle des augmentations du coût de la vie. Mais il faut, là aussi, que les hôpitaux se servent de tous les mécanismes raisonnables de restriction ou de freinage de la hausse des coûts.

M. BOURASSA: Oui, surtout dans le contexte actuel. Mais le ministre accepte qu'il serait peut-être intéressant de faire une expérience pilote pour un budget global. Car il y a quand même des minimums qu'on ne peut pas dépasser. On ne peut pas forcer les malades à manger du saucisson sept jours par s e m a i n e. Il y a certainement moyen d'améliorer l'efficacité administrative en laissant peut-être un peu plus de discrétion dans certains cas. Ce n'est pas une formule que je proposerais pour les 225 hôpitaux du Québec. Mais je pense qu'on pourrait peut-être l'essayer dans un ou deux cas pour voir ce que cela pourrait donner.

M. CLOUTIER: Le directeur de l'assurance-hospitalisation me fait part qu'un essai comme cela a été fait en Alberta et qu'une fois que les dépassements sont faits, c'est une taxe spéciale qui est imposée à la municipalité. On sait comment cela fonctionne. Les municipalités sont amenées à contribuer. Ce n'est pas le cas dans le Québec.

M. BOURASSA: Cela constitue le substitut qui existe dans le cas des commissions scolaires.

M. CLOUTIER: Dans le cas des commissions scolaires. C'est un outil important pour le ministère de la Santé. De toute façon, sans vouloir allonger le débat sur cette question, je voudrais ajouter une autre r e m a r q u e. Il est évident que nous laissons une marge d'autonomie importante aux hôpitaux. Nous avons des conseils d'administration qui s'occupent de gérer l'institution h o s p i t a l i è r e. Il y a des débats sur la place publique. D'une part, les hôpitaux nous disent qu'ils ont besoin de cette marge d'autonomie. Les conseils d'administration nous représen-

tent qu'ils veulent s'acquitter de leurs responsabilités. Le député sait, pour siéger à un conseil d'administration, qu'il est important que ces administrateurs sentent qu'ils ont aussi une certaine marge de confiance de la part du ministère de la Santé.

D'autre part, il est important que le ministère de la Santé s'avance de plus en plus vis-à-vis de certaines institutions hospitalières, enlève cette marge d'autonomie et la gruge davantage si le conseil d'administration est moins efficace et est moins compétent. Je pense qu'il est important que nos administrateurs...

M. BOURASSA: Autonomie et efficacité.

M. CLOUTIER: Autonomie et efficacité.

M. BOURASSA: La tutelle et inefficacité.

M. CLOUTIER: Je crois que le député a parfaitement le mot d'ordre et, dans la mesure où les conseils d'administration ou ceux qui dirigent les institutions hospitalières seront compétents, seront conscients de leurs responsabilités, ils voudront être partenaires et collaborateurs du ministère de la Santé, je crois qu'il y aura de la place pour une marge d'autonomie appréciable.

M. TREMBLAY (Montmorency): Est-ce que les conseils d'administration remplissent bien leur rôle dans chacun de ces hôpitaux?

M. BOURASSA: II y en a 220.

M. TREMBLAY (Montmorency): Disons d'une façon générale.

M. CLOUTIER: Sans les prendre un par un, disons que nous avons de très bons conseils d'administration. Il y a des hommes parfaitement compétents et qualifiés, mais par contre, il y a d'autres conseils d'administration qui sont peut-être bien motivés et ont de la bonne volonté, mais manquent certainement d'expérience ou de compétence pour gérer des institutions hospitalières. De plus en plus, le ministère de la Santé comme le ministère de la Famille demandera et exigera que les conseils d'administration de nos institutions, en fait, qui gèrent dans le domaine de la Santé $500 millions et dans le domaine des institutions de Bien-Etre quelques centaines de millions également, il est important que ces administrateurs dans ces deux secteurs, Santé et Bien-Etre, comme dans le domaine de l'Education, soient les plus compétents possibles tenant compte évidemment des difficultés de recrutement dans certaines régions un peu plus éloignées où il y a peut-être un bassin de recrutement moins considérable pour ces administrateurs.

M. BOURASSA: M. Marcoux disait dans une conférence récente que le Québec utilise une moyenne de 17.7 heures employés par jour/patient comparativement à une moyenne nationale de 15 et de 14.6 pour l'Ontario. Est-ce qu'il y a des raisons qui peuvent expliquer cet écart?

M. CLOUTIER: Nous pouvons remonter...

M. BOURASSA: Non, brièvement.

M. CLOUTIER: ... à la convention collective disons, la syndicalisation.

M. BOURASSA: Ce serait la cause principale.

M. CLOUTIER: C'est la convention collective qui est la principale...

M. BOURASSA: Les jours de maladie ou quoi?

M. CLOUTIER: M. Marcoux, le directeur de l'assurance-hospitalisation, disait dans son texte récent: II faut noter, cependant, que cet écart est dû en partie au fait que notre personnel hospitalier est en grande majorité syndiqué et que certains bénéfices marginaux... — je n'ai pas la suite du texte — mais que certains bénéfices marginaux, je suppose, sont plus considérables dans le Québec que dans l'Ontario et dans les autres provinces.

M. BOURASSA: Les jours de maladie. Mais il s'agit d'augmenter la productivité des services.

M. CLOUTIER: La non-mobilité de la main-d'oeuvre à l'intérieur de l'hôpital, particulièrement dans le nursing, c'est ce qui fait actuellement l'objet d'une grande attention de la part des négociateurs de la partie patronale.

M. BOURASSA: C'est-à-dire que c'est facile de dire que la faute est aux syndicats, mais il faut quand même que le gouvernement ait la responsabilité d'accroître la productivité des services.

M. CLOUTIER: Je ne mets pas la faute sur les syndicats, mais disons que la convention collective se négocie à deux. Il y a le syndicat et il y a la partie patronale. Disons que chacun, à

la suite d'une convention collective, est en mesure d'en apprécier les conséquences et qu'à l'autre convention collective, de part et d'autre, on est conscient de ces responsabilités, on essaie de rester à l'intérieur de limites raisonnables. C'est pour cela que, dans le cas de la négociation présente, avec des études qui ont été faites depuis deux ans, depuis que la convention collective est en application, on essaie de corriger certains écarts par rapport à d'autres provinces et par rapport à la moyenne nationale.

M. BOURASSA: D y a une chose qui est très populaire, ces années-ci, dans la gestion financière, ce sont les analyses de coûts et de bénéfices. Je vous en avais parlé, je pense, à l'occasion d'un débat, il y a quelques mois. J'ai lu le rapport annuel et je n'en ai vu aucun signe, est-ce que le ministère a l'intention d'entreprendre des analyses de coûts et de bénéfices pour réduire la hausse des coûts?

M. CLOUTIER: Il y a actuellement un comité fédéral-provincial qui a été formé à la suite de la dernière conférence des ministres de la Santé à Ottawa, les ministres de la Santé et les ministres des Finances, les quatre et cinq novembre dernier. Ce comité a commencé son travail. Nous avons, pour nous représenter, nous de la province de Québec, le sous-ministre, le Dr Gélinas et nous avons le directeur de l'assurance-hospitalisation, M. Marcoux et d'autres fonctionnaires du gouvernement du Québec qui siègent sur ces comités. Je crois que même si le travail vient de commencer il y a quelques mois, les travaux de ce comité vont nous amener des conclusions extrêmement intéressantes pour le développement de l'assurance-hospitalisation, non seulement dans le Canada, mais dans le Québec.

M. BOURASSA: Alors là, c'est entre les mains d'un comité...

M. CLOUTIER: C'est entre les mains du comité fédéral-provincial.

M. BOURASSA: D'accord. Est-ce que le ministre pourrait m'informer — je n'ai que deux ou trois questions encore — sur les montants qui ont été donnés en assistance spéciale cette année? Je ne sais pas s'il y a moyen de délimiter cela. Par exemple, les hôpitaux qui ont dépassé les normes et que le ministère a été forcé de compenser.

M. CLOUTIER: Pour les dépassements de budget, nous avons des normes.

M. BOURASSA: Oui, mais il vient un moment où c'est un cas évident d'inefficacité. Dans le cas d'une commission scolaire, elle le taxe; dans le cas du gouvernement, il est obligé quand même, pour que l'hôpital ne soit pas fermé, de donner le montant. Est-ce que le ministre aurait un chiffre approximatif?

M. CLOUTIER: Ce sont $20 millions de dépassement pour 1968, et pour 1969 nous ne l'avons pas encore. Nous n'avons pas fini la compilation.

M. BOURASSA: Est-ce que c'est l'année de calendrier?

M. CLOUTIER: C'est l'année de calendrier 1968.

M. BOURASSA: II y aurait eu $20 millions de dépassement. Je ne sais pas si cela a été abordé, M. le Président, mais il y aurait une bonne façon de réduire les coûts, le ministre est certainement au courant, c'est la construction d'hôpitaux pour convalescents où le per diem est de $15 par rapport aux hôpitaux généraux publics où le per diem est de $55 ou $50. Alors, tout le monde parle du besoin de construire des hôpitaux pour convalescents. Est-ce que le ministre — s'il n'a pas déjà répondu...

M. CLOUTIER: Oui, effectivement, nous avons passé une soirée sur ce problème la semaine dernière...

M. BOURASSA: D'accord; cela va, je m'excuse.

M. CLOUTIER: ... et, dans ses rares moments libres, si le député veut lire le journal des Débats...

M. BOURASSA: Est-ce que le ministre pourrait me donner le montant des emprunts temporaires des hôpitaux?

M. CLOUTIER: Oui, nous avons fait le relevé. Au 31 décembre 1968, $12,297,524 dus aux banques.

M. BOURASSA: D'accord, pour 67/68?

M. CLOUTIER: A la fin de l'année 1968.

M. BOURASSA: Est-ce que cela comprend les montants qui sont versés?

M. CLOUTIER: Pas pour la construction.

M. BOURASSA: Vous n'avez pas les montants pour la construction?

M. CLOUTIER: Je ne les al pas pour la construction, pour la bonne raison que les emprunts pour construction sont consentis aux hôpitaux durant la construction en attendant l'émission d'obligations.

M. BOURASSA: Qu'est-ce que c'est à peu près?

M. CLOUTIER: C'est un montant qui varie, je prends un exemple d'un hôpital qui coûterait $10 millions, la banque peut consentir une marge d'escompte de $5 millions et, quand la marge d'escompte est expirée, si le marché est favorable, à ce moment-là, nous pourrons faire l'émission d'obligations et rembourser la banque.

M. BOURASSA: D'accord, M. le Président. J'ai un tableau ici pour 1966 qui révèle que le Québec est avant-dernier pour le nombre délits par 1,000 habitants; quand nous parlions tantôt que la croissance des coûts pouvait être justifiée par le développement des services, alors le Québec, selon ce tableau ici, c'est un article qui a été publié par une revue américaine qui comparait le Canada et les Etats-Unis et les différentes provinces... Cela, c'était pour 1966, est-ce que le ministre aurait des chiffres plus récents, le nombre de lits par 1,000 habitants au Québec?

M. CLOUTIER: Nous avons ajouté en moyenne de 1,000 à 1,200 lits par année dans nos hôpitaux généraux, donc...

M. BOURASSA: C'est assez difficile de...

M. CLOUTIER: J'ai le nombre de lits, si le député...

M. BOURASSA: Par mille habitants?

M. CLOUTIER: En 1966, nous avions 36,400 lits, en 1968 nous en avons 38,420 lits; donc j'ai donné un accroissement moyen de 1,000 lits par année. Prévisions d'accroissement pour les cinq prochaines années, 5,500 lits pour les malades en général et 2,200 lits pour les malades chroniques, et nous allons ajouter...

M. BOURASSA: Parce que nous étions les plus bas, après Terre-Neuve; je me demandais si la situation s'était améliorée.

M. CLOUTIER: Je n'ai pas de comparaison. A partir du même article dont parle le député, il faudra refaire maintenant les statistiques de 1969.

M. BOURASSA: D'accord, M. le Président, alors pour conclure, nous devons constater que le ministre prévoit une hausse très modeste du coût de l'assurance-hospitalisation. Cette hausse peut avoir deux raisons, deux explications: une amélioration de l'efficacité, disons que je demeure sceptique, ou disons peut-être une sous-estimation des dépenses pour fins d'équilibre budgétaire. C'est dans six mois que nous pourrons avoir la réponse, mais je ne vois pas comment le ministère peut réduire, simplement par une amélioration soudaine et subite de l'efficacité, un taux de croissance des dépenses passant disons de 15% ou de 12% à 4.5% et qui est quatre fois inférieur à celui de l'Ontario.

M. CLOUTIER: Mais il faudrait que le député tienne compte de la convention collective en cours.

M. BOURASSA: Cela ferait combien au lieu de 4.5?

M. CLOUTIER: D'après le tableau, il faudrait ajouter 2.7% si ma mémoire est bonne, pour 1968 et 4.5% pour 1969. En pourcentage d'augmentation disons que je n'ai pas mon tableau. Je ne sais pas si le député a mon tableau d'augmentation de la convention.

M. BOURASSA: Ah, oui!

M. CLOUTIER: L'augmentation de la convention collective, 2. — il faudrait que le député ajoute 2.47% pour 1968, et 4.56% pour l'année 1969 et une prévision de 8.42% pour l'année 1970.

M. BOURASSA: Oui, cela, parce que le ministre m'avait donné deux séries de chiffres. Il m'avait donné des taux de croissance et des coûts per capita.

M. CLOUTIER: Mais, cela, c'est le coût per capital. En taux de croissance...

M. BOURASSA : Le ministre doit être heureux comme comptable de discuter avec tellement de chiffres?

M. CLOUTIER: Je vous avoue, M. le Président, qu'on s'ennuie un peu des chiffres. Alors, après la convention collective, le taux de crois-

sance ajouté par la convention collective serait de 5.9%.

M. BOURASSA: Donc, cela veut dire que pour 69/70 cela ferait un taux de combien? Global? Avec la convention collective?

M. CLOUTIER: J'ai donné tantôt au député $74.84 pour 1968. Alors, avant la convention collective, il y aura une augmentation de 3.3% pour le chiffre de $77.37?

M. BOURASSA: Laissons faire les coûts per capita, parce que le ministre m'a dit tantôt qu'en Ontario on prévoyait pour 69/70 une hausse de 17%.

M. CLOUTIER: Alors, je vais lui donner à partir de 68/69, une fois la convention collective ajoutée en 1968 et ajoutée en 1969.

M. BOURASSA: D'accord.

M. CLOUTIER: Alors, en 1968, le pourcentage d'augmentation, au lieu de 11.5%, il serait de 15.2%.

M. BOURASSA: D'accord.

M. CLOUTIER: Et le coût per capita, au lieu de $74.84, sera de $77.31 c'est pour 1968.

M. BOURASSA: Le taux sera de 15%en 1968?

M. CLOUTIER: 15.2% pour 1968. Le pourcentage d'augmentation pour 1969, avant la convention collective, 3.3%, soit $77.37, et après la convention collective, après les corrections, 6% et $81.93.

M. BOURASSA: Oui, mais ce que je trouve étonnant, c'est que le taux de croissance passe de 15% à 6%, comparativement à 17% en Ontario. C' est pour cela que je suis sceptique. Je souhaite que le ministre réussisse, à cause de l'efficacité, à diminuer le taux de croissance, mais je me demande si, soudainement, on peut réussir alors que dans les années précédentes cela dépassait 15%.

M. CLOUTIER: Oui, disons que c'est un essai loyal que nous faisons. Nous avons besoin pour cela de la collaboration des hôpitaux. C'est à la condition que les hôpitaux veulent nous la donner véritablement et qu'il n'y ait pas de causes externes imprévues, comme une utilisation non prévue des lits d'hôpitaux pour quelque raison que ce soit. Mais, toutes choses étant égales d'ailleurs, nous allons tenter de maintenir à l'intérieur de ces prévisions les chiffres d'augmentation de l'année précédente.

M. BOURASSA: Evidemment, si vous aviez été trop optimiste, ce serait au ministre des Finances de trouver les fonds additionnels pour couvrir les...

M. CLOUTIER: Oui, puis cela reste toujours au ministre des Finances à procurer aux autres ministères les fonds.

M. BOURASSA: Oui parce que les 6% comprennent les $55 millions qui sont déjà exclus des prévisions budgétaires.

M. CLOUTIER: Mais, dans les $55 millions, il y a la rétroactivité, pour l'année 1968...

M. BOURASSA: D'accord, d'accord.

M. CLOUTIER: ... dont il ne faudrait pas tenir compte dans les 6%.

M. BOURASSA: Oui, mais quand même, les $55 millions ne sont pas prévus.

M. CLOUTIER: Non.

M. BOURASSA: Si vous vous révélez moins efficace que vous prévoyez, ce seront d'autres montants encore...

M. CLOUTIER: II faut dire aussi au député que plus le montant global de l'assurance-hospitalisation augmente, évidemment, le taux d'augmentation de l'année précédente a des chances d'êtres moins considérable. Parce que, on ne peut pas toujours augmenter, disons, d'un chiffre absolu de $100 millions par année. La proportion est moins considérable. Elle diminue, même si nous avions toujours le même montant d'augmentation, en chiffres absolus, le pourcentage, lui aussi, diminuerait.

M. BOURASSA: Mais, là, vous prévoyez une baisse de 250% dans le taux de croissance.

M. CLOUTIER: II y a évidemment une baisse.

M. BOURASSA: Une baisse de 250% du taux de croissance.

M. CLOUTIER: Par rapport à l'augmentation que je n'ai pas calculée.

M. BOURASSA: De 15% à 6%, c'est une baisse de 250% du taux de croissance. Alors, tant mieux si vous la réussissez, mais j'en doute.

M. CLOUTIER: Nous comptons sur les présidents des conseils d'administration.

M. GOLDBLOOM: M. le Président,...

M. CLOUTIER: Une seule autre remarque si le député de D'Arcy-McGee me permet, le directeur de l'assurance-hospitalisation me dit qu'en Ontario aussi le directeur de l'assurance-hospitalisation prévoit un taux de croissance beaucoup moindre que celui des autres années.

M. BOURASSA: Mais on m'a dit tantôt que c'était 17%. Tantôt, on me disait que c'était 17% pour montrer combien nous étions supérieurs à l'Ontario.

M. CLOUTIER: Ils se sont fixé un montant moindre même si les prévisions sont plus considérables.

M. BOURASSA: Mais Je ne comprends pas le ministre là, ils se sont fixé un montant moindre même si les prévisions sont plus considérables?

M. CLOUTIER: Un instant!

M. BOURASSA: D'accord!

M. CLOUTIER: Le directeur de l'assurance-hospitalisation me dit que c'est un coût estimatif fourni par les hôpitaux. Mais il y a la convention collective. Ils tiennent compte de la convention collective qui se négocie...

M. BOURASSA; Ils prévoient 17%.

M. CLOUTIER: ... tenant compte de la difficulté de négociation, parce qu'ils n'ont pas de négociations à l'échelon provincial. C'est encore à l'échelon local ou régional.

M. BOURASSA; Oui. Mais ils prévoient quand même 17% par rapport à 6% pour nous. D'accord.

M. CLOUTIER: Ils prévoient 17%.

M. BOURASSA: Juste un mot en terminant, le ministre est au courant de la conférence du Dr Gilbert suggérant toute une série de moyens pour améliorer l'efficacité.

M. CLOUTIER: J'ai lu ça!

M. BOURASSA: D'accord! Je voulais signaler ça au ministre. Il m'a l'air d'avoir compris.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, je voudrais rappeler au ministre qu'il y a quelques jours nous discutions des chiffres pour la durée de séjour. Le ministre nous en a fourni quelques-uns, mais il nous avait promis...

M. CLOUTIER: Je les ai.

M. GOLDBLOOM: Bon!

M. CLOUTIER: En 1966, dans le Québec, 10.38%; en 1967, 10.97%; et en 1968, 10.74%.

M. GOLDBLOOM: Est-ce que nous connaissons toujours des taux d'occupation très élevés dans la plupart de nos hôpitaux?

M. CLOUTIER: Je pourrai donner des chiffres plus exacts un peu plus tard au cours de l'étude des crédits. Là nous les donnerions approximativement.

M. GOLDBLOOM: Certainement! Est-ce que le ministre peut aussi nous dire ce qui arrive aux listes d'attente des hôpitaux?

M. CLOUTIER: Oui, je pourrais lui donner un échantillonnage assez représentatif dans un Instant. Je peux donner des exemples au...

M. GOLDBLOOM: Est-ce qu'il y a aussi un total?

M. CLOUTIER: Non, un échantillonnage. Je vais donner des exemples assez significatifs. Il y a des endroits où il y a des augmentations dans les attentes, il y a des endroits où il y a une diminution extraordinaire, si on peut employer ce terme en parlant de listes d'attente.

A Sherbrooke, l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, par exemple, en 1967: 916; en 1968 411; en 1969: 142.

L'hôpital du Sacré-Coeur de Hull - je ne donnerai pas les années, c'est toujours 1967, 1968, 1969, alors, 845; 708; 592.

L'hôpital d'Argenteuil, Lachute: 177; 113; 98. L'hôpital Saint-Eusèbe de Joliette, 290; 250; 282. Evidemment il y a un projet qui est I l'étude pour Joliette. L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme: 1743; 947; 450. L'hôpital d'Youville, Noranda; 325; 506; 473. L'hôpital Saint-Sauveur de Val-D'Or, je l'avais donné l'an passé si ma mémoire est bonne, c'est 671; 150 et 145.

M. GOLDBLOOM: Est-ce que le ministre a des...

M. CLOUTIER: Pour Montréal?

M. GOLDBLOOM: Montréal et...

M. CLOUTIER: Hôtel-Dieu de Montréal: 1579; 1342 et 1486. Hôpital Jean-Talon: 531, 553, 386. Jewish General: 1,500, 1,002, 704. Montreal General: 1,097, 1,302, 1,204. Notre-Dame: 1,075, 950, 925. Royal Victoria: 1,283, 1,145, 1,243. Je pourrais en donner à Québec: Hôpital du Saint-Sacrement: 1,200, 1,371, 1,115.

M. GOLDBLOOM: Est-ce que ce sont des chiffres que le ministre pourrait déposer?

M. CLOUTIER: C'est une liste que nous avons faite au 30 avril 1969, en communiquant par téléphone avec chacune des institutions. Je pourrais en faire parvenir une copie au député...

M. GOLDBLOOM: Oui, au lieu de prendre le temps pour lire les chiffres.

M. TREMBLAY (Montmorency): Est-ce qu'il y a une baisse à l'hôpital l'Enfant-Jésus de Québec?

M. CLOUTIER: Pardon?

M. TREMBLAY (Montmorency): A l'hôpital l'Enfant-Jésus de Québec, est-ce qu'il y a une baisse dans les listes d'attente?

M. CLOUTIER: A l'Enfant-Jésus, nous avons deux années. En 1968, 437 et en 1969, 421.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, pour passer à un autre aspect...

M. CLOUTIER: Les taux d'occupation, cela a été demandé tout à l'heure.

M. GOLDBLOOM: Oui.

M. CLOUTIER: En 1966, dans le Québec, les hôpitaux généraux, 78.4%; en 1967, 77.8% et, en 1968, 79.5%. Pour les maladies à long terme: 94% en 1966, 95.3% en 1967 et 98% en 1968.

L'Ontario, le chiffre oscille autour de 82%, une estimation. Et pour les maladies à long terme, 93.8% en 1967. C'est le dernier chiffre que nous avons.

M. GOLDBLOOM: Pour passer à un autre aspect de ce sujet, nous cherchons toujours des moyens de diminuer les listes d'attente, de diminuer le coût des soins de santé, sachant que les soins hospitaliers en sont les plus coûteux.

Nous avons parlé d'hôpitaux qui sont affectés au soin des malades chroniques, à la convalescence, mais il arrive — je dirais assez souvent — dans un hôpital général qu'un médecin hésite pendant plusieurs jours avant d'envoyer un malade à une autre institution, n'étant pas certainque l'état de ce malade permettra, en toute sécurité, son transfert à une autre institution sans l'exposer au danger d'être ramené d'urgence à l'hôpital principal.

Il y a donc des hôpitaux qui ont conçu un système d'hospitalisation progressive où, à l'intérieur de la même institution, il y a des secteurs où les soins sont de moins en moins intenses avec le progrès de la convalescence. Donc, on est en mesure de garder le malade à l'hôpital, sachant qu'à un moment donné on peut le ramener d'un étage à un autre à l'intérieur de la même institution si un problème se présente.

Donc, est-ce que c'est une évolution que le ministre cherche à encourager? Est-ce qu'il y a des hôpitaux, en dehors des grands hôpitaux que nous connaissons, qui ont monté de tels systèmes pour, justement, diminuer le besoin de construire d'autres institutions à d'autres endroits?

M. CLOUTIER: Oui. Dans chacun des projets hospitaliers de rénovation ou de construction, c'est un des points qui retient notre attention et qui fait l'objet de discussions entre les planificateurs et nos services techniques du ministère de la Santé, de façon que l'aménagement de l'hôpital soit fait en fonction de la progression dans le traitement à donner aux malades.

Il y a des exemples d'hôpitaux qui le font actuellement.

Je pense en particulier à l'hôpital Saint-Sacrement, à Québec, où on a même une section pour les malades ambulants, où les malades peuvent eux-mêmes, sans requérir du personnel spécialement pour ces tâches, s'occuper du repas, s'occuper d'autres activités qui nécessiteraient autrement du p e r s o n n e l. Il y a l'hôpital Notre-Dame, à Montréal; le député a vu dernièrement dans un communiqué envoyé aux journaux non seulement cette orientation, mais ce geste concret que l'hôpital a posé pour les malades chroniques et pour les convalescents en aménageant spécialement des chambres pour ce type de malades de façon à ne pas immobiliser les lits actifs de l'hôpital et de pouvoir les loger dans cette section.

Je pourrais donner un autre exemple qui est très d'actualité. Hier, j'ai eu l'occasion de rencontrer le conseil d'administration de l'Institut de cardiologie qui prépare un projet d'agrandissement. Le conseil a tenu compte — même à l'intérieur d'une institution spécialisée comme celle-là — de ce facteur de soins progressifs de sorte qu'on pourra, selon le stage et la progression de la convalescence, prendre un patient, un malade et le déménagement dans un autre section de l'hôpital, à un autre étage où les soins requis sont moins considérables de façon à avoir une économie en personnel et aussi une économie en équipement. Je crois que c'est un facteur qui, de plus en plus, retient l'attention des planificateurs dans le domaine de la santé.

M. GOLDBLOOM: Un dernier aspect de ce sujet; les soins à domicile. Est-ce le ministre peut commencer par nous donner une petite idée de l'évolution de ce secteur en ce moment?

M. CLOUTIER: J'ai confié au ministre d'Etat la tâche spéciale des soins à domicile.

M. GOLDBLOOM: Justement, M. le Président, j'avais un autre sujet à ce poste budgétaire, celui des règlements adoptés en vertu de la Loi des hôpitaux. Je sais que c'est le bébé du ministre d'Etat, J'étais pour proposer que nous laissions en suspens cet article en attendant le retour du ministre d'Etat. Le ministre d'Etat sera-t-il ici ce soir ou demain?

M. CLOUTIER: Aux dernières nouvelles, il devait être ici. Il a été empêché cet après-midi. Je l'attends d'une minute à l'autre. Est-ce qu'on pourrait laisser en suspens ce poste budgétaire pour ces deux points précis: Les soins à domicile et les règlements des hôpitaux?

M. GOLDBLOOM: C'est ça. Avant cette suspension, je voudrais poser une seule question. Le service d'assurance-hospitalisation prévoit des prestations dans le cas d'hospitalisation en dehors de la province de Québec. Le ministère fait-il une distinction entre celui qui est frappé par une maladie imprévue — maladie qui l'empêche de revenir au Québec — et celui qui choisit de s'adresser à un hôpital, aux Etats-Unis par exemple, pour se faire soigner, croyant que les soins seraient de meilleure qualité là-bas?

M. CLOUTIER: Nous n'avons pas de distinction. C'est le même tarif de remboursement...

M. GOLDBLOOM: II y a quand même des cas assez pénibles où des personnes sont frappées par un infarctus, par exemple. Elles sont obligées de passer plusieurs semaines à l'hôpital en dehors de la province, ce qui constitue un fardeau assez sérieux pour ces personnes. J'attire l'attention du ministre sur ces deux aspects de ce problème.

M. CLOUTIER: Cela a déjà fait l'objet, dans les derniers mois, d'une proposition — même d'arrêtés en conseil — que je n'ai pas retenue. J'ai demandé à mes officiers d'explorer davantage, parce que je voulais savoir exactement quelles étaient les implications financières?

M. GOLDBLOOM: Alors laissons en suspens le poste budgétaire 2 pour passer à 3.

M. CLOUTIER: Quant aux soins à domicile, il n'est pas nécessaire d'en parler au poste budgétaire 2, nous pouvons en parler au poste budgétaire 6; Programme conjoint de santé public.

M. GOLDBLOOM: D'accord. Il reste quand même les règlements...

M. CLOUTIER: Les règlements des hôpitaux...

M. SAINT-GERMAIN: Tout de même, relativement au coût de l'hospitalisation, M. le ministre a expliqué qu'au niveau de certains hôpitaux on se réorganisait pour le baisser.

En fait, je remarque tout de même que, l'année dernière, il y a eu une augmentation de 10% du coût et cette année, nous avons à peu près la même augmentation de 10%. Est-ce que ce sont simplement des études préliminaires ou des applications locales qui ne sont pas assez généralisées pour que cela se reflète dans le coût total de l'hospitalisation? J'aimerais attirer l'attention du ministre là-dessus. Quelles que soient les transformations qu'on y fasse, comme résultat, le coût augmente tout de même avec la même constance,,.

M. CLOUTIER: Non, pas avec la même constance, parce que j'ai donné, tantôt, au député de Mercier, depuis 1960, depuis l'assurance-hospitalisation, la croissance, l'augmentation et il n'y a pas de constance dans l'augmentation. Il y a eu des périodes de sommet et maintenant nous sommes dans une période de décroissance des coûts.

M. SAINT-GERMAIN: J'ai ici le coût de 67/68, par exemple, de $421 millions. En 68/69, $463 millions. Cette année, de $506 millions...

M. CLOUTIER: Est-ce que le député voudrait

corriger, en ajoutant aux chiffres des prévisions budgétaires, les chiffres réels de l'année précédente? Parce qu'il y a eu des budgets supplémentaires. Alors l'an dernier, le chiffre réel, au lieu de $463 millions, c'est $478 millions.

M. SAINT-GERMAIN: En 67/68, c'est bien $421 millions? Est-ce que c'est le chiffre réel?

M. CLOUTIER: II y a eu un budget supplémentaire. Je vais vous donner le chiffre. Le député remonte à deux ans. Nous allons trouver le chiffre.

M. SAINT-GERMAIN: Je prends cela, ici dans le budget des dépenses...

M. CLOUTIER: Dans le livre vert de l'année précédente, je n'ai pas le chiffre corrigé.

M. SAINT-GERMAIN: Ah, bon!

M. CLOUTIER: Alors, c'est $432 millions. Dans le livre des comptes publics, à la page 519, je retrouve $432 millions.

M. SAINT-GERMAIN: Cela ne change pas beaucoup l'accélération, l'augmentation conserve approximativement le même pourcentage. Maintenant, est-ce qu'en 67/68, il y a eu un budget supplémentaire? En 68/69, vous en avez eu un aussi. Il faut prévoir aussi que ce chiffre, de $506 millions, il est bien possible, soit augmenté.

M. CLOUTIER: Ce sont nos prévisions. J'ai donné au député de Mercier les augmentations automatiques qui seront causées par la convention collective de travail qui est en négociation.

M. LE PRESIDENT: Alors, nous suspendons le poste budgétaire 2.

M. TREMBLAY (Montmorency); J'aurais aimé avoir certains chiffres concernant le financement des corporations. Elles sont financées par obligations. Les remboursements, à l'article du service de la dette, se font dans le budget général: Service de l'hospitalisation et services externes?

M. CLOUTIER: Non, non, pas là. Cela se fait au poste 13: Les subventions pour construction d'hôpitaux et autres fins.

M. TREMBLAY (Montmorency): Cela se fait au poste 13. C'est-à-dire, non, je parle du remboursement de la dette. La corporation remet à tous les ans, certaines sommes pour...

M. CLOUTIER: ... sur l'échéance d'obligations...

M. TREMBLAY (Montmorency): Sur les échéances d'obligations...

M. CLOUTIER: Oui, c'est au poste budgétaire 13, articles 2 et 3.

M. TREMBLAY (Montmorency): Alors cela entre, au point de vue administratif, dans l'article des subventions.

M. CLOUTIER: Subventions à long terme.

M. TREMBLAY (Montmorency): Subventions à long terme.

M. CLOUTIER: Oui, c'est là.

M. TREMBLAY (Montmorency): Alors, cela n'entre pas dans...

M. CLOUTIER: Non, c'est un budget d'administration.

M. TREMBLAY (Montmorency): C'est le budget d'administration, très bien.

M. LE PRESIDENT: Nous suspendons le poste budgétaire 2, article 2, pour y revenir aussitôt que le ministre d'Etat sera revenu. Nous passons à l'article 3. Simplement, pour les règlements d'hôpitaux, étant donné que les soins à domicile sont à l'article 6. Donc, unités sanitaires, à l'article 3.

M. HOUDE: M. le Président, à l'article 3, unités sanitaires, j'aimerais faire une courte intervention concernant l'hygiène scolaire. Nous voyons, en lisant le dernier rapport du ministère de la Santé, à la page 125, qu'au cours de l'année — c'est le dernier rapport de l'année 1967 — sur un total de 96,963 écoliers examinés, 31,765 sont atteints, ont été dépistés comme étant atteint de déficience physique, soit 32.7% des écoliers examinés ont été classés comme ayant une déficience physique.

Ce chiffre qui remonte bien sûr à 1967— j'ai hâte de voir si en 1968 ou en 1969 cela s'est amélioré — m'apparaît comme énorme et me prouve, une fois de plus, l'importance que nous devons attacher au Québec, à un secteur, qui, encore une fois — je le répète, je suis de moins en moins gêné d'en parler, soit dit en passant — s'appelle l'éducation physique.

Je voudrais rappeler au ministre qu'il y a quelques années à peine, lorsque le Dr Cross et le Dr Weber qui, en combinant leur nom, ont

fait ce qu'on appelle communément le test « Cross & Weber », lorsque ces deux spécialistes ont fait passer, à des milliers et des milliers d'enfants d'Amérique et d'Europe, le fameux test « Cross & Weber », on a découvert que, même les enfants qui avaient subi la guerre, qui avaient subi certaines privations en Europe, se classaient quand même mieux que les enfants nord-américains dans un simple petit test d'aptitudes physiques.

C'est à la suite de cela, monsieur le ministre, vous vous en souviendrez, que le président Kennedy a lancé une vaste campagne à travers les Etats-Unis demandant aux grandes facultés de nos universités, demandant en particulier à la médecine de se préoccuper davantage de l'éducation physique, et c'est à la suite de ces tests, dis-je, que le président Kennedy a mis sur pied plusieurs départements de ce qu'il appelait « physical fitness ».

C'est également à la suite de ces fameux texts « Cross & Weber » que le gouvernement d'Ottawa, en particulier le ministère de la Santé à Ottawa, a subventionné des recherches qui ont abouti à une façon, si vous voulez, très simple, mais drôlement efficace de promouvoir la santé physique des Canadiens, à ce qu'on appelle le 5-BX qui a été propagé par tous les média d'information, radio, télévision et journaux, à travers le Canada, pour tâcher d'améliorer la santé physique de nos enfants.

Actuellement, si on lit les journaux, depuis quelques semaines, on voit que, cette année, au moins 32 pays se sont donné la main pour se réunir entre le 2 et le 14 juillet prochain, au cours de l'été, à Bâle en Suisse et à Strasbourg en France, pour ce qu'on appelle actuellement le symposium scientifique de l'éducation physique pour les préscolaires et les scolaires. Tout cela en vue d'améliorer la santé physique de nos écoliers et de nos écolières à travers au moins ces 32 pays en tout cas.

Je me demande, monsieur le ministre, s'il ne serait pas possible, à la lecture de votre propre document où on dit carrément que 32.7% des écoliers souffrent de déficience physique, que votre ministère commence le plus rapidement possible une campagne intensive — vous avez des budgets pour l'information et la publicité — afin de contribuer peut-être à améliorer la santé physique de nos enfants, mais aussi à convaincre d'autres ministères qui sont drôlement endormis, en particulier le ministère de l'Education, où on a un seul homme — je le répète peut-être pour la dixième fois — pour toute la province qui dirige l'éducation physique de tous les écoliers, de toutes les écolières de tout le Québec.

Il a un grand titre, il est directeur provincial, un directeur de qui? Directeur de lui-même, il est seul. Cela fait quelques années que la profession, que les parents également exigent que l'éducation physique soit quelque chose de sérieux dans la province de Québec et le ministère de la Santé nous donne des chiffres qui font frémir. Je pense que le ministère de la Santé, puisque ce ministère jouit d'un très grand prestige, puisqu'à chaque fois que la médecine touche ou parle d'un sujet, on est porté dans l'opinion publique à l'écouter beaucoup plus facilement peut-être qu'on écoute parfois un pédagogue.

Je pense que le ministère de la Santé a le devoir de rendre plus populaire, d'éveiller et d'aider les parents qui exigent que l'on considère comme quelque chose de sérieux l'éducation physique, que le ministère de la Santé devrait de plus en plus collaborer à faire appliquer le rapport Parent, par exemple, qui recommandait deux heures obligatoires d'éducation physique à l'élémentaire plus un après-midi de plein air, chose qui n'existe pas à peu près dans 80% de nos écoles où l'on n'a même pas trente minutes par semaine d'éducation physique obligatoire.

Je pense que le ministère de la Santé se devrait d'être à l'avant-garde, surtout au moment, M. le ministre, où comme un ancien de l'éducation physique, je suis presque débordé de travail en dehors de mon rôle de député à répondre présentement aux demandes de médecins ou de cliniques médicales spécialisées en obésité.

En fin de semaine, M. le ministre, j'avais une demande d'un groupe de médecins spécialistes dans les maladies du coeur me demandant de travailler avec eux à bâtir un programme pour ceux qui souffrent de maladies cardiaques en fonction de l'éducation physique, ou par l'éducation physique, ces médecins sont convaincus, comme d'autres dans d'autres pays depuis fort longtemps, que l'éducation physique peut aider cette catégorie de malades présentement. Or, je pense, M. le Ministre, qu'à l'article de l'hygiène scolaire, même si vous avez fait énormément de progrès comme j'en juge par ce rapport, il reste quand même que 32.7% des enfants en 1967 — et ce sont des enfants examinés seulement — souffrent de déficience physique.

C'est une modeste suggestion. Si le ministère de la Santé se donnait vraiment la peine, soit en produisant un film, soit en faisant participer quelques-uns peut-être de ses hauts fonctionnaires à ce voyage à Strasbourg à ce symposium scientifique, je pense que quelques

hauts fonctionnaires pourraient y revenir drôlement plus convaincus de l'importance de cette discipline qui existe à peine à l'état embryonnaire dans un grand nombre de nos écoles.

Je disais, il y a une semaine, M. le Ministre, dans une conférence à l'Association des éducateurs physiques de Chicoutimi et du Lac-Saint-Jean, que cela avait pris environ 40 ans au Québec pour obtenir une demi-victoire dans cette discipline. J'entends par demi-victoire, bien sûr, une acceptation de principe. Bien sûr, tout le monde dit: Oui, c'est vrai, c'est important, l'éducation physique. Il est sûr qu'aujourd'hui on construit des écoles avec un modeste gymnase, que tout le monde semble d'accord pour dire: C'est donc important, l'éducation physique. Cela a pris 40 ans pour l'obtenir.

Je pose la question encore une fois. Est-ce que nous attendrons 40 autres années avant de voir maintenant des programmes s'appliquer, maintenant que nous avons du matériel, maintenant que nous avons un certain matériel didactique également, maintenant que nous avons de la main-d'oeuvre et actuellement 1,600 professeurs d'éducation physique actifs dans la province de Québec, dans nos institutions maintenant que de plus en plus les parents sont éveillés à cette question et de viennent, dans beaucoup de milieux, fort inquiets?

Je ne fais de « commercial » pour personne mais on n'a qu'à voir présentement l'engouement ou le désir des parents de faire participer leurs enfants, au cours de l'été, à toutes sortes d'activités sportives et d'éducation physique pour réaliser que les Québécois sont devenus de plus en plus conscients de l'importance de cette discipline. Etant donné que c'est très long et très lent dans plusieurs ministères pour passer à des applications pratiques, j'ai pensé aujourd'hui profiter des crédits du ministère de la Santé pour peut-être éveiller une fois de plus les autorités gouvernementales. Si le ministère de la Santé disait ou plaçait son mot, sans prendre la place d'autres ministères ou sans rentrer dans les plates-bandes d'autres ministères, si le ministère de la Santé voyait à aider la cause de l'éducation physique, je suis profondément convaincu que nous pourrions sauver probablement plusieurs années de travaux parfois inutiles ou d'efforts que l'on pourrait mettre plus facilement sur d'autres sujets.

C'est ce que j'avais à dire, M. le Ministre, en espérant que les chiffres publiés dans le dernier rapport de votre ministère vont s'améliorer et non pas se détériorer et en espérant surtout que vous prendrez en considération ce que je disais tantôt, soit le symposium scientifique de l'éducation physique avec des gens de toutes les facultés, de 32 pays différents y inclus la Russie, le Japon, la Chine et beaucoup de pays de l'Amérique du Sud.

Je répète les dates et l'endroit, Bâle en Suisse, Strasbourg en France, du 2 au 14 juillet.

M. LE PRESIDENT: J'écoutais très attentivement les très intéressants propos du député de Fabre; cependant, l'éducation physique relève du ministère de l'Education et les loisirs et sports relèvent du...

M. HOUDE: Je m'excuse M. le Président, mais dans le rapport annuel du ministère de la Santé, c'est bel et bien marqué hygiène scolaire, Cyrille Pomerleau, m.d. C'est le rapport, cela fait partie des unités sanitaires, M. le Président, et il y a 32 dépisteurs...

M. LE PRESIDENT: Pour le dépistage, mais pour l'éducation physique proprement dite...

M. HOUDE: M. le Président, je m'excuse, il y a également un paragraphe qui dit: La surveillance de la santé de l'enfant, un des objectifs d'une médecine préventive bien organisée, etc., etc. Je pense que l'éducation physique, quand même, peut faire partie de la médecine préventive. Je n'insisterai pas davantage. C'est ce que j'avais 3. dire.

Je termine en posant une question. Si on pouvait me donner la réponse, j'aimerais savoir en 1968 et en 1969, après ce rapport-ci, quels sont les chiffres et quelles sont les améliorations, si améliorations il y a, concernant la santé physique, mentale et les problèmes sociaux de nos écoliers à Québec?

M. CLOUTIER: M. le Président, j'écoutais avec beaucoup d'attention les remarques fort judicieuses du député de Fabre. Sans départager les responsabilités entre le ministère de l'Education, le ministère du Toutisme, de la Chasse et de la Pêche et le ministère de la Santé, je dirai que, en ce qui nous concerne, nous, nous sommes bien conscients de l'importance de l'hygiène scolaire et du dépistage. Nous avons fait un effort très considérable depuis trois ans. Le programme qui avait été tracé initialement en 1966 était très ambitieux.

Nous voulions réaliser tout le programme de mise en place de l'hygiène scolaire sur une période de trois ans et il nous est apparu que, évidemment, tenant compte des contraintes budgétaires, de la difficulté de recruter tout le personnel, que nous devions étendre cette période sur un nombre d'années plus considéra-

ble. Mais, nous sommes actuellement presque au terme. Je pense que nous pourrons terminer cette opération de mise en place de tout le programme d'hygiène scolaire, l'an prochain. Nous avons recruté le personnel de sorte que le dépistage qui est fait actuellement dans le milieu scolaire, dans l'exercice que nous avons commencé actuellement, correspond presque tout à notre programme initial.

Quant aux statistiques, évidemment, elles sont très éloquentes et c'est le dépistage massif que nous faisons, qui peut nous apporter des chiffres et des conclusions que nous nous faisons un devoir de transmettre à d'autres ministères comme celui de l'Education et celui du Tourisme de la Chasse et de la Pêche.

Nos relations avec le ministère de l'Education — là où il faut qu'il y ait relation dans le domaine de la santé — elles sont excellentes parce que nous communiquons avec le ministère de l'Education en ce qui concerne la formation du personnel, le personnel médical et paramédical et les périmédicaux. Nous avons également un autre comité interministériel qui siège pour l'enfance inadaptée. Dans ce domaine-là, le député mentionne qu'à la suite des conclusions de nos études et du dépistage que nous faisons, des statistiques que nous procurent le dépistage, il faudra que le ministère de la Santé entreprenne un travail auprès du ministère de l'Education et auprès des autres ministères pour les sensibiliser à cet état de chose.

Personnellement — et je crois pouvoir me faire l'interprète de mes officiers — nous sommes conscients, au ministère de la Santé, de l'importance qu'il y a pour nous d'éveiller l'intérêt des autres ministères là où cet intérêt doit être éveillé. Et le député nous a mentionné un champ d'action particulier, où sensibiliser le ministère de l'Education à cet aspect bien important de l'éducation physique. Si le ministère de l'Education et si dans les programmes de formation de l'étudiant on faisait la place nécessaire à cet élément important, je crois qu'il y a là une médecine préventive qui est irremplaçable dont le ministère de la Santé retrouverait les effets bénéfiques à plus ou moins long t e r m e . Il serait important que cette médecine préventive soit ajoutée à la médecine préventive que nous faisons et par le dépistage et par d'autres postes du ministère, particulièrement au chapitre des unités sanitaires, dépistage de déficience physique ou dépistage de déficience mentale, de sorte que nous puissions, après avoir détecté ces déficiences, ces faiblesses de notre population étudiante, mettre en place des mécanismes de correction.

Quant à la suggestion de faire nous-mêmes, au ministère de la Santé, cette campagne d'éducation, il restera à départager les responsabilités à ce moment-là. Est-ce que c'est le ministère de la Santé lui-même qui devra requérir les budgets, est-ce que chez nous, nous sommes le meilleur ministère à être outillé pour ce travail? Cela restera à voir.

De toute façon, je retiens la suggestion du député de Fabre de sensibiliser très étroitement les deux autres ministères particuliers, le ministère de l'Education en l'occurrence et le ministère du Tourisme — loisirs et sports — qui entre parenthèses a signé une entente dernièrement avec le ministère fédéral. Il aura des fonds à sa disposition.

Je ne connais pas, à ce moment-ci, le détail de l'utilisation de ces fonds, mais je crois qu'à même ces sommes, à même ces budgets plus considérables pour le ministère de l'Education et moins considérables pour le ministère du Tourisme, de la Chasse et de la Pêche, qu'il y aura place pour ce secteur de l'éducation physique dont parle le député.

Quant aux statistiques, pour l'année 68/69, étant donné que le rapport annuel n'est pas préparé, je ne crois pas que nous les ayons en main. Mais de toute façon, il sera possible de les faire parvenir au député, un peu plus tard, étant donné son i n t é r ê t . Il le demandera et nous nous ferons... Même avant la publication du rapport annuel, nous pourrons lui faire parvenir des statistiques quant à ce champ précis.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, avant d'adopter en bloc ce poste, j'aurais quelques brefs commentaires à faire. Je regrette de constater qu'à l'article 11: Bourses au personnel technique, il y a une diminution cette année. Est-ce que c'est parce que le montant prévu l'an dernier n'a pas été utilisé complètement?

M. CLOUTIER: Oui. Nous avons 62 candidats au lieu de 72. Parce qu'il y a réduction aux postes des infirmières. Quant aux médecins, aux dentistes, aux diététiciens et aux inspecteurs en hygiène, il n'y a pas de diminution. C'est au poste des infirmières qu'il y a une diminution de 10 candidates.

M. GOLDBLOOM: Bon. L'autre chose que je voudrais dire, M. le Président, est celle-ci. Je voudrais la dire avec autant de délicatesse que possible, sans formuler de critique personnelle à l'endroit de qui que ce soit: Nos unités sanitaires ne se sont pas toujours tenues à la page du progrès de la médecine, quant aux

politiques d'immunisation par exemple, et quant aux conseils qui sont donnés à la maman au sujet de son enfant. Je comprends parfaitement qu'avec un réseau de cette envergure à administrer, il n'est pas facile de transmettre des renseignements rapidement à tous les intéressés. Encore plus, au niveau de l'administration, au niveau de la direction, on est obligé d'établir certaines politiques qui doivent être appelées à durer pour une certaine période de temps. Il n'y a pas moyen de changer de politique d'immunisation à tous les six mois.

Quand même nous constatons qu'avec toutes les études qui se font de nos jours, il y a des modifications qui sont apportées et que les unités sanitaires traînent un peu de l'arrière en matière de politique d'immunisation. Il y a un an ou deux, nous avons discuté de la possibilité d'adopter certaines préparations associées. J'aimerais savoir si le sous-ministre qui a fourni la réponse à cette époque-là pourrait nous dire si c'est toujours à l'étude. J'aimerais savoir où ces études sont rendues. Je voudrais souligner le fait que très récemment il y a des études qui ont été faites aux Etats-Unis qui semblent indiquer que peut-être, — et j'insiste sur le peut-être — nous donnons plus souvent des injections de rappel que nécessaire. J'aimerais simplement souligner l'importance pour la santé publique d'une attitude progressive au niveau des unités sanitaires, et quant à l'immunisation et à quant aux conseils qui sont donnés à ceux qui s'y présentent.

M. CLOUTIER: Etant donné que le sous-ministre avait fait la première réponse, à laquelle fait allusion le député de d'Arcy-McGee, je lui demanderais de faire encore la réponse étant donné que c'est un domaine extrêmement spécialisé. Je préférerais que la conversation ait lieu entre médecins et je prends à mon compte les remarques de mon sous-ministre. Je lui demande de répondre, en quelques mots — parce qu'il est près de six heures — à la question du député d'Arcy-McGee.

Je remercie M. le ministre. M. le Président, c'est un privilège assez unique de pouvoir répondre à une commission comme celle-ci, alors je n'en abuserai pas.

J'aimerais savoir précisément ce que veut dire le député de d'Arcy-McGee. Est-ce qu'il parle d'un programme d'immunisation particulier? Veut-il faire référence, par exemple, au Sabin où je me plais toujours à souligner que nous avons été la première province à généraliser ce vaccin et que les autres provinces nous ont suivis avec trois ans de retard? Veut-il parler du vaccin contre la rougeole que nous voulons associer au vaccin trivalent?

S'il veut parler du vaccin contre la rougeole, je vais lui dire que nous poursuivons des études à l'Institut de microbiologie qui est notre fabricant de vaccin. Comme le sait probablement, pertinemment j'en suis sûr, le député, qui est un médecin hautement spécialisé dans ce domaine, fabriquer un vaccin et pouvoir le mettre sur le marché avec toutes les garanties nécessaires est un travail qui requiert à peu près trois ans d'études lorsque tout va bien. Je dois tout d'abord dire que deux fois par année, aux réunions du Conseil canadien de la santé, il y a une revis ion de tous les programmes d'immunisation de chaque province et adoption en général des meilleures techniques que nous appliquons par la suite dans nos provinces.

Il a été décidé par les épidémiologistes et les microbiologistes qu'il était préférable de produire un vaccin polyvalent et que ce vaccin polyvalent aurait un vaccin antirougeoleux tué, et qu'on pourrait le donner en même temps que les trois autres, dans les mêmes injections, de façon à ne pas multiplier indûment le nombre d'injections que l'on donne.

Nous avons essayé de le mettre au point. Les expériences ont été effectuées in vitro et puis in vivo sur l'animal. Par la suite, nous devons attendre, avant de donner ce vaccin au public, l'autorisation du service des aliments et drogues à Ottawa. Cette autorisation nous est arrivée quelques mois après la fabrication du lot initial. Nous nous sommes aperçus que le pouvoir antigénique de ce lot avait perdu beaucoup de sa force et n'était valable maintenant que pour six mois.

Nous avons fabriqué un nouveau lot. Nous avons, actuellement, en stock, 100,000 doses de vaccin vivant et quelques centaines de milliers de doses de vaccin tué. Nous commençons à. donner du vaccin tué, mais comme vous le savez peut-être, il y a eu aux Etats-Unis, je pense, dix-sept cas de complication par suite d'injections de vaccin vivant, après trois injections de vaccin tué, lorsque le vaccin vivant a été donné après un délai d'un an. Nous sommes donc à étudier les possibilités de prévenir cette complication et nous le donnons après trois mois et après un an dans certains cas pour voir si notre vaccin, qui est préparé selon un procédé un peu unique, présentera ces complications ou non.

Nous croyons donc pouvoir utiliser ce vaccin polyvalent l'automne prochain. Nous nous attendions à l'utiliser l'automne dernier. Mais dans le vaccin tué, nous avons découvert, après six mois d'étude, un virus simiesque qui fait que nous devons maintenant abandonner la culture sur reins de singes — et là je rentre dans les

détails techniques — mais pour faire la culture sur embryons de canards et cerveaux de souris. Alors ceci retarde un peu, mais garantit la sécurité.

M. GOLDBLOOM: Deux questions spécifiques. Est-ce qu'en attendant, on donne systématiquement le vaccin contre la rougeole à tous les enfants qui se présentent aux unités sanitaires? Deuxièmement, est-ce qu'on insiste toujours pour attendre l'âge de trois mois pour commencer les immunisations habituelles, à une époque où les pédiatres commencent à deux mois et même à un mois et demi?

M. CLOUTIER: Le pouvoir de production d'antigènes, chez l'enfant, n'est pas très élevé après trois mois.

Si on donne le vaccin antirougeoleux à trois mois, ce n'est pas indiqué, parce que l'enfant a encore les anticorps maternels. La question de donner le vaccin contre la coqueluche avant trois mois est discutable. Dans la plupart des provinces, on persiste à le donner seulement à trois mois. Nous avons des expériences qui ont été faites il y a un an pour tâcher de déceler le pouvoir de production d'anticorps chez l'enfant avant l'âge de trois mois et on a découvert qu'il s'en produisait.

Mais, si on le donne systématiquement — je parle dans un programme d'hygiène publique qui est fort différent d'un programme de traitement d'individu à médecin — si on le donne systématiquement avant trois mois, il est probable qu'il faudra donner une quatrième injection et nous craignons toujours d'augmenter le nombre d'injections dans nos programmes généraux parce que plus on donne d'injections, moins le public l'accepte. Nous craignions qu'en augmentant le nombre d'injections, nous mettions dans la balance le sort de notre programme d'immunisation et je me plais à le souligner, comme vous le savez d'ailleurs,que ce programme-là fait disparaître la dyphtérie, a fait disparaître la mortalité par la coqueluche chez les vaccinés et fait disparaître évidemment la polio. Je pense bien que nous réussirons aussi à faire disparaître la rougeole et la rubéole.

M. GOLDBLOOM: Mais, pour l'instant, le vaccin de la rougeole ne se donne pas dans les unités sanitaires.

M. CLOUTIER: C'est-à-dire qu'il se donne à un petit groupe seulement.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 3 dans son entier adopté. Ce soir nous reviendrons à 20 h 15.

M. SAINT-GERMAIN: J'avais quelques remarques et ce ne sera pas bien long.

M. LE PRESIDENT: D'accord, allez-y.

M. SAINT-GERMAIN: Nous reviendrons à 20 heures.

M. LE PRESIDENT: A 20 h 15.

Reprise de la séance à 20 h 21

M. MARTEL (président de la commission de la Santé): A l'ordre messieurs! Poste budgétaire 3, il y avait un député qui avait des commentaires.

M. SAINT-GERMAIN: Oui, M. le Président, j'aimerais simplement souligner ici que, pour publicité et information, vous avez une somme de $40,000. Cette somme-là avait été réduite, je crois, l'année dernière relativement à l'année précédente... En somme je suis un peu surpris de voir un montant aussi bas si l'on considère que l'un des buts principaux des unités sanitaires est certainement la prévention des maladies, et l'information y joue un rôle extrêmement considérable. Je crois bien que, dans les unités sanitaires, il y a des informations qui se donnent de bouche à bouche; mais si l'on fait l'éducation des futures mères ou des nouvelles mères, l'information joue un rôle de base. Lorsque l'on considère les sommes énormes qui sont dépensées aujourd'hui par le gouvernement en information, je suis un peu surpris de voir que vous avez là simplement une somme de $40,000 dans un domaine aussi vital que la santé, surtout que des unités sanitaires ont comme but d'informer le public; un de leurs buts du moins, et des plus importants.

M. CLOUTIER: M. le Président, je ne veux pas diminuer l'importance de la remarque du député de Jacques-Cartier, mais il faut toujours avoir à l'esprit qu'il y a aussi le budget général de l'Office de l'Information et de publicité qui est à la disposition aussi du ministère de la Santé. Et ici, nous avons le même montant cette année que l'an dernier, soit $40,000, et voici quels sont les imprimés qui seraient distribués:

Il y a les imprimés techniques et non-techniques

— je donne des titres de publication: Tabac et santé, tirage 175,000; Hygiène maternelle, 175,000; Hygiène maternelle, 25,000; Tuberculose, 25,000; Hygiène de l'adolescence, 150,000; Prévention des accidents à la maison, 150,000; Hygiène scolaire, 150,000; Maladies contagieuses, 150,000.

M. HARVEY: Oui mais, celles-là sont à même le budget.

M. CLOUTIER: C'est le tirage. Elles sont à même le budget, non non, c'est aussi sur notre budget, ici. Oui, oui c'est $40,000. Ici, réimpressions. Maladies vénériennes, 100,000 de tirage. Préventions des accidents, 150,000. Tuberculose, 150,000. Hygiène professionnelle, 25,000. Salubrité, 25,000.

Donc, il y a des réimpressions et il y a aussi des nouvelles impressions.

M. HARVEY: M. le Ministre pourrait-il nous dire le montant dépensé par l'office dans le budget du Conseil exécutif? Dépensé par l'Office d'information et de publicité du Québec relativement à son ministère de la Santé, ou Santé et Famille si le montant consacré rejoint les deux?

M. CLOUTIER: Nous avons un seul service d'information pour les deux ministères.

M. HARVEY: Je comprends, mais jamais on ne me fera croire que... la publicité qui est faite — très bien faite relativement au ministère de la Santé — dépasse certainement $40,000.

M. CLOUTIER: Nous avons d'autres postes aussi c'est $40,000 au poste des unités sanitaires.

M. HARVEY: Ah! juste au poste des unités sanitaires?

M. CLOUTIER: Au poste des unités sanitaires, au poste numéro trois.

M. HARVEY: Mais, vous ne pouvez pas nous dire quel est le montant que l'office...

M. CLOUTIER: Je ne sais pas si mes officiers l'ont ce soir mais je l'aurai certainement, parce que nous avons un seul service d'information pour les deux ministères. C'est comme pour l'informatique, le centre des données. Lors de l'étude du budget du ministère de la Famille, le député de Jonquière sera là et je le donnerai à ce moment-là.

M. HARVEY: D'accord.

M. SAINT-GERMAIN: A ce niveau, est-ce que vous vous servez de films, de la télévision et de moyens modernes pour l'information relativement au travail des unités sanitaires?

M. CLOUTIER: Nous avons des statistiques ici, statistiques très élaborées, sur chacune des modalités de l'éducation qui est faite par les unités sanitaires. Nous avons des publications de distribuées. J'ai ici, comté par comté, unité sanitaire par unité sanitaire, le nombre de publications distribuées durant l'année. Il y a des séances de cinéma ou de projections. Le nombre de personnes qui y

assistent est calculé, de même qu'aux démonstrations publiques. Il y a des expositions, des communiqués et des articles publiés; il y a des émissions radiophoniques, des programmes télévisés.

M. SAINT -GERMAIN: Mais vous ne faites pas cela toujours avec une somme de $40,000.

M. CLOUTIER: Ce sont des périodes qui sont mises à notre disposition par les postes de radio.

M. SAINT-GERMAIN: Des périodes gratuites, voulez-vous dire?

M. CLOUTIER: Des périodes gratuites à la radio.

M. SAINT-GERMAIN: A la télévision aussi, vous avez des périodes gratuites?

M. CLOUTIER: A la télévision aussi.

M. LE PRESIDENT: Est-ce que le poste budgétaire 3 est adopté dans son entier?

M. HARVEY: Avant d'adopter le poste budgétaire 3, je voudrais savoir ceci du ministre. Vos officiers ont, dans la préparation des plans et devis de l'agrandissement de l'Hôtel-Dieu de Jonquière, prévu l'Intégration des services d'unités sanitaires et du service social, de même que les cliniques externes. Pour autant que l'unité sanitaire est concernée, si mes renseignements sont bons, les locaux actuellement occupés dans le centre de la ville seraient abandonnés pour aménager tout votre service d'unité sanitaire à l'intérieur de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame-de-1'Assomption de Jonquière.

Je voudrais savoir si vous prévoyez au cours de la présente année fiscale compléter cette intégration.

M. CLOUTIER: Les locaux des unités sanitaires, quand ils sont en dehors de l'hôpital, évidemment le député sait qu'ils sont aménagés par le ministère des Travaux publics.

M. HARVEY: Oui, oui!

M. CLOUTIER: Maintenant, quand il s'agit d'intégration dans l'hôpital, nous nous en occupons nous-mêmes quand nous faisons une projection de...

M. HARVEY: Je pense qu'il s'agit d'un projet pilote d'après les informations que m'a données le ministre d'Etat à la Santé. Les plans et devis seraient sur le point...

M. CLOUTIER: Oui.

M. HARVEY: ... d'être complétés...

M. CLOUTIER: Ils vont aller en soumissions à l'automne.

M. HARVEY: Soumissions à l'autonme. C'est ce que je voulais savoir parce que je sais qu'il y aura intégration de l'unité sanitaire du comté dans les locaux de l'hôpital. Soumissions à l'automne. Merci.

M. LE PRESIDENT: Le poste budgétaire 3 est adopté dans son entier.

M. TREMBLAY (Montmorency): Les médicaments distribués aux nécessiteux, sous quelle forme sont-ils distribués? Vous avez ici $25,000 pour allocations...

M. CLOUTIER: C'est pour les postes de colonie.

M. TREMBLAY (Montmorency): Ah, très bien!

M. CLOUTIER: Les postes de colonie; les gardes-malades...

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 3, adopté dans son entier. Poste budgétaire 4.

M. GOLDBLOOM: Au poste budégaire 4, évidemment nous pourrions passer beaucoup de temps à discuter de la lutte contre la pollution qui entre dans toute cette question de génie sanitaire et d'hygiène industrielle. Je voudrais souligner une seule chose. Nous savons quelle est l'importance de la contribution de l'automobile à la pollution de l'air. Il y a des gouvernements comme celui de l'Ontario qui ont fait adopter une législation qui impose aux distributeurs d'automobiles des exigences quant à la diminution des émanations nocives. Est-ce que le gouvernement du Québec se propose de nous présenter une telle législation? Je crois qu'une telle mesure aiderait considérablement à diminuer la pollution de l'air.

M. CLOUTIER: II y a une législation qui est en préparation au ministère de la Santé. Il y a eu d'abord une première consultation

auprès de 17 organismes. Maintenant, nous en sommes à la deuxième consultation auprès de 25 organismes. Notre projet a été communiqué aux autorités fédérales pour confrontation et discussion et dialogue. J'espère pouvoir apporter, à la session d'automne, une législation sur la pollution. Et dans cette législation, il y aura justement un des aspects dont parle le député, la pollution par les véhicules automobiles.

M. GOLDBLOOM: Quant à moi, je serais prêt à réserver mes remarques sur tous ces sujets à l'occasion de la présentation de ce projet de loi.

M. LE PRESIDENT: Donc le poste 4 est adopté dans son entier?

M. HOUDE: M. le Président, simplement une question. Je voudrais savoir ou avoir quelques éclaircissements concernant les fameux dépotoirs dont on entend parler de plus en plus à certains endroits. J'en ai entendu parler abondamment cette semaine, enfin la semaine dernière, aux bills privés, par le maire de Saint-Jean-des-Piles que tout le monde connaît, M. Bellemare. C'est que nous avons eu à faire, nous aussi, à Laval, un dépotoir qui est devenu célèbre...

M. CLOUTIER: On le connaît moins bien sous ce titre.

M. HOUDE: Oui. M. Bellemare, on le connaît moins bien sous le titre de maire de Saint-Jean-des-Piles. Mais, à chaque fois qu'il est question de dépotoirs, c'est toujours le même problème. C'était la même chose dans le cas de Saint-Jean-des-Piles qui est revenu jeudi matin ici que dans celui que nous avons eu, jusqu'à un certain point, à Laval.

Où commence, où s'arrête l'autorité du ministère de la Santé? Il semble que le ministère de la Santé accorde, à un moment donné, une permission à une municipalité d'aménager un dépotoir municipal à un endroit X, mais ce qui me paraît invraisemblable, à un moment donné, c'est que le ministère, des autorités compétentes à gauche et à droite, arrivent à accorder une permission lorsqu'un dépotoir est situé en plein milieu urbain comme dans le cas de celui de Laval, à 150 pieds des résidences, peut-être à 50 ou à 60 pieds d'un terrain de jeux. On fait des parades dans les rues, on promène des rats et des cercueils, on fait des démontrations montres radio-télévision. Tout le monde s'en mêle. On a l'impression que tout le monde se renvoie la balle. La ville, jusqu'à un certain point, a obtenu la permission du ministère de la Santé, génie sanitaire etc.

Alors ma question — je ne veux pas être malicieux du tout envers qui que ce soit — je voudrais savoir s'il y a une ligne où on commence et une ligne où on finit. Qui a autorité dans toute cette question?

M. CLOUTIER: Très concrètement, en ce qui concerne le dépotoir de Laval, la ville a décidé de le fermer et la nouvelle est arrivée au ministère de la Santé, cela se fera ces jours-ci.

M. HOUDE: Bon. Parce qu'il était réouvert. C'est au moins la deuxième ou troisième fois qu'on décide de le fermer et qu'on l'ouvre. C'est récent, cela?

M. CLOUTIER: Surtout à cause de la saison d'été où, évidemment, les dangers sont plus considérables.

M. HOUDE: D'accord. Qu'on le ferme, je pense bien que c'est tout simplement du gros bon sens, surtout en juin et juillet. Il faut le voir pour le croire ou il faut le sentir pour le croire.

Mais, cela ne répond pas à ma question: Où est l'autorité? Quelle est l'autorité? Comment cela fonctionne-t-il?

M. CLOUTIER: Le ministère de la Santé a des responsabilités parce qu'il approuve les sites choisis par les municipalités. Elle nous soumettent deux ou trois emplacements ou même plus et le ministère de la Santé les approuve ou les désapprouve. Les conditions de mise en service sont fixées par le ministère de la Santé. Seulement, la municipalité, une fois qu'elle a eu l'acceptation, assume sa responsabilité. La surveillance appartient au ministère de la Santé.

Dans le cas mentionné par le député, évidemment, le ministère peut intervenir pour obliger la municipalité à fermer son dépotoir.

M. HOUDE: En tout cas, je ne voudrais pas insister davantage, M. le Ministre, mais je pense qu'au nom des citoyens, vous avez sûrement eu des demandes, tout cela.

Je sais que le ministère s'en est occupé. J'ai moi-même écrit à l'époque, l'an dernier. Je sais que dernièrement on a rouvert le dépotoir, et je suis extrêmement heureux d'apprendre qu'on va le refermer ces jours-ci par-

ce que ça n'avait ni queue ni tête que d'avoir un tel dépotoir.

Une autre question dans un autre ordre d'idées. Je sais que dépend également du génie sanitaire et de l'hygiène industrielle toute la question des piscines et également des plages.

Première question: Est-ce que votre juridiction concernant l'hygiène et la propreté des piscines s'étend également pour les piscines que l'on retrouve dans les maisons d'appartements?

M. CLOUTIER: Non. Je réponds assez vite. S'il y a des nuances, je les apporterai après consultation. M. le directeur de la section de génie sanitaire me dit que, dans la région de Montréal, nous avons commencé des inspections de ces piscines semi-publiques dans les maisons d'appartements, et à Québec aussi.

Donc nous assumons que nous avons là aussi une certaine responsabilité pour autant que ce sont des piscines semi-publiques. Cependant, nous n'approuvons pas les plans.

M. HOUDE: Vous n'approuvez pas les plans, mais vous avez quand même juridiction pour voir à ce que l'eau soit filtrée et nettoyée.

M. CLOUTIER: C'est exact.

M. TREMBLAY (Montmorency): Sur la question des dépotoirs, vous savez que le Québec métropolitain a ici un problème très aigu et particulier en ce sens que les municipalités n'ont plus d'endroit où déposer les ordures ménagères. En fait, en même temps, je dois féliciter le ministère parce que je crois qu'il a assez bien répondu aux municipalités qui ont demandé des recommandations et des suggestions dans ce domaine. Actuellement les municipalités projettent d'établir un incinérateur métropolitain. Le ministère a-t-il l'intention de participer financièrement à l'élaboration des plans ou tout au moins participer, peut-être, par une aide quelconque à la construction d'un tel incinérateur? C'est un problème en fait qui est à l'échelle métropolitaine ici dans la région de Québec et qui existe aussi, je crois bien, à l'échelle provinciale.

M. CLOUTIER: Non, actuellement, il n'entre pas dans la politique du ministère de la Santé de subventionner les incinérateurs que ce soit à l'échelon local ou régional, par regroupement des municipalités. Qaund nous avons eu des demandes en ce sens-là, je les ai refilées au ministère des Affaires municipales parce que je crois qu'à ce moment-là ça relève davantage de l'aide aux municipalités. Si une telle subvention devait être accordée, je suis d'avis qu'elle devrait l'être par le ministère des Affaires municipales, comme pour l'épuration des eaux, comme pour l'organisation de services d'aqueduc et d'égouts. Enfin ce sont des subventions payées par le ministère des Affaires municipales.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, il y a aussi un autre problème dans notre secteur, le comté de Montmorency, la rivière Montmorency où il y a beaucoup d'eau potable. C'est une eau que nous n'avons pas besoin d'épurer, de traiter. Le problème qui survient c'est que, depuis quelques années surtout, il se construit de très nombreux chalets d'été le long de cette rivière. Assez fréquemment, je crois que j'ai communiqué ou j'ai fait communiquer des officiers municipaux pour que des inspections régulières soient faites le long de cette rivière en vue de prévenir la pollution qui existe déjà. En fait, c'est une rivière torrentielle où il y a de nombreuses cascades.

L'eau s'épure d'elle-même aussi. De toute façon, ces gens qui viennent en villégiature ne se conforment pas toujours aux normes de l'hygiène publique et, puis très souvent, les eaux d'égouts se drainent dans la rivière Montmorency. Je pense que c'est un problème qui peut devenir aigu à un certain moment, puisque la rivière Montmorency alimente un bassin très grand. Elle alimente aussi une population qui dépasse les 100,000 habitants, soit Charlesbourg, Orsainville, Giffard, Beauport, Courville, Montmorency.

Maintenant, est-ce qu'il serait possible que des inspections régulières de cette rivière soient faites? Il y a des cas où on devrait faire des recommandations pour que ces chalets d'été, par exemple, dans certaines municipalités comme Sainte-Thérèse-de-Lisieux, ou Laval, comté de Montmorency, puissent se drainer dans des fosses septiques appropriées et reconnues suivant les normes du ministère de la Santé?

M. CLOUTIER: II serait impossible pour le ministère de la Santé de surveiller, afin de prévenir tous ces abus qui pourraient se commettre par des particuliers, soit dans des endroits où ce sont des résidences d'été, en majorité, ou des endroits où ce sont des résidences à l'année. Nous avons, au ministère de la Santé, préparé un projet de règlement municipal qui pourrait être adopté en vertu des articles 404, 405, 418 du code municipal. C'était un projet de règlement très complet et je crois

que les municipalités auraient avantage, d'abord à s'y intéresser, et voir si elles peuvent le passer. Je crois que toutes les municipalités pourraient s'en prévaloir et elles-mêmes voir à son application et faire une surveillance. Cela nous prendrait, au ministère de la Santé, une armée de fonctionnaires pour surveiller les abus possibles du côté de la pollution. Si on n'a pas la collaboration des individus, la collaboration des municipalités, il sera impossible de circonscrire la pollution des eaux.

Je crois que les municipalités pourraient, avec avantage, utiliser ce projet de règlement que nous avons préparé.

M. TREMBLAY (Montmorency): C'est une excellente idée que ce projet de règlement puisque plusieurs de ces municipalités riveraines de la rivière Montmorency, sont des municipalités rurales qui n'ont pas d'organisation de bureaux d'ingénieurs, etc., pour souligner aux citoyens le fait qu'ils ne sont pas en conformité avec les lois de l'hygiène et aussi faire les inspections nécessaires. Un tel projet de règlement, je pense bien, serait bien vu, et il s'agirait peut-être d'en informer les municipalités en cause pour qu'elles passent ce règlement.

M. CLOUTIER: Toutes ces municipalités ont des inspecteurs municipaux, les municipalités régies par le code municipal, elles ont toutes des inspecteurs...

M. DEMERS: Oui.

M. CLOUTIER: ... à quelque titre que ce soit. On leur donne des noms assez techniques. Evidemment, ils n'ont pas tous la préparation voulue pour accomplir une surveillance...

M. TREMBLAY (Montmorency): Ce sont de très vastes territoires qui sont concernés.

M. CLOUTIER: Mais nous donnons des cours, nos inspecteurs de génie-sanitaire donnent des cours aux inspecteurs municipaux, aux officiers que les municipalités veulent entraîner pour cette fonction spécifique et pour l'hygiène en général.

M. DE MERS: M. le Président, je voudrais renchérir un peu dans le sens de mon collègue de Montmorency. C'est qu'il va falloir en venir le plus tôt possible à ce que le ministère des Affaires municipales oblige les municipalités à passer un règlement en ce sens-là parce qu'on sait qu'il y a une expansion extraordinaire vis-à-vis des lacs et il n'y a malheureusement pas assez de surveillance. Quand la municipalité qui est plus petite ne fait pas son devoir, la pollution règne en maître.

M. CLOUTIER: Oui. Plusieurs municipalités ont passé ce règlement-là.

M. DEMERS: Oui, mais c'est encore laissé à la discrétion des municipalités.

M. CLOUTIER: Il faudrait que ce soit...

M. DEMERS: Je comprends qu'on est un peu sévère, mais si on veut protéger cela, je crois qu'il va falloir aller là...

M. CLOUTIER: Le député a raison et je crois qu'il devrait y avoir plus de...

M. DEMERS: ... conjointement avec le ministère des Affaires municipales. S'il y avait une autorité pour prendre l'affaire en main et éviter qu'il se construise des chalets ou des résidences d'été sans avoir un système d'égout au moins acceptable...

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 4 adopté. Poste budgétaire 5: Laboratoires, adopté.

M. GOLDBLOOM: Est-ce que le regroupement des laboratoires à Montréal est maintenant terminé, complété, réussi?

M. C L O U T I E R : Il n'est pas terminé, mais la décision de principe est acceptée. Les laboratoires seront logés par l'Institut de microbiologie qui a obtenu la permission de faire les constructions nécessaires. Ils sont actuellement à préparer un programme.

M. GOLDBLOOM: Donc tous les laboratoires qui sont présentement éparpillés seront regroupés à Laval-des-Rapides.

M. CLOUTIER: Laval-des-Rapides. Sauf ceux de Québec.

M. GOLDBLOOM: Je comprends, oui. A un moment donné, cela a causé certaines inquiétudes aux fonctionnaires quant aux distances à franchir, est-ce que cela va en s'acceptant?

M. CLOUTIER: De ce côté-là, oui.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 5 adopté dans son entier.

M. GOLDBLOOM: Quant au poste 6, M. le Président, je pense que même si notre collègue, le ministre d'Etat n'est pas présent, j'aimerais faire quelques brefs commentaires là-dessus.

Il y a un cas particulier que j'ai déjà soulevé, et je me permettrai d'avertir le ministre que je viendrai le voir privé ment à ce sujet-là plutôt que de prendre le temps de la commission pour discuter d'un cas d'espèce. J'y ferai allusion et je pourrai en discuter davantage avec le ministre ultérieurement.

Nous connaissons deux genres de régimes de soins à domicile; le régime qui est l'extension des services hospitaliers, qui est l'extension de l'hôpital en effet, et le régime que l'on pourrait appeler communautaire qui est plus directement à la disposition des médecins qui peuvent s'y adresser pour faire soigner leurs malades de façon à éviter l'hospitalisation dans bon nombre de cas.

Je sais qu'il y a eu une expansion considérable dans tout ce domaine des régimes de soins à domicile. J'aimerais que le ministre nous donne brièvement les statistiques qui nous permettraient de voir l'envergure de cette expansion, et j'aimerais lui demander si une politique a été arrêtée par le ministère quant à ces deux sortes de régimes. Est-ce que le ministère conçoit le régime de soins à domicile comme étant surtout une extension de l'hôpital ou est-ce l'intention du ministère de mettre à la disposition de l'ensemble de la population et donc de l'ensemble de la profession médicale un système généralisé de soins à domicile?

M. CLOUTIER: Au sujet des statistiques, au cours de l'année 68/69, il y a cinq nouveaux services de soins à domicile qui sont venus s'ajouter. Cela fait suite aux détails que j'avais donnés lors de l'étude des crédits l'année dernière.

M. HARVEY: Pouvez-vous énumérer les endroits?

M. CLOUTIER: Oui, service des soins à domicile de Montmorency Inc., de Sainte-Foy Inc., de Chicoutimi-Dubuc Inc., de Drummondville Inc. et de l'Hôpital de Saint-Joseph-de-Rosemont à Montréal. Les projets pour 69/70:

Il y a un service de soins à domicile à Joliette, un service de soins à domicile! Gaspé et les régions environnantes, un service à domicile d'inhalothérapie pour Québec et la région, un service pour Sorel et la région. Il y a un ou deux projets pilotes de service de soins à domicile pour des régions rurales. C'est ce qui viendra s'ajouter en 69/70. Ceci nous donnera 34 réseaux de soins à domicile.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, je voudrais rendre témoignage à l'efficacité de ces services à domicile. En tant que médecin de famille et omnipraticien, j'ai eu assez souvent l'occasion de recourir au service des soins à domicile et je pense bien que les deniers publics que vous dépensez pour ce service public sont des plus utiles. J'ai eu l'occasion d'y recourir fréquemment. Je me demande s'il n'y aurait pas lieu, comme disait mon collègue tout à l'heure, de généraliser ce système dans toute la province.

M. CLOUTIER: Nous sommes en avant de toutes les autres provinces pour l'organisation des réseaux de soins à domicile. Je n'ai pas de statistiques précises pour les autres provinces canadiennes mais déjà, l'année dernière, nous étions, avec nos 20 réseaux et plus, en avance. Nous avons conservé cette avance. Durant l'année 68/69, il y a eu autre chose que l'organisation de cinq nouveaux réseaux. Il y a eu deux séances d'étude qui ont été consacrées au développement des services coordonnés de soins à domicile. Tous les médecins directeurs et les infirmières coordonnatrices des services ont participé à ces sessions. Il y a eu également une réunion qui a groupé les médecins directeurs et les membres représentants les corporations des services de soins à domicile. Des normes et des règlements qui régissent les services des soins à domicile ont été étudiés à l'été 1968 lors d'une réunion que J'ai convoquée personnellement et dont j'ai confié la responsabilité au ministre d'Etat, le député de Dubuc. A cette réunion assistaient des représentants des associations et des organismes suivants: L'Association des hôpitaux, le Collège des médecins et chirurgiens, l'Association des infirmières de la province de Québec, l'Association des services des soins à domicile, le ministère de la Famille et du Bien-Etre social, le ministère de la Santé.

Les statistiques fournies par les services établissent à $5 le coût par jour par patient et à $7.50 le coût par visite, incluant frais de médicament et autres services offerts aux patients. Le nombre de patients admis dans les divers services de soins à domicile, en 1968, totalisent 14,150. Le montant des subventions accordées à ces services pour la même période est de $2,550,000.

Nous avons également, je l'ai mentionné tout à l'heure, les cinq projets, ce qui représente un budget, pour l'exercice 69/70, de $3,100,000.

M. HARVEY: A combien évaluez-vous le nombre de jours-hospitalisation épargnés par le service des soins coordonnés à domicile? Si je comprends bien, vos services actuellement ont été organisés de façon à décongestionner les hôpitaux ou empêcher qu'un malade soit souvent cinq ou six jours de trop à l'hôpital. Alors, à combien évaluez-vous le nombre de jours épargnés dans les hôpitaux généraux avec vos services de soins coordonnés à domicile?

M. CLOUTIER: Mes officiers m'informent qu'actuellement, étant donné que nous sommes au tout début de l'organisation, il est possible d'obtenir des statistiques précises mais nous serons probablement capables... Mes officiers m'informent que nous ne savons pas à quel moment précis il nous sera possible d'obtenir des statistiques précises. Un fait est certain, lorsqu'on calcule le nombre de patients admis, soit 14,150, on voit quelle est l'importance, quel est l'impact sur la diminution de jours, la diminution correspondante de jours dans les institutions hospitalières.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, avant le le développement de ce système de soins à domicile, il y avait, et depuis nombres d'années, des régimes de services infirmiers à la maison. Ces réseaux existent toujours et il y a dans certains cas, une confusion entre la définition de soins infirmiers à domicile et de soins coordonnés à domicile.

Il me semble — et là je commence à faire allusion au cas particulier que je voudrais discuter avec le ministre — que dans certains cas, par excès de scrupule, on est peut-être porté à ne pas intégrer dans le nouveau régime de soins à domicile ce que l'on donne comme soins infirmiers tout court, parce qu'il n'y a pas peut-être tout à fait la même coordination que dans d'autres cas, surtout le cas des malades qui reçoivent leur congé de l'hôpital et qui sont suivis dans le cadre des soins qui avaient été fournis à l'hôpital.

Est-ce l'intention du ministère de voir à établir un certain équilibre entre les deux secteurs à englober éventuellement les services infirmiers tout court dans un réseau plus complet de soins à domicile?

M. CLOUTIER: II y a eu rencontre au ministère, au bureau du ministre d'Etat, à deux ou trois reprises, avec les sociétés que l'on appelle sociétés d'infirmières visiteuses et, du côté anglophone, des VON, Victorian Order of Nurses.

Actuellement, nous nous attachons à ce qu'il y ait une coordination entre le travail effectué par ces sociétés et les nouvelles structures, les nouveaux organismes qui naissent, soit à partir des hôpitaux, soit à partir de corporations plus vastes. Et nous continuons à subventionner les sociétés d'infirmières visiteuses. J'en ai justement sur une liste ici: en 68/69, nous avons subventionné la société des infirmières visiteuses du diocèse de Saint-Jean de Québec Inc., la Société des infirmières visiteuses de La Tuque, la Société des infirmières visiteuses de Saint-Jérôme, celle de Trois-Rivières, celle de Montréal. Les infirmières visiteuses du Victorian Order of Nurses ont reçu $212,705 en 68/69.

M. GOLDBLOOM: Mais ça, c'est pour les soins coordonnés à domicile.

M. CLOUTIER: Oui, oui!

M. GOLDBLOOM: Ce n'est pas pour les services d'infirmières visiteuses.

M. CLOUTIER: Non. Du côté des infirmières visiteuses, l'autre réseau auquel fait allusion le député de D'Arcy-McGee, il y a coordination. Il y a là un problème parce que les services dispensés par les sociétés privées, les sociétés d'infirmières visiteuses, parallèlement aux services coordonnés de soins à domicile, ne sont pas subventionnés. Alors le problème s'est posé, c'est pour cela q mandé au ministre d'Etat, le député de Dubuc, à quelques reprises, de recevoir en entrevue, et particulièrement les sociétés d'infirmières visiteuses, afin de discuter l'organisation, l'orientation et la coordination entre ces services, parce qu'il y a là réellement un problème assez délicat.

M. GOLDBLOOM: C'est un problème très délicat. Je prends l'exemple du Victorian Order of Nurses. Au cours de l'année 1968, ce service a fourni des soins infirmiers à 8,232 personnes malades dont seulement 633 se trouvaient dans le régime subventionné des soins coordonnés à domicile. Donc, 7,600 personnes ont reçu des soins infirmiers qui n'étaient point subventionnés. L'organisme a demandé un montant considérable en subvention pour être en mesure d'offrir des soins à domicile à beaucoup plus de personnes.

En effet, il avait demandé un budget pour 1,000 personnes, sachant que même un budget pour 1,000 personnes ne suffisait pas parce qu'il y avait au moins 2.000 personnes qui avaient besoin de tels soins.

Cette année, de nouveau, l'organisme en question a demandé une subvention de $304,000, pré-

voyant de nouveau la possibilité de fournir des soins à domicile à 1,000 personnes. Mais le montant approuvé par le gouvernement n'est que de $162,000. Alors, à peine 53% du montant demandé et un montant inférieur aux $212,000 qui étaient accordés l'an dernier.

Il est clair que, parmi les 7,600 personnes qui ne se trouvent pas dans la catégorie des soins coordonnés à domicile, il y en a qui devraient se trouver dans cette catégorie, qui reçoivent des soins qui sont surveillés par des médecins. Alors, je pense bien que c'est un problème délicat comme vient de le dire le ministre. Le cas d'espèce, je le discuterai avec lui, mais j'insiste sur la nature très difficile du problème, pas tellement dans l'intérêt de l'organisme en question ou de quelque autre organisme que ce soit, mais dans l'intérêt des malades.

M. CLOUTIER: C'est le cas particulier auquel faisait allusion le député de D'Arcy-McGee, et j'ai entendu là que nous aurions une discussion additionnelle sur ce problème délicat. Mes officiers m'informent qu'effectivement le dossier est sous reconsidération et je ferai part des faits nouveaux au député de D'Arcy-McGee.

M. GOLDBLOOM: Une dernière question sur cet article quant à moi, M. le Président. Je note que la contribution du gouvernement du Canada est $600,000 de moins cette année que l'an dernier.

Pourtant il y a expansion des services et pourtant, la loi fédérale, le Canada Assistance Act, prévoit des contributions fédérales non seulement pour des soins infirmiers, mais aussi, si ma mémoire est fidèle, pour des aides-ménagères, dans le cas de maladie.

Alors, est-ce que le gouvernement provincial manque l'occasion de profiter d'une contribution du gouvernement fédéral? Comment se fait-il qu'il y a une baisse aussi considérable? Ces $600,000 soigneraient beaucoup de malades.

M. CLOUTIER: Lors de la dernière conférence fédérale-provinciale, le gouvernement fédéral nous a averti qu'il réduisait sa contribution à tous les postes de ces programmes conjoints. Nous avons dû, pour notre part, assumer un fardeau plus considérable.

La réduction de la participation du gouvernement fédéral se totalise à $3,450,000 en 69/70, ce qui représente environ le tiers du montant total des subventions accordées au cours des années précédentes. Nous avons eu cet avertissement à la dernière conférence des ministres de la Santé.

M. TREMBLAY (Montmorency): Cela signifie que le gouvernement de la province devra combler la différence?

M. CLOUTIER: Evidemment, pour des programmes qui ne peuvent pas, à notre avis, être diminués, nous devons assumer notre plus grande part du fardeau.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, est-ce que la tendance dans l'établissement de ces services de soins à domicile vous allez établir les locaux dans des hôpitaux où si vous allez établir les locaux en dehors des hôpitaux?

M. HARVEY: Actuellement, ils ont les deux.

M. TREMBLAY (Montmorency): II y a les deux, oui. Laquelle des deux formules?

M. CLOUTIER: II est préférable, me dit-on, d'organiser les locaux à l'extérieur parce que cela ne s'adresse pas seulement aux patients hospitalisés, mais à toute la population en général.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, j'ai l'expérience dans ma région comme médecin. En fait, fai affaire aux services de soins à domicile. Je vous dirai que c'est organisé avec compétence et avec efficacité. Sur un simple coup de téléphone, nous remplissons le formulaire qui par la suite, le lendemain, et immédiatement nos patients peuvent recevoir les soins qui leur sont absolument nécessaires.

Maintenant, il y a peut-être une petite difficulté. Je me demande s'il n'y a pas danger, à un certain moment, que dans certains bureaux, par exemple, il se fasse peut-être trop de bureaucratie trop de paperasse au détriment du malade. Les fins de semaine, par exemple, est-ce que vous avez certaines difficultés à maintenir les services que vous donnez sur semaine?

M. CLOUTIER: II y a du personnel supplémentaire, il y a une rotation.

M. TREMBLAY (Montmorency): Actuellement, je trouve que cela va très bien dans la région.

M. GOLDBLOOM: Point n'est besoin de dire au ministre, il le sait déjà, que le coût per diem de ces soins est de beaucoup inférieur au coût de l'hospitalisation. Nous l'encourageons à développer davantage ces secteurs.

M. CLOUTIER: Oui. C'est un programme prioritaire et nous y attribuons toutes les sommes dont nous pouvons disposer.

M. HARVEY: Le coût, l'an dernier, c'était bien $152 patient, pour l'année? C'est très bien.

M. CLOUTIER: A la lumière des statistiques que je vous ai données?

M. HARVEY: Oui. Cest 14,150 patients, $2,150,000.

M. LE PRESIDENT: Poste 6 adopté. Poste 7? Adopté. Poste 8. Il était partiellement adopté.

M. GOLDBLOOM: Avec votre permission, M. le Président, nous aimerions laisser toujours en suspens les postes 8, 13 et 19 pour les terminer demain.

M. LE PRESIDENT: D'accord. Poste 9. Adopté?

M. GOLDBLOOM: J'ai constaté avec plaisir une augmentation du nombre de psychiatres dans la province. Ce sont de bonnes nouvelles.

M. CLOUTIER: Vous avez lu, peut-être, les statistiques et les remarques faites récemment par le directeur des services psychiatriques, le Dr Bédard, où il a donné des chiffres. Il a donné aussi un résumé des principales réalisations du ministère de la Santé dans le domaine de la psychiatrie depuis quelques années. Je pense qu'il a fait un très bon résumé de la situation. Il a donné des statistiques intéressantes.

M. GOLDBLOOM: J'avais demandé, je crois — je ne sais pas si c'est directement au ministre ou si c'est par un intermédiaire — les statistiques des hôpitaux psychiatriques et des services psychiatriques des hôpitaux généraux quant à la durée de séjour, aux taux d'occupation et aux listes d'attente. Les mêmes statistiques que nous avons demandées pour les hôpitaux généraux, mais je pense qu'il y a une tendance, surtout quant à la durée de séjour, dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques qui est assez encourageante. J'aimerais connaître les chiffres si vous les avez.

M. CLOUTIER: Nous pourrions fournir demain les statistiques...

M. GOLDBLOOM: Certainement.

M. CLOUTIER: Le directeur des services psychiatriques, le Dr Bédard, sera probablement ici demain avec les statistiques...

M. GOLDBLOOM: D'accord. Je crois que le député de Fabre ainsi que le député de Richmond ont des commentaires à faire.

M. HOUDE: Juste une simple question; D'abord, je veux faire remarquer que dans le dernier rapport du ministère de la Santé, il n'y a absolument rien concernant la psychiatrie. J'ai souligné ça l'autre jour au sous-ministre. On me dit que très bientôt on publiera, dans le rapport annuel... Il n'y a rien dans le dernier rapport concernant les services psychiatriques. J'aimerais, pour ma part, avoir plus de détails sur ce que le Dr Bédard a annoncé la semaine dernière et sur ce qui a été publié. Au moins en recevoir des copies.

Une deuxième chose: Est-ce que le ministre pourrait me dire si le cas du Mont-Providence est réglé? J'ai vu quelque chose dans les journaux la semaine dernière. Est-ce que c'est définitivement le Québec ou le ministère qui a l'autorité sur le Mont-Providence?

M. CLOUTIER: Oui. L'institution sera vendue incessamment au ministère de la Santé. Il y a une mission conjointe des deux ministères, Santé, Famille et Bien-Etre, qui s'est rendue la semaine dernière à l'Institution Mont-Providence. Il y a eu entente de principe quant aux conditions d'achat. Il ne reste qu'à terminer le tout. Terminer la transaction et l'institution deviendra une institution administrée par une corporation sans but lucratif, une corporation en vertu de la troisième partie de la Loi des Compagnies.

M. HOUDE: Je voudrais savoir aussi si le ministère a des projets au cours de l'année dans les montants prévus pour multiplier jusqu'à un certain point le nombre d'institutions pouvant recevoir des enfants mentalement malades et très souvent classés non récupérables. Je sais que ça manque peut-être d'originalité, M. le Ministre, de revenir sur cette question-là. Il faut en avoir, il faut faire du bureau comme la plupart des collègues députés pour savoir comment c'est difficile et presque impossible de placer un enfant lorsque les parents nous demandent d'aider. Le médecin est presque impuissant à le placer. On passe par le curé pour finalement arriver chez le député et on constate, comme au Mont-Providence par exemple, qu'il y a une liste d'attente d'à peu près 1,000 enfants, ce qui prend à peu près cinq ans pour placer un enfant mentalement

malade. Cela fait trois ans qu'on en parle chaque année. Je sais qu'il y a des efforts, je ne dis pas qu'il n'y a pas de progrès, loin de là, mais on ne peut pas sentir, on ne peut pas voir d'une façon tangible ces progrès actuellement.

J'aimerais que le ministre donne un encouragement aux parents qui ont de ces enfants. Vous me permettrez de citer un cas. Je pense à un cas particulier qui est très près de moi, à un enfant de la région de Saint-Hyacinthe, que les parents sont obligés d'aller conduire tous les dimanches soir à Beauharnois et d'aller chercher le vendredi soir. C'est la seule maison qu'on a pu trouver pour placer l'enfant. De Saint-Hyacinthe à Beauharnois, il y a environ 500 milles par semaine de transport. C'est une très petite maison, une maison extraordinaire. Je pense que cette maison s'appelle la Maison Saint-Joseph; c'est une communauté religieuse de bonnes soeurs qui tient cette maison-là. C'est fantastique le travail qui se fait dans cette institution.

Mais c'est épouvantable aussi de voir que des centaines de parents cherchent, en vain, à placer de ces enfants. Encore une fois, je répète qu'on a fait des efforts extraordinaires dans toutes nos écoles, dans la plupart des grands hôpitaux pour aider cette enfance mentalement malade ou retardée. On a fait des classes d'initiation au travail. On a multiplié, triplé toutes ces initiatives. Mais je me demande si on a fait autant d'efforts pour ceux que l'on considère vraiment non récupérables. Je ne suis pas médecin, je ne connais pas tous les termes, mais je reste étonné de voir que, pour les enfants qui peuvent fréquenter une école, on finit par trouver un endroit; mais pour ceux que l'école ne peut pas prendre ou que certaines institutions, comme Saint-Jean-de-Dieu, ne peuvent pas prendre, parce qu'ils sont tantôt trop jeunes, tantôt trop vieux, la difficulté énorme à placer ce genre d'enfants.

Alors si le ministre a des projets, bien qu'il les dise, qu'il les publie, ce serait un encouragement sûrement apprécié à donner aux parents qui n'attendent que cela.

M. CLOUTIER: Je remercie le député de Fabre d'avoir posé la question. Cela me permet à ce moment-ci de faire le point. Bien que j'aurai l'occasion d'y revenir lors de l'étude des crédits de mon autre ministère, celui de la Famille et du Bien-Etre social, parce que les projets sont financés par la Société de l'habitation du Québec, sous l'autorité du ministre de la Famille et du Bien-Etre social. Je peux lui donner de mémoire, immédiatement, une liste d'environ quinze projets, qui sont, pour quelques-uns, rendus à l'étape de la construction. Il y a actuellement en construction à Montréal, le centre Marie-Enfant qui est une institution importante pour l'enfance inadaptée. La construction a débuté dans le courant de l'hiver, mars ou avril.

Je commence par la Gaspésie... Je les donne de mémoire, j'espère ne pas faire d'erreur: Il y aura Gaspé, Rimouski, Rivière-du-Loup, Montmagny, Lauzon, Saint-Hyacinthe, Montréal, évidemment, et Sherbrooke.

Dans l'Abitibi, il y a Amos, Rouyn-Noranda. Il y a un projet à Hull dont je ne me souviens pas du nom. Il y a Donnacona. Il y a Saint-Jean, Québec, l'école François-de-la-Place, qui sert deux vocations: les personnes âgées et l'enfance inadaptée; Hauterive; au Lac-Saint-Jean, il y a un projet à Alma; Chicoutimi. Je pense vous avoir donné...

M. HOUDE Mais est-ce qu'il s'agit là de maisons justement pour catégorie d'enfants...

M. CLOUTIER: Oui. C'est exact. Pour tous les degrés d'inadaptation de l'enfant, à partir de l'arriération mentale profonde jusqu'aux classes d'enfants qui peuvent être récupérables en partie par une éducation appropriée, comme fait le Mont-Providence et le centre Marie-Enfant.

M. TREMBLAY (Montmorency): Dans la région de Québec, est-ce que vous avez d'autres projets, M. le Ministre, à part ceux que vous avez mentionnés...

M. CLOUTIER: J'ai nommé l'école François-de-la-Place. Il y a déjà, pour les enfants épileptiques, l'hôpital du Sacré-Coeur...

M. TREMBLAY (Montmorency): Oui, mais ce n'est pas suffisant.

M. CLOUTIER: J'ai oublié Saint-Georges-de-Beauce, une institution est en construction actuellement, le Soleil de l'enfance.

Alors disons que la plupart de ces projets seront mis en chantier cette année. D'ici 18 ou 24 mois, nous aurons résolu ce problème d'hébergement de ces enfants inadaptés. Lors de l'étude des crédits du ministère de la Famille et du Bien-Etre social, j'aurai le dossier complet, parce que là, je le donne de mémoire.

M. LAFRANCE: Est-ce que c'est à cet article où l'on trouve, où l'on cache peut-être les crédits qui sont destinés à l'Office de prévention et de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies? Il faut bien que j'en parle il n'y a personne qui en parle. J'aimerais bien laisser ce sujet-là à d'autres.

M. C L O U T I E R : Il est exact que les crédits de l'OPTAT sont dans cet article, parce qu'ils relèvent de la direction des maladies mentales.

Je redis au député ce que je lui ai dit l'an dernier, étant donné que la Loi de l'OPTAT n'était pas adoptée au moment où nous avons préparé les crédits, il n'y a pas eu de distinction dans les crédits.

Mais l'an prochain, je demande à mes officiers, particulièrement au directeur général des services financiers de la psychiatrie, de prévoir dans la préparation du budget un article spécial pour l'OPTAT pour démontrer l'importance des sommes qui sont consacrées à cet article. Il y a tout près de $4 millions cette année pour le budget de l'OPTAT.

M. LAFRANCE: Disons, M. le Président, que le ministre a toujours le don de me désarmer, d'enlever mes meilleurs arguments. J'avais bien l'intention d'insister pour démontrer l'espèce d'inconvenance qu'il y a d'insister, par exemple, sur des maladies comme les maladies vénériennes et la tuberculose tandis qu'on sait que la maladie de l'alcoolisme et des narcotiques aujourd'hui a beaucoup plus d'ampleur.

Est-ce que le ministre pourraît, par exemple, nous dire si les cliniques de Montréal et de Sherbrooke ont enfin été organisées?

M. CLOUTIER: Oui, la clinique de Montréal est en train de s'organiser.

M. LAFRANCE: Pas encore, c'est âfaire.

M. CLOUTIER: L'autorisation est donnée, la bâtisse est achetée, on est en train de la rénover. J'ai accepté par arrêté en conseil qu'on la modifie, qu'on fasse des réparations pour un montant de $185,000. C'est en train de s'effectuer ou si ce n'est pas en train, cela commencera ces jours-ci parce qu'il y a déjà quelques semaines que j'ai donné cette autorisation. En ce qui concerne Montréal, c'est réglé. En ce qui concerne Sherbrooke, ce n'est pas réglé, c'est au stade des discussions, des études. Il y a possibilité, d'après les recommandations qui nous sont faites, d'intégrer le traitement actif dans un hôpital de Sherbrooke. Quant à l'autre aspect du traitement, il y aura peut-être lieu de prévoir une autre ressource dans Sherbrooke ou le Sherbrooke métropolitain pour répondre à la demande de la région.

M. LAFRANCE: Alors, M. le Président, je n'ai pas besoin d'insister pour démontrer dans quelle situation tragique se trouvent, par exemple, les nombreux alcooliques de la ville de Montréal. Sur 80,000 alcooliques dont on estime le nombre dans la province, je crois que les deux tiers sont peut-être dans la ville de Montréal. Alors, je sais que le ministre est bien conscient de la gravité de cette situation et qu'il essaiera le plus tôt possible de mettre à la disposition de ces malades les soins dont ils ont besoin.

Quel est le montant exact qui est destiné à l'OPTAT?

M. CLOUTIER: $3,900,000.

M. LAFRANCE: Alors de nouveau j'ai la promesse cette année — j'espère que ce n'est pas une promesse de politicien — que l'an prochain on accordera à cette maladie, qui est plus qu'une maladie honteuse, toute l'importance qu'elle mérite.

M, BOUSQUET: Je pense que le juge Lacoste a offert sa collaboration.

M. LAFRANCE: Le juge Lacoste, quelle sorte de collaboration?

Peut-être une collaboration à la caisse électorale.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 9 adopté dans son entier.

Poste budgétaire 10.

M. GOLDBLOOM: Aux postes 10 et 11, M. le Président, j'aimerais simplement connaître les tendances quant au nombre de malades dans chaque cas: le nombre de cas dépistés au cours de l'année.

M. CLOUTIER: On parle de la tuberculose au poste budgétaire 10. En 1968, cas actifs nouveaux 1,741, réactivés 214 pour un total de 1,955.

M. GOLDBLOOM: Et la comparaison avec l'an dernier?

M. CLOUTIER: Avec l'an dernier, avec 1967, cas actifs nouveaux 1,496, réactivés 255 pour un total de 1 , 7 5 1 . Il y a donc une augmentation de 204.

M. GOLDBLOOM: Je constate par le fait que le budget n'est pas diminué que la tuberculose n'est pas disparue comme problème. Loin de là, c'est un problème qui mérite toujours beaucoup d'attention de notre part.

M. SAINT-GERMAIN: Si on reprend les sta-

tistiques de l'an dernier, est-ce que cette augmentation y ressemble ou si...

M. C L O U T I E R : Il y avait eu une diminution entre 1965 et 1966, il y a eu une augmentation entre 1966 et 1967 et une augmentation entre 1967 et 1 9 6 8 . Il y avait eu une augmentation aussi entre 1964 et 1965. Alors, c'est une courbe qui a des sommets et des bas.

M. SAINT-GERMAIN: Avez-vous des chiffres de dix ans passés, par exemple?

M. CLOUTIER: Oui, je pourrais vous donner depuis 1963: 1,868 cas au total en 1963, 1,462 en 1964, 1,693 en 1965, 1,485 en 1966, et les deux derniers 1,751 en 1967 et 1,955 en 1968.

M. LAFRANCE: Alors, si je comprends bien, M. le Président, le montant d'hospitalisation, $6,975,000, c'est pour 1,955 malades seulement?

M. GOLDBLOOM: Non, ce sont de nouveaux cas, mais cela ne tient pas compte de...

M. CLOUTIER: J'ai ici le nombre de malades traités en dehors de l'hôpital, je vais vous donner cela dans un i n s t a n t . Il y a eu en 1968, 5,080 cas de malades tuberculeux traités hors de l'hôpital; traités dans l'hôpital, en 1968, 3,974, je l'ai par comté.

M. LAFRANCE: Est-ce que, M. le Président, il n'y a pas eu une commission d'étude d'experts qui avait démontré que la tuberculose était en régression et qu'on allait bientôt fermer tous les sanatoriums de la province, il y a quelques années?

M. CLOUTIER: Je ne sais, monsieur le député, si une commission a donné de tels renseignements, mais ce que l'on note dans la tuberculose c'est que le type de tuberculeux change. L'âge change. Par exemple, il y avait une pointe, un sommet dans l'incidence de la tuberculose vers l'âge d'un à deux ans, il y en avait une autre au début de la vingtaine, et enfin il y avait une augmentation considérable en haut de 60 ans. Actuellement, les tuberculeux de moins de 30 ans sont relativement rares, surtout chez ceux qui ont reçu le BCG, et il n'y a pas eu de décès de tuberculose pulmonaire chez ceux qui avaient eu le B C G . Il y en a quand même, depuis sept à huit ans, je pense qu'on peut dire qu'il y a eu à peu près 200 décès — je vous donne cela de mémoire — mais l'incidence de la tuberculose se retrouve dans le groupe de 60 ans et plus. Ce sont des tousseurs chroniques et, à un examen, on trouve à un moment donné des expectorations positives. Ce sont des gens qui sont assez difficiles à soigner, qui n'acceptent pas facilement de rester au sanatorium assez longtemps. C'est pourquoi, dans la lutte contre la tuberculose, on développe de plus en plus le traitement ambulatoire, on développe des cliniques externes, on ferme graduellement les sanatoriums trop éloignés des centres où les malades refusaient d'aller et on développe des centres à l'Intérieur des agglomérations urbaines les plus importantes. Et ainsi, on met le traitement de la tuberculose à la portée du malade qui en a besoin et on le suit de beaucoup plus près.

M. LAFRANCE: Comme simple profane, me permettez-vous une dernière question? Est-ce que la cigarette peut conduire à la tuberculose?

M. CLOUTIER: Non.

M. LAFRANCE: Au cancer.

M. CLOUTIER: Mais cela n'aide sûrement pas. Et cela ne peut pas...

M. SAINT-GERMAIN: Quel est le coût de l'hospitalisation pour un malade tuberculeux, parce que les stages sont relativement longs pour ceux qui sont à l'hôpital?

M. CLOUTIER: A la lumière des statistiques que j'ai données tout à l'heure, trois mille quelques cents cas traités dans l'hôpital... On a le coût de l'hospitalisation ici. Nous avons eu 347,000 jours-patient.

M. SAINT-GERMAIN: Oui, mais Ici vous avez des soins externes qui sont additionnés à ce nombre-là je suppose?

M. CLOUTIER: Nous avons, au budget 1969, dans les sanatoriums: des lits dressés, 1,155; jours-patient approuvés, 347,100; budget approuvé par le ministère, $6,272,452. C'est un tableau auquel il faut ajouter d'autres chiffres pour d'autres calculs, d'autres détails qui n'apparaissent pas ici, en plus des hôpitaux que j'ai sur cette liste pour faire $6,975,000.

M. SAINT-GERMAIN: Vous ne pouvez pas présentement me donner...

M. CLOUTIER: $20 par jour en moyenne.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 10, adopté. Poste budgétaire 11...

M. GOLDBLOOM: L'incidence des maladies vénériennes a connu une augmentation dans les années récentes dans plusieurs pays, est-ce que c'est stabilisé maintenant au Canada?

M. CLOUTIER: Le nombre de cas de syphilis déclarés en 1968 a été de 433, soit une diminution de six cas sur l'année précédente. En syphilis contagieuse, il y a eu 137 cas en 1967; le nombre est passé à 154 pour l'année 1968, c'est-à-dire 17 cas de plus. Et on me remet une note du Dr Desrochers, le directeur de la division, qui dit que l'incidence de la blennorragie est en période d'accroissement: 3,271 cas en 1967, 3,511 en 1968.

M. TREMBLAY (Montmorency): Ce sont les cas déclarés seulement.

M. CLOUTIER: Ce sont les cas déclarés.

M. LAFRANCE: Quel est lige de ceux qui sont traités? Vous n'avez pas ça? C'est plus important que vous ne croyez, M. le Président, les tableaux, quand même!

M. LE PRESIDENT: Je pensais à autre chose!

M. LAFRANCE: Vous n'avez pas le droit de penser!

M. CLOUTIER: Nous avons les âges, M. le Président! J'ai ici un tableau qui donne le sexe et les âges.

M. LAFRANCE: Le sexe...

M. CLOUTIER: Le total de 433, on peut le détailler comme suit: 15 entre 15 et 19 ans; 60 entre 20 et 24 ans; 70 entre 25 et 29 ans; 34 entre 30 et 34 ans; 30 entre 35 et 39 ans; 24 entre 40 et 44 ans; 26 entre 45 et 49 ans et 146 de 50 ans et plus.

M. DE MERS: Il est assez informé!

M. LE PRESIDENT: II n'y aura pas une seule objection au traitement des maladies vénériennes.

M. SAINT-GERMAIN: Est-ce que la maladie est concentrée dans certains centres?

UNE VOIX: Au même endroit, c'est ça!

M. HOUDE: A certains endroits,

M. SAINT-GERMAIN: Au point de vue géographique.

M. CLOUTIER: Le député sera sans doute satisfait si je lui dis que c'est concentré dans la région métropolitaine de Montréal.

M. HOUDE: Ce qui exclut Laval.

M. LE PRESIDENT: Adopté.

M. CLOUTIER: J'ai dit: Métropolitaine.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 11, adopté.

M. SAINT-GERMAIN: Relativement à la population, c'est plus considérable.

M. CLOUTIER: Ici, je pourrais donner la statistique suivante: sur 154 cas, 129 à Montréal, 7 à Québec et 18 en province.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 11, adopté. Poste budgétaire 12, adopté.

M. SAINT-GERMAIN: Au point de vue de l'assistance publique, est-ce que les soins donnés aux assistés sociaux au niveau des cliniques externes, des hôpitaux sont inclus à ce poste budgétaire?

M. CLOUTIER: Est-ce que le député veut parler de l'assistance médicale?

M. SAINT-GERMAIN: On parle ici de l'assistance publique.

M. CLOUTIER: Ce sont les hôpitaux d'assistance publique ici, des hôpitaux comme Saint-Charles Borromée, Foyer Rousselot, Maimonides, l'Aide à la Femme, etc.

M. LAFRANCE: L'achat d'appareils pour soins médicaux à l'article 2...

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, vous avez des plans conjoints avec certaines municipalités poux...

M. CLOUTIER: Je n'ai pas saisi le début de la question.

M. TREMBLAY (Montmorency): Vous avez des plans, si vous voulez, avec certaines municipalités pour donner les médicaments aux in-

digents. Par exemple, Québec, Montmorency et certaines autres municipalités reçoivent... La municipalité, par son bureau d'assistance publique, donne un pourcentage des médicaments à certains indigents.

Dans des cas d'indigence extrême, il arrive souvent, par exemple, que des patients soient obligés de prendre des médicaments qui coûtent parfois Jusqu'à $40, $50 et même $60 par mois. Alors il arrive que ces gens qui sont complètement démunis ne peuvent pas acheter ces médicaments et certaines municipalités avaient déjà, depuis plusieurs années, des ententes avec le ministère pour payer une partie de ces médicaments. Est-ce que ça existe encore, par exemple, à Québec, ici, ces plans ou ces ententes avec le ministère?

M. CLOUTIER: Ce sont de vieilles ententes et le ministère de la Santé n'a pas l'intention de les généraliser ou d'en conclure d'autres. Il y a cette entente avec la ville de Québec qui date d'une quinzaine d'années peut-être...

M. TREMBLAY (Montmorency): Quelques autres villes.

M. CLOUTIER: ... selon les remarques de mes officiers, entente par laquelle les hôpitaux fournissent aux assistés sociaux ou aux économiquement faibles des médicaments.

M. TREMBLAY (Montmorency): C'est entendu que ce n'est pas le rôle des municipalités de fournir des médicaments, mais, de toute façon, certaines municipalités, en fait — je pense que cela date déjà de très longtemps — continuent de donner des médicaments aux gens qui sont dans une indigence extrême. Alors, est-ce que vous prévoyez, en fait, des mesures qui, soit par assurance, soit avec le futur plan, avec la régie de la santé que vous allez créer, est-ce que les médicaments vont être compris dans ce projet d'assurance-maladie que vous voulez établir en Juillet 1970? Est-ce que les indigents peuvent espérer recevoir les médicaments qu'ils ne peuvent absolument pas s'acheter, même s'ils sont pleinement assistés par le ministère de la Famille et du Bien-Etre?

M. CLOUTIER: Le député est au courant de cette commission d'étude qui existe actuellement...

M. TREMBLAY (Montmorency): Oui.

M. CLOUTIER: ... et qui travaille justement à l'élaboration d'un plan d'assistance-médicaments pour les assistés sociaux. Il y a deux étapes qui ont été accomplies jusqu'à maintenant. Le travail d'inventaire est fait par la commission elle-même et des sous-comités d'experts qui ont siégé à cette commission.

Quant à la troisième étape, il s'agissait de négociation avec les manufacturiers de médicaments. Cette troisième étape n'est pas commencée. Elle se fera en collaboration entre le ministère de la Famille et le ministère de l'Industrie et du Commerce et les intéressés. C'est une étape extrêmement importante. Le travail du comité est suspendu momentanément parce que, évidemment, il s'agissait de savoir, à ce moment-ci, quels seraient les mécanismes de l'assurance-maladie, quelle serait la législation, quelles en seront les modalités avant que ne se continue, en pratique, le travail de ce comité.

Le député de Montmorency sait qu'il y a, actuellement, un projet de loi devant la Chambre quant à la création de la régie de l'assurance-maladie. Il y aura un autre projet de loi quant aux modalités du régime. J'ai déjà indiqué, en substance, que les modalités du régime répondraient aux critères de la législation fédérale. Alors, je ne peux pas ce soir élaborer sur les modalités du régime. Je le ferai au moment où la législation sera déposée devant la Chambre, mais le projet d'assistance-médicaments est un projet qui est indépendant dans sa fabrication, dans son étude, de l'assurance-maladie elle-même parce qu'il y a là un projet pour les assistés sociaux seulement et non pas un projet général, universel.

Est-ce que ça répond bien?

M. TREMBLAY (Montmorency): Oui, c'est-à-dire que cela répond à ma question jusqu'à un certain point si vous voulez, mais ça ne répond peut-être pas aux besoins des assistés sociaux qui ont des frais trop élevés, en définitive, pour y subvenir eux-mêmes.

M. CLOUTIER: Oui, mais ce que je voudrais dire au député, c'est que le problème des médicaments est extrêmement complexe. Et, avant de s'aventurer dans un régime d'assistance-médicaments, même s'il est partiel, s'il ne s'adresse qu'aux assistés sociaux, disons à 7% ou 8% de la population, nous devons avoir un plan extrêmement bien étudié, bien préparé. Il y a eu des expériences ailleurs, des expériences de législation et de mise en place d'un système d'assurance-médicaments qui a été très coûteux et au-delà de toutes les prévisions. Le député sait qu'il peut y avoir énormément d'à-

bus dans ce domaine. Alors, avant de mettre sur pied un système, un mécanisme de distribution des médicaments, que ce soit aux assistés sociaux ou que ce soit à toute la population, il faut procéder très prudemment dans ce domaine qui peut comporter des implications financières très graves et très considérables.

M. TREMBLAY (Montmorency): Est-ce que vous prévoyez que ce problème sera réglé, un jour assez prochain?

M. CLOUTIER: Je ne sais pas à quel moment, mais je prévois qu'avec les études actuelles sur l'assistance-médicaments, le comité d'étude nous recommandera la mise en place d'un régime d'assistance-médicaments pour les assistés sociaux. Quelles en seront les modalités? Je l'ignore.

M. TREMBLAY (Montmorency): M.le Ministre, je pense que c'est l'un des aspects et l'un des problèmes les plus aigus de la médecine actuellement au Québec. Nous avons des centaines de patients qui ne peuvent pas se procureur les médicaments qui leur sont absolument nécessaires.

M. CLOUTIER: En ce qui concerne les assistés sociaux, nous tenons compte du coût des médicaments dans les besoins de la personne, de l'assisté social.

M. TREMBLAY (Montmorency): Oui.

M. CLOUTIER: Pas quand il s'agit de médicaments de consommation courante, médicaments qui sont non dispendieux. Mais, pour des assistés sociaux qui sont des malades chroniques qui sont obligés de se procurer des médicaments coûteux et dispendieux — comme profane, j'énumérerai les maladies cardiaques, le diabète ou des maladies de cette sorte — à ce moment-là, nous tenons compte du besoin d'achat de médicaments parce que, par mois, cela représente un montant assez important. Parfois, c'est le seul élément qui amène le ministère de la Famille et du Bien-Etre social à verser une allocation à une famille ou à un individu.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, j'ai justement — je ne veux pas m'éterniser sur ce problème — mais, ce matin, j'ai eu un cas où le couple prenait des médicaments et cela lui coûtait — c'est prouvé — $60 par mois. Les époux recevaient, je pense, une subvention de $175 du ministère de la Famille et du Bien-Etre social. Ils ne pouvaient absolument pas, sans se priver de manger, acheter les médicaments dont ils avaient besoin. Que faire dans ces cas?

M. CLOUTIER: Je partage parfaitement l'opinion du député quand il dit que, pour certains malades, il y a là un problème qui est plus considérable que les soins médicaux. Le patient, le citoyen pourrait payer, pourrait défrayer le coût des visites au médecin, le coût des soins médicaux, mais il ne peut pas, au montant que le député mentionne, défrayer le coût de ses médicaments. C'est pour cela que nous avons demandé à ce comité spécial, ce comité d'experts, de travailler à l'élaboration d'un régime d'assistance médicaments. Mais encore une fois, je répète que dans ce domaine, avant de poser un geste définitif, avant d'entrer dans ce secteur de l'assistance, de l'assurance-mêdicaments, il nous faut être très prudents et avoir un régime dont nous pouvons calculer les implications financières.

M. LE PRESIDENT: Poste 12 adopté?

M. HARVEY: Un instant. Je voudrais faire part au ministre... Vous connaissez, depuis la Loi du salaire garanti, à Ottawa, le supplément de $30 qui est accordé aux personnes recevant de la sécurité sociale. La majorité d'entre elles qui recevaient, au préalable, un supplément du gouvernement provincial, qui prenait en considération le montant versé chaque mois pour les médicaments, ont perdu cette allocation de même que la carte dont nous allons discuter dans quelques instants.

Je me demande s'il n'y aurait pas lieu, tant et aussi longtemps qu'un régime d'assistance-médicaments ne sera pas accordé aux assistés sociaux, que votre ministère apporte une attention particulière aux couples âgés qui reçoivent le plain montant du gouvernement fédéral, c'est-à-dire le supplément et l'allocation de sécurité de vieillesse. Franchement, la majorité d'entre eux aujourd'hui, comme le disait le député de Montmorency, sont dans l'obligation, devant le refus d'assistance supplémentaire du ministère de la Famille et du Bien-Etre social, de se priver de manger pour prendre les médicaments ou vice vers.

M. CLOUTIER: Je comprends. La remarque du député s'adresse surtout au ministre de la Famille et du Bien-Etre social...

M. HARVEY: Oui.

M. CLOUTIER: ... parce que c'est le minis-

tre de la Famille et du Bien-Etre social qui voit à verser...

M. HARVEY: C'est parce que c'est vous qui en avez parlé tout a l'heure. Vous dites qu'un supplément est accordé en prenant en considération le montant qu'un couple, une ou deux personnes doivent dépenser chaque mois, est-ce vrai cela?

M. CLOUTIER: C'est que je ne voudrais pas... Le député n'a certainement pas voulu dire que l'allocation est versée par le ministère de la Santé...

M. HARVEY: Elle est versée par le ministère de la Famille et du Bien-Etre social...

M. CLOUTIER: Par le ministère de la Famille. Et le ministère de la Santé tient compte de la carte que possède le citoyen et défraie le coût des soins médicaux et le coût des soins chirurgicaux. Les médicaments ne sont pas comptabilisés du côté de la Santé. Ils le sont sur le montant de l'allocation établie par le ministère de la Famille. C'est un besoin qui est établi au même titre que la nourriture, les vêtements et ainsi de suite. Au moment de la discussion des crédits du ministère de la Famille, nous aurons l'occasion de revenir sur l'établissement de ces besoins.

M. LE PRESIDENT: Le poste budgétaire 12 adopté. Le poste budgétaire 13 suspendu jusqu'à demain. Le poste budgétaire 14...

M. GOLDBLOOM: Le poste budgétaire 14, c'est encore une fois un sujet très vaste que j'aimerais beaucoup discuter longuement avec le ministre. Je me contenterai de féliciter le ministre de l'augmentation que nous constatons à ce poste très important. Je sais que les montants qui sont affectés à des institutions comme celles qui sont énumérées à l'article 2 de ce poste budgétaire sont bien gérés et bien dépensés. Alors adopté, M. le Président.

M. LE PRESIDENT: Le poste budgétaire 15.

M. GOLDBLOOM: Au poste budgétaire 15, M. le Président, f ai un problème sérieux et inquiétant à soulever. J'aimerais passer quelques minutes là-dessus. J'en ai eu connaissance au cours de l'exercice de ma profession, j'en ai eu connaissance par la bouche d'autres députés qui ont trouvé le même problème dans leur comté. A mon regret, je suis obligé de tomber sur la tête de ma propre profession, mais je crois qu'en toute honnêteté je suis obligé de le faire.

Je suis fier, très fier de ma profession et de la grande majorité de ses membres. J'en suis tellement fier que je réagis énergiquement à chaque fois que je vois une minorité agir de façon à entacher le blason de la médecine.

Une situation scandaleuse existe au Québec dans le domaine des soins médicaux aux assistés sociaux. J'en ai honte et je me dois de la dénoncer.

Le 1er avril 1966 est entré en vigueur le régime d'assistance médicale. En négociation avec les syndicats professionnels de la médecine, le gouvernement du temps a conclu une entente sur le paiement des soins fournis aux assistés sociaux. Cette entente a pris la forme d'une convention collective qui, par ses propres termes, impliquait automatiquement tout médecin syndiqué ou non. Le médecin qui ne voulait pas y participer et qui alors n'acceptait pas l'échelle d'honoraires prévue dans la convention collective était libre de s'en désengager en envoyant au ministre de la Santé une formule de désengagement individuel.

Au cours de ce débat, le ministre a déclaré qu'un seul des 7,000 médecins du Québec a déposé une telle formule.

Il est pourtant de notoriété publique que des médecins refusent en trop grand nombre d'accepter la carte d'assistance médicale du ministère de la Santé.

Certains refusent carrément de recevoir le détenteur de cette carte, d'autres acceptent le malade à condition que celui-ci s'engage à payer directement les honoraires habituels. Dans un cas comme dans l'autre, on suggère au malade de se présenter plutôt à la clinique externe d'un hôpital.

Depuis quelque temps, les assistés sociaux, avant de demander au médecin un rendez-vous ou une visite, prennent la précaution de lui poser la question: « Est-ce que vous acceptez la carte de l'assistance médicale? » Pourtant il n'y a qu'un seul médecin au Québec qui a le droit de répondre que non.

Les raisons généralement invoquées par les médecins en question pour justifier leur refus sont les suivantes: La première, le ministère de la Santé est très lent à régler les comptes; le médecin ne perd rien, mais est obligé d'attendre.

La deuxième, certaines personnes aujourd'hui, à cause de la nature de leur maladie ou invalidité, reçoivent une allocation sociale et, par le fait même, une carte d'assistance médicale. Mais avant l'établissement du ré-

gime elles payaient toujours les honoraires réguliers du médecin. Donc, le médecin reçoit des honoraires un peu réduits.

Je dois dire que je trouve ces raisons complètement inacceptables, surtout dans la bouche de membres d'une profession qui s'est toujours vantée de soigner gratuitement les pauvres sans pour autant baisser la qualité de l'acte médical.

Il est à souligner que cette dernière affirmation a été vraie à travers les siècles pour la grande majorité des médecins, et demeure vraie pour la majorité aujourd'hui; mais ceux qui oublient cette tradition ou dérogent à ce principe font honte à leur profession et à la société dans laquelle ils vivent.

Le médecin d'aujourd'hui a sûrement un revenu suffisant, que lui fournit l'ensemble de sa clientèle, pour être en mesure d'attendre aussi longtemps que nécessaire le paiement des comptes qu'il soumet au service d'assistance médicale. Et si un malade, aux yeux d'un médecin, bénéficie indûment de l'assistance médicale, cette interprétation ne suffit pas pour justifier une décision arbitraire et unilatérale de la part de ce médecin de refuser au malade les bénéfices du régime.

Pour ce médecin, il s'agit tout au plus d'accepter des honoraires de quelques dollars de moins. Pour le malade, il s'agit d'acquitter au total des honoraires dont le paiement est prévu par convention collective entre l'Etat et la profession médicale, donc une différence beaucoup plus importante pour lui que pour le médecin, surtout par rapport aux moyens financiers respectifs.

Il est vrai que l'établissement d'un régime universel d'assurance-maladie fera disparaître ce problème; mais il est inacceptable que l'on attende cette éventualité pour le régler.

Je demande évidemment au ministère de la Santé d'améliorer le fonctionnement du service responsable. Tout régime d'assurance-maladie qui se respecte paye ses comptes en dedans de six semaines. Le gouvernement n'a certes pas le droit de se financer partiellement à même les honoraires professionnels des médecins. Mais, la faute du ministère est mineure.

J'invite instamment la profession médicale à s'enquérir des faits que je viens d'énoncer, à faire respecter intégralement une convention collective qu'elle a elle-même signée et à faire disparaître cette tache sur sa réputation et cette injustice envers la société.

M. le Président, je voudrais ajouter simplement ceci. A la suggestion du ministre avec qui j'ai causé très brièvement par téléphone, J'ai vérifié dans le rapport annuel de ce service, rapport qu'il a devant lui. J'ai noté là que 4,800 médecins ont été en relation avec ce service. Je ne suis pas en mesure d'évaluer la proportion de la profession médicale qui est représentée par les faits que je viens d'énoncer.Même ce chiffre de 4,800 médecins peut en inclure un certain nombre qui, ayant essayé deux ou trois fois le service d'assistance médicale et ayant trouvé — et je ne partage pas leur point de vue — que le fonctionnement de ce service laissait à désirer, ont par la suite décidé de refuser d'accepter la carte. Mais c'est une plainte qui est assez généralisée. Je ne peux pas cacher mon étonnement à chaque fois qu'un assisté social me demande: Est-ce que vous acceptez la carte de l'assistance médicale? Quand je demande: Pourquoi me posez vous la question? La réponse est toujours la même: Parce qu'à plusieurs reprises j'ai essayé de faire accepter ma carte par des médecins; j'ai toujours été refusé et j'ai toujours été envoyé à la clinique externe d'un hôpital.

M. CLOUTIER: Le député de D'Arcy-McGee comprendra que ses remarques sur la profession médicale, Je les ai écoutées avec beaucoup d'attention. Je n'ai rien à ajouter, pour ma part, à ce qu'il a dit au sujet de la profession. Il a fait un appel au sens de responsabilité des médecins. Venant d'un membre aussi distingué que lui, un membre de la profession médicale, cet appel au sens de responsabilité a une valeur et une signification particulière étant donné le poste qu'il occupe. J'espère que cet appel sera entendu.

D'autre part, il a mentionné que, du côté du service de l'assistance médicale, il y a certains retards à payer les honoraires des médecins. Il a parfaitement raison quand il dit que les comptes des assistés sociaux par rapport à l'ensemble de la pratique médicale d'un médecin représentent une partie marginale, sauf si le médecin pratique dans une région où il y a concentration d'assistés sociaux. Mais, règle générale, dans une région comme Montréal ou Québec ou les villes de la province, je ne crois pas qu'il y ait là, sauf en certains points précis du territoire, concentration d'assistés sociaux.

Il y a des retards au service d'assistance médicale, retards occasionnés, d'une part, par les négociations qui, à certains moments, ont été longues et qui nous ont empêchés, surtout en 1968, étant donné qu'il y avait l'acceptation d'un autre tarif pour la Fédération des médecins spécialistes.

Ceci a occasionné des retards de paiement parce qu'il nous a fallu régler certaines questions de tarif avant de mettre au point le mode

de paiement aux médecins pour ne pas recommencer une opération aussi dispendieuse. D'autre part, quand nous avons constaté que nos programmes sur ordinateurs, au ministère de la Santé et au ministère de la Famille et du Bien-Etre étaient très nombreux, nous avons obtenu du ministère des Finances un centre des données qui sera exclusif aux deux ministères que Je dirige. Quand nous serons en possession de ce centre que nous sommes en train d'équiper dans le moment, évidemment, nos opérations seront facilitées d'autant, et je crois qu'à ce moment-là, nous pourrons rattraper certains retards, ce qui est commencé d'ailleurs. Et il y a aussi manque de personnel, je ne veux pas insister outre mesure sur cette dimension du problème, parce que normalement les services du gouvernement devraient avoir tout le personnel disponible.

M. HARVEY: Vous avez le même nombre que l'an dernier, comment se fait-il que vous n'augmentez pas?

M. CLOUTIER: A ce poste de l'assistance médicale, nous avons eu des discussions assez serrées avec les organismes de gestion centrale et nous n'avons pas réussi à faire admettre toutes nos représentations en ce qui concerne le personnel. On nous fait la représentation que, d'une part, il y aura centre des données, donc il y aura regroupement à l'intérieur de cet organisme de nouvelles commodités qui seront à la disposition des deux ministères; d'autre part, il y a le contexte d'austérité et de restrictions budgétaires qui fait que, même quand des postes deviennent vacants, il y a des problèmes de les combler. De toute façon, je ne veux pas insister outre mesure sur cet aspect du problème, mais, à certain moment, cela nous a occasionné des difficultés. Mais nous faisons l'impossible au service de l'assistance médicale pour rattraper ces retards occasionnés par les causes dont je viens de parler.

Le directeur des services de l'assistance médicale me disait récemment que son objectif est d'arriver une période de deux mois de retard et pas plus, dans le paiement des honoraires aux médecins pour l'assistance-médicale. Je pense que le député a mentionné six semaines. Je ne crois pas qu'il nous soit possible à l'intérieur d'un régime partiel d'aller en deça, car il nous faut faire une vérification des assistés sociaux auprès du ministère de la Famille. Mais, une fois entrés dans un régime universel il n'y aura pas cette vérification de l'admissibilité parce que là c'est toute la population qui est couverte. Il y aura alors des étapes qui seront éliminées et qui permettront à la régie d'assurance-maladie de payer plus régulièrement les honoraires aux médecins.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, en définitive, je pense bien que le député de D'Arcy-McGee ne veut pas généraliser la déclaration qui a été faite. En certains milieux et en certaines zones, cela existe.

Maintenant, il y a des délais anormaux que le ministère prend à payer surtout les jeunes médecins qui débutent dans la profession et qui doivent faire face à des obligations. On dit deux mois mais, plusieurs m'ont affirmé...

M. CLOUTIER: Nous ne sommes pas rendus à deux mois mais l'objectif est d'arriver à deux mois.

M. TREMBLAY (Montmorency): M. le Ministre, cela fait trois ans que l'assistance médicale existe. J'ai bien confiance au ministre, soit, mais l'administration du service est sûrement mauvaise puisque nous ne sommes pas arrivés à de meilleurs résultats depuis trois ans. C'est une question de bonne ou de mauvaise administration du gouvernement pour ces médecins. Ces jeunes médecins surtout subissent préjudice. Les vieux médecins peuvent attendre cinq ou six mois et même un an, mais il faut tout de même prendre en considération que la médecine...

M. CLOUTIER: Mais en 1968, il faudrait que j'ajoute aussi, en toute justice, qu'il faut tenir compte qu'après une interruption de l'entente pendant neuf mois il nous a fallu rattraper le temps perdu et les comptes des honoraires de médecins pour une période de neuf mois, soit durant cette période où il n'y a pas eu entente entre la Fédération des médecins spécialisés et le ministère de la Santé, eh bien, il nous a fallu régler ce surcroît de travail et il y a eu engorgement forcément.

M. TREMBLAY (Montmorency): Prévoyez-vous d'autres difficultés qui pourraient encore retarder les délais?

M. CLOUTIER: Nous avons repris du retard et je n'ai pas ce soir, exactement le temps qui a été rattrapé mais je crois que nous nous dirigeons vers cette période de deux mois de retard, période que nous voulons atteindre le plus tôt possible sans attendre la mise en place d'un régime général d'assurance-maladie.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, j'aimerais ajouter simplement deux ou trois remarques. Le ministre a fait allusion à certaines régions de la province ou certains secteurs de nos villes où il y a concentration particulière des assistés sociaux. Surtout à la campagne, ce n'est pas là où le problème se pose. Où il y a concentration d'assistés sociaux — comme en Gaspésie, j'en prends un seul exemple — les médecins et la population en bénéficient considérablement. Je ne crois pas que c'est dans ces régions plutôt éloignées et à niveau plutôt bas de revenu annuel où le problème dont je parle se présente.

Je conçois peut-être qu'un jeune médecin qui commence sa pratique se trouve dans une certaine difficulté s'il a très peu de comptes dans l'ensemble et s'il y en a plusieurs qui sont soumis au gouvernement. Mais je dois dire que la plupart des médecins dont le nom m'a été cité sont des médecins bien établis qui peuvent sûrement attendre aussi longtemps que nécessaire pour le règlement des quelques comptes en question.

Je n'essaie pas de généraliser. J'ai bien pris soin de dire qu'il s'agit d'une minorité. J'ai souligné que les deux tiers des médecins, à peu près 4,800, sont inscrits au dossier du service d'assistance médicale. J'ai suggéré que peut-être il y a, à l'intérieur de ce chiffre, un certain nombre qui sont comptés mais qui, aujourd'hui, refusent la carte. C'est possible. Mais, même si c'est un médecin sur huit ou sur dix ou sur quinze, c'est trop. Et, il s'agit non seulement de faire appel à la conscience professionnelle et sociale, il s'agit aussi de faire respecter une convention collective signée en bonne et due forme et dont un seul médecin, de dire le ministre, s'est désisté formellement de la façon prévue.

Alors, s'il y en a qui ne veulent pas accepter la carte et qui ont des raisons personnelles et majeures pour prendre cette décision, qu'ils aient le courage de signer la formule et de l'envoyer au ministre. Mais ceux qui ne l'ont pas fait n'ont aucune justification pour refuser la carte de l'assistance médicale.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 15, adopté. Poste budgétaire 16, adopté.

UNE VOIX : Il est dix heures, M. le Président.

M. GOLDBLOOM: Oh, M. le Président, peut-être que nous aurons deux ou trois questions à poser là-dessus demain, mais ça ne retardera pas nos débats, je pense bien.

M. CLOUTIER: D'accord.

M. LE PRESIDENT: Donc, il est dix heures. Nous allons ajourner. Demain nous continuerons à trois heures trente, après la période des questions.

(Fin de la séance: 22 h)

Séance du mardi 3 juin 1969

(Seize heures trente minutes)

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

Nous poursuivons l'étude des postes budgétaires 16, 17 et 18. Par la suite nous reviendrons au poste budgétaire 2, article 2, et aux postes budgétaires 8, 13 et 19 qui sont restés en suspens.

Donc, poste budgétaire 16, adopté? Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social?

M. GOLDBLOOM: Non, M. le Président. Nous avions demandé qu'on nous laisse le loisir de poser deux ou trois questions. Mais je n'en ai qu'une, en effet. Le rapport de la commission est attendu, nous dit-on, à l'automne ou peut-être un peu plus tard, mais de toute façon au cours des prochains mois. Est-ce que ce rapport contiendra toujours certains éléments de recommandation au domaine de la santé ou est-ce qu'il portera surtout sur le domaine de la famille et du bien-être?

M. CLOUTIER: Cest un rapport final. Alors il comprendra les deux secteurs, santé et bien-être.

M. GOLDBLOOM: A quelle date le ministre prévoit-il recevoir le rapport?

M. CLOUTIER: A la dernière communication que j'ai eue avec le président de la commission pour m'informer à peu près des délais... Evidemment, ils ne peuvent pas, à ce moment-ci des travaux, donner une date précise. Mais je prévois recevoir avant le 31 décembre, le rapport final de la commission Castonguay. D'ailleurs, les délais qui ont été accordés par arrêtés en conseil, en ce moment, vont jusqu'au 31 décembre 1969.

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 16, adopté. Poste budgétaire 17: Comités d'étude et de négociation concernant l'assistance médicale, paramédicale et l'assistance-médicaments aux assistés sociaux? Adopté?

M. GOLDBLOOM: Au poste budgétaire 17, il s'agit, si je comprends bien, de la commission de l'assistance médicale et également du comité d'étude sur l'assistance-médicaments?

M. CLOUTIER: Oui, dont nous avons parlé hier.

M. GOLDBLOOM: Dont nous avons parlé. Adopté.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 17, adopté. Poste budgétaire 18: Dépenses diverses ou imprévues? Adopté?

M. GOLDBLOOM: Adopté.

M. LE PRESIDENT: Nous retournons au poste budgétaire 2, article 2, pour parler...

M. GOLDBLOOM: Pour parler des règlements adoptés en vertu de la Loi des hôpitaux. J'aurais quelques commentaires et sur le fond et sur la forme.

Premièrement, je dois exprimer un certain regret que, malgré toutes les consultations qui ont eu lieu, le texte final, d'après des renseignements qui m'ont été fournis et d'après des plaintes qui ont été formulées, n'a pas été montré aux intéressés, ni au Collège des médecins — je reviendrai là-dessus un peu plus tard — ni au comité d'étude des termes de médecine.

Deuxièmement, je dois dire que je regrette un peu, plus qu'un peu, que le rôle attribué au Collège des médecins ait été minimisé dans la version finale en comparaison avec les propositions formulées par le Collège des médecins et l'Association des hôpitaux dans un document déposé au mois d'août 1965, si ma mémoire est fidèle, signé conjointement, donc accepté de part et d'autre. Là le collège se voyait attribuer un rôle plus important que celui qui lui est réservé dans la version que nous avons devant les yeux.

Je fais allusion en particulier au recours qui n'existe plus pour le médecin qui se voit refusé par le conseil d'administration d'un hôpital auquel il aurait fait sa demande d'admission comme membre du personnel.

Je souligne, M. le Président — ce n'est pas la première fois que j'en parle — que les règlements doivent avoir l'effet de corriger des situations que nous connaissons dans certains hôpitaux, des situations de chasse-gardée, des situations de l'admission de personnes à des fonctions pour lesquelles elles ne sont pas parfaitement qualifiées. Nous avons connu de telles situations, nous les regrettons tous. Dans certains cas, il semble que justice n'est pas rendue par la décision du conseil d'administration et que le recours du médecin devrait être un recours à un organisme extérieur à l'hôpital lui-même plutôt que d'être simplement le re-

cours de pouvoir plaider sa cause devant ceux qui ont déjà pris une décision qui va à l'encontre de ses désirs.

Je crois aussi que la discipline imposée dans l'hôpital par le comité de discipline du conseil des médecins devrait comporter l'obligation de faire rapport au Collège des médecins de la décision. Je crois que ceci n'est pas clairement indiqué dans les règlements que nous avons devant nous.

Ce sont des commentaires d'ordre général; j'en ai d'ordre particulier sur certains articles. Je prends l'exemple de l'article 76, paragraphe k): « Si le conseil d'administration ou, à son défaut, le ministre l'autorise... transmettre au collège annuellement ou sur demande un rapport en vue de lui permettre d'évaluer la qualité du travail professionnel d'un ou des membres du bureau médical et de s'assurer que le public reçoit des soins médicaux appropriés.»

Je soulève le problème créé par l'obligation d'obtenir l'autorisation du ministre à chaque fois que le conseil d'administration n'agit pas de son propre chef pour envoyer de tels rapports au Collège des médecins. Il me semble que l'obligation devrait être formelle plutôt que d'exiger dans chaque cas une autorisation spéciale du ministre.

L'article 142: je pense que les ministres s'attendaient à ce que je soulève le problème créé par cet article qui dit: « Tout médecin non spécialisé qui doit agir à la place d'un spécialiste doit a) avoir un entraîhement minimum reconnu, approuvé par le collège, b) être recommandé à ce poste par le comité exécutif, c) être accepté par le conseil d'administration.»

Le problème se pose tout particulièrement dans le cas de l'omnipraticlen qui est appelé à faire des anesthésies dans un hôpital qui n'a pas d'anesthésiste ou qui a peut-être un seul anesthésiste qui n'est pas disponible 24 heures par jour et 365 jours par année.

Il y a d'autres problèmes semblables qui ne me viennent pas aussi facilement à l'esprit, mais c'est un article qui, à mon sens, devrait être interprété avec une certaine latitude parce que les omnipraticiens, surtout dans les centres éloignés, sont appelés à faire beaucoup de choses que dans un grand centre, dans un hôpital bien organisé, ils ne seraient pas appelés à faire. J'aurai peut-être d'autres commentaires, mais je laisse la parole au ministre d'Etat qui aurait peut-être des réponses à faire. Je reviendrai par la suite à la question de forme.

M. BOIVIN: Alors, la composition des règlements après l'application de la Loi des hôpitaux, après sept ans, puisque cette loi a été passée en 1963, je crois?

M. GOLDBLOOM: Cette loi a été passée en 1962.

M. B O I V I N : Il faut savoir que ce n'était pas une chose très facile. On nous dit, par exemple, que nous aurions peut-être dû montrer la rédaction définitive à nos consultants, puisque le projet de loi numéro 74 nous demandait de consulter le Collège des médecins et l'Association des hôpitaux. Nous l'avons fait dans la composition des règlements, mais j'admets que la rédaction définitive ne leur a pas été soumise. Toutes les fois que nous soumettions ces règlements, il y avait tellement de suggestions de nature à détruire notre ligne d'autorité ou à renverser tous les règlements.

Je crois qu'après toutes les consultations d'ordre juridique, de l'Association des hôpitaux, du Collège des Médecins auxquelles nous avons mis la dernière main, auxquelles j'ai assisté en partie avec les officiers du ministère pour chacun des articles, je crois que cette consultation devait finir, si on voulait publier ces règlements.

La rédaction de ces règlements n'est peut-être pas une chose parfaite, il y a peut-être quelque chose à compléter, à parfaire. Mais il serait très mal venu que nous critiquions ces règlements qui sont très r é c e n t s . Il me semble qu'on devrait en faire un essai loyal. S'il y a des changements à effectuer, nous les ferons après en avoir fait l'essai pendant une période normale.

En ce qui regarde le rôle que nous devions attribuer au Collège des médecins, nous avons eu beaucoup de suggestions à ce sujet. Mais, après consultation avec les officiers juridiques, nous ne pouvions pas donner plus de pouvoirs par la réglementation que la loi ne nous le permettait.

Les officiers juridiques s'accordent à nous dire que, pour donner plus de pouvoir au Collège des médecins en vertu de la Loi des hôpitaux, il faudrait changer la Loi des hôpitaux.

Il y a aussi une chose très importante. Vous dites qu'il faut demander la permission au ministre chaque fois qu'à l'article...

M. GOLDBLOOM: 176k).

M. BOIVIN: L'article 176k), nous le considérons comme important, c'est qu'il faut ménager l'autonomie de chacune des corporations. Il ne faudrait pas que nous soyons dans l'obligation d'administrer tous les hôpitaux au minis-

tère. Nous croyons que nous avons des administrateurs valables dans chacun des hôpitaux de la province et nous devons ménager l'initiative du milieu. Nous croyons que nous aurons de meilleurs résultats si nous n'intervenons pas pour des détails; pour des complications qui ne sont pas des complications très importantes, nous devons laisser l'initiative au milieu.

Encore une fois, même dans cet article 176k), nous ne pouvions pas donner plus d'autorité au Collège des médecins que la Loi des hôpitaux nous le permettait.

C'est à peu près tout ce que j'ai à vous dire.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, j'aurais deux ou trois autres commentaires à faire en passant. A l'article 336 qui concerne les dossiers et qui dit: « Aucune pièce originale d'un dossier ne doit être sortie de l'hôpital, sauf sur un ordre d'une cour de justice »; je souligne que, dans la Loi médicale, le Collège des médecins a le pouvoir de demander que des dossiers soient apportés. Pour administrer la discipline de la profession, et surtout pour juger des cas que l'on appelle « cas de conciliation » où des plaintes sont reçues du public et doivent être appréciées à leur juste valeur, il faut souvent des documents, et puisque l'article suivant qui dit que les dossiers peuvent être reproduits, mais que les reproductions demeurent confidentielles comme les originaux, je me demande si le Collège trouverait autant de facilité à obtenir les documents nécessaires pour l'exercice de ses fonctions essentielles que par le passé.

J'espère que ces articles ne seront pas interprétés de façon à entraver le travail important du collège.

M. BOIVIN: C'est pour l'abus qu'on pourrait en faire, dans certains hôpitaux, en sortant les originaux.

M. GOLDBLOOM: Oui.

M. B O I V I N : Il y a eu, d'ailleurs, des enquêtes dans les hôpitaux. On peut très bien fournir des copies de ces dossiers, mais on considère que les originaux doivent rester à l'hôpital.

M. GOLDBLOOM: Et peut-être — puisque nous ne sommes pas avocats ni le ministre d'Etat, ni moi-même — peut-être que les avocats nous diraient que ce n'est pas par les règlements greffés à la Loi des hôpitaux que l'on peut diminuer les pouvoirs accordés par la Loi médicale au Collège des médecins.

Un autre article qui mériterait une interprétation un peu souple est l'article 162, un article que j'approuve de tout mon coeur, celui qui empêche les médecins qui sont appelés à surveiller le travail des internes et résidants en clinique externe d'envoyer des comptes pour les services qu'ils n'ont pas rendus eux-mêmes, mais qui ont effectivement été rendus par les internes et résidants.

Il y a quand même, comme nous savons tous, des responsabilités d'enseignement et de surveillance qui s'expriment de façons diverses. Là aussi, je pense que dans les hôpitaux d'enseignement où il se fait vraiment de l'enseignement et où le médecin surveillant participe au traitement des malades, mais peut-être pas aussi directement que dans le cas où il reçoit son malade à lui et prend toute la responsabilité lui-même, il y aura lieu de prendre en ligne de compte cette fonction du médecin.

Mais dans l'ensemble, je dois dire que j'approuve de tout mon coeur cet article. C'est un article qui aurait dû faire partie de notre Loi médicale il y a beaucoup d'années.

A la page 3 du cahier que j'ai devant moi — c'est le dernier commentaire que j'aurai sur le fond de ce texte — article 21, définition du personnel paramédical. On lit que le personnel paramédical participe au diagnostic et à l'exécution du traitement à la demande du médecin. En général, je suis entièrement d'accord, il va de soi. Mais je me demande si l'on ne doit pas envisager la possibilité que le dentiste, par exemple, qui fait partie du personnel professionnel de l'hôpital n'ait pas la possibilité d'avoir recours, et sans passer par l'intermédiaire du médecin, aux services du personnel paramédical.

Il y a aussi dans certains cas qui nous ont été soulignés, par le passé, des consultations qui sont demandées directement à des paramédicaux. Je donne l'exemple de l'orthophoniste qui reçoit un comédien qui veut apprendre comment placer sa voix, mais qui n'a pas de problème médical. Est-ce que l'on doit comprendre que, dans ce cas-là, cette consultation devrait avoir lieu en dehors de l'hôpital parce qu'elle n'aurait pas été demandée par un médecin? C'est un petit problème épineux que je soulève. Il y a aussi peut-être dans certains cas, de rares cas de consultations demandées par un paramédical à un autre.

Ce sont toutes des questions qui reviennent à ce que j'ai demandé vers le début de notre discussion, soit la création d'une table ronde autour de laquelle toutes les professions paramédicales pourraient se réunir pour discuter de problèmes de cette nature.

M. BorVTN: En ce qui regarde l'orthophonie, je ne sais pas si on peut considérer comme cas de maladie... Est-ce que ça n'entrerait pas plutôt dans l'éducation, dans la formation?

M. GOLDBLOOM: Cela serait peut-être un moyen d'en sortir. Ayant dit tout cela M. le Président, et ayant formulé certaines critiques, pas très acerbes j'espère, je voudrais terminer par deux déclarations.

Je suis informé qu'il y aura des réunions pour la revision de ces règlements et je trouve que c'est une excellente idée.

Je ne devrais pas terminer cette partie de la discussion sans féliciter les responsables de la production, de la publication de ces règlements qui, même s'ils ne sont pas parfaits, sont d'un avantage et d'une utilité énorme à tous les intéressés, à tous ceux qui travaillent dans l'hôpital. S'il y a lieu de les améliorer avec l'expérience, comme l'a dit le ministre d'Etat, c'est tout à fait dans l'ordre. Je suis très heureux, même si cela a pris du temps que les règlements soient finalement publiés.

Je passe pour quelques instants seulement à la question de forme. J'hésite un peu à en parler, M. le Président, parce qu'après tout, même si je me considère comme un médecin de langue française, même si le français est pour moi la langue de travail, je ne suis pas d'origine francophone. C'est une langue seconde que j'ai acquise avec le passage des années et que je ne maîtrise pas complètement. Quand même, je me dois — parce que je crois que nous faisons tous un effort pour établir des communications entre tous les Québécois dans les deux langues, donc en français et en bon français— je me dois de me faire, pour quelques instants, le porte-parole de ceux qui ont eu des critiques, dans ce cas-ci assez acerbes, à l'endroit de la langue française telle qu'elle est utilisée dans ce document.

Je comprends que certains des termes employés sont des termes qui sont imposés parce qu'ils paraissent déjà dans nos lois. Je prends l'exemple du titre de la loi en question: « Loi des hôpitaux ». Les puristes disent que cette loi ne devrait pas s'appeler « Loi des hôpitaux » mais bien « Loi sur les hôpitaux » ou « Loi sur les établissements hospitaliers ». Si nous faisons une telle correction, il faudra la faire d'un bout à l'autre des statuts refondus. Quand même, c'est une critique qui vaut la peine d'être faite.

Il y a le nom « Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ». Ce nom est consacré par nos lois, mais avec la refonte de la Loi médicale — et j'espère que cette refonte viendra bientôt et que la plupart de ses recommandations seront acceptées — le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec deviendra l'Ordre des médecins du Québec, à l'instar de l'Ordre des médecins de France. Je pense que c'est tout à fait souhaitable.

Le terme, bureau médical, est un vieux terme consacré par l'usage et qui paraît dans nos lois. Mais quand on parle de bureau en bon français, me dit-on, on parle de ce que nous avons l'habitude d'appeler « conseil exécutif ». Donc il y a des corrections à apporter, je pense, à des termes qui, à l'avenir, devraient être employés de façon à nous permettre de nous comprendre d'un bout à l'autre de la francophonie, parce que nous nous servirons des mêmes mots dans tous les pays qui parlent le français.

Mais il y a aussi des termes qui sont employés, qui ne sont pas des termes légaux ou des termes qui paraissent dans nos lois, et qui devraient, à mon sens, être corrigés. Je prends l'exemple du mot « officier », quand on veut dire et devrait dire, dirigeant. infirmière licenciée strictement, cela devrait dire une infirmière qui a été remerciée de ses services; dans la plupart des cas, on veut dire infirmière diplômée ou infirmière autorisée. Règles et procédures: « procédures », me dit-on, n'est pas un mot français; on devrait parler de méthodes administratives ou de techniques. On devrait dire « classement » plutôt que de dire « classification ». On devrait dire « assemblée ordinaire ou extraordinaire », à la place de « assemblée régulière ou s p é c i a l e . Il y a plusieurs exemples que je pourrais donner. Je pense qu'il serait fastidieux que je passe en revue tout un document qui a déjà été publié dans les journaux et envoyé à tous les membres de l'Assemblée nationale.

Je fais ces remarques parce que je suis un partisan du bon parler français et du bon parler anglais. J'espère que les revisions qui seront apportées à ce document porteront autant sur la qualité de la langue que sur le contenu, sur le fond des règlements et que nous profiterons plus que nous ne l'avons jamais fait des bons conseils du comité d'étude des termes de médecine.

M. CLOUTIER: Je voudrais faire quelques remarques au sujet des règlements des hôpitaux et particulièrement sur la dernière partie de l'intervention du député de D'Arcy-McGee. Je voudrais lui rendre cet hommage qu'il est bien modeste quand il dit qu'il n'a pas la maîtrise parfaite d'une langue seconde. Je crois qu'il donne un magnifique exemple des possibilités qui s'offrent dans le Québec, aux deux groupes de parler et de maîtriser une langue seconde.

Pour ma part, je l'écoute faire des observations dans sa langue seconde. Je l'écoute avec beaucoup d'intérêt parce qu'il a le souci du mot juste et du mot exact...

M. HOUDE: C'est presque de l'humour noir...

M. CLOUTIER: Je comprends qu'il en fasse à ce moment-ci, une question d'importance au sujet des règlements des hôpitaux qui est un document, lui aussi, d'importance.

Avant d'entrer plus avant dans ce résumé du travail effectué en regard de la Loi des hôpitaux, du règlement de la Loi des hôpitaux, je voudrais aussi rendre hommage au ministre d'Etat à la Santé, le député de Dubuc qui, en arrivant au ministère de la Santé, en 1966, à ma demande, a accepté la tâche difficile et ingrate de s'atteler à la besogne de rédiger des règlements en vertu de la Loi des hôpitaux. C'était une tâche très considérable, il s'y est consacré avec nos officiers légistes en particulier, il a consacré de nombreuses heures, il a fait aussi des consultations, le plus de consultations possibles, et il a expliqué tantôt pourquoi il a été mathématiquement impossible au terme de ces études, de faire d'autres consultations parce qu'il nous fallait, dans un temps donné, produire ce document important. Il nous fallait un point de départ quelque part.

Nous avons maintenant ce point de départ et, comme de part et d'autre ont l'a dit, le ministre d'Etat l'a dit et également le député de D'Arcy-McGee, c'est là une première étape. Les règlements seront corrigés, améliorés, à la lumière des observations qui nous viennent; et cet après-midi, nous avons un échantillon de ce que peuvent être des améliorations suggérées à des règlements d'Hôpitaux.

De toute façon, il y a actuellement des rencontres d'explication de ces règlements et, dans le milieu hospitalier, ceux qui sont chargés quotidiennement d'appliquer ces règlements font des remarques pertinentes qui nous permettront certainement de les améliorer. De toute façon, nous sommes très ouverts à toutes les suggestions positives qui vont nous aider à faire un meilleur document.

Quant à la forme de ce document, je voudrais mettre en lumière un peu cet après-midi le magnifique travail accompli par le comité de terminologie au ministère de la Santé. Je ne voudrais pas reprendre le débat qui a été fait en Chambre sur les problèmes de la langue, c'est un débat plus vaste, débat auquel ont participé plusieurs membres de l'Assemblée nationale; mais m'en tenant plus spécialement au cadre du ministère de la Santé et du ministère de la Famille et du Bien-Etre social, je dirai qu'en 1967 j'ai suggéré la création d'un comité de terminologie au ministère de la Santé. Ce comité est présidé par le directeur des services psychiatriques, le Dr Bédard et il a comme membres le Dr Jacques Boulay, que tout le monde connaît; il y a Me Dominique Vézina, qui est officier légiste au ministère de la Santé, et M. Claude Allard, mon secrétaire de presse qui est membre de ce comité. Nous avons aussi fait appel à la collaboration de plusieurs officiers du ministère, entre autres du ministère de la Famille et du Bien-Etre social et aussi du ministère de la Santé.

Plusieurs services de notre ministère ont été appelés à travailler en étroite collaboration avec ce service, notamment dans la revue et la correction avant impression de toutes les formules, et on sait combien, dans le domaine de la Santé, il est utilisé de formules assez élaborées dans les hôpitaux et dans toutes les institutions de santé.

Il y a eu plusieurs réunions, je me souviens qu'au cours d'une année entre autres, l'année 1967-1968, il y a eu 22 réunions de ce comité. On a produit des documents extrêmement intéressants. J'en ai ici deux spécimens, nous en avons probablement au ministère et s'il y en a qui sont intéressés à consulter ces documents qui ont été distribués à l'intérieur du ministère, je crois que nous avons là une magnifique démonstration du sérieux du travail de ce comité.

Donc, il y a une chose évidente, c'est que nous sommes convaincus personnellement, et je me fais aussi l'interprète de mes officiers pour dire que nous sommes convaincus de l'importance d'un bon parler, d'une bonne langue dans les deux ministères, et dans le langage administratif courant et dans le langage législatif.

Dans le langage législatif, on sait quelle portée cela peut avoir, parce qu'il y a une discipline légale qui a des traditions, soit chez les avocats, soit chez les notaires ou même en médecine, là où depuis des générations, on emploie un langage bien spécialisé qui s'identifie avec la profession.

Il y a eu des discussions entre nos officiers et les membres du comité des termes de médecine pour que ces règlements soient francisés avant leur impression et leur publication. Il s'est avéré en pratique que c'était là une difficulté majeure, parce que, d'autre part, c'était le premier essai d'envergure de francisation de la langue juridique. Etant donné que les règlements des hôpitaux sont déjà un document extrêmement complexe en lui-même qui cor-

respond à une législation actuelle, législation qui emploie des termes juridiques, des termes de français auxquels a fait allusion le député de D'Arcy-McGee et qui demanderaient d'être améliorés, il y avait une difficulté d'adaptation qui s'ajoutait déjà à la complexité du document. Nous avons pensé qu'il serait préférable, après la publication des règlements, après que nous aurons reçu les suggestions pour l'amélioration du fond du document, de procéder en une deuxième étape à la francisation des règlements et d'avoir une table de concordance, une table d'équivalence, et des termes juridiques avec les nouveaux termes que nous emploierions et quelques-uns de ces termes ont été mentionnés d'une façon spéciale par le député de D'Arcy-McGee.

Alors, nous sommes donc très ouverts à cette suggestion de francisation, d'amélioration de la langue française dans un document aussi important, mais nous ne croyions pas qu'il fût possible de le faire en première étape même malgré que nous ayons tenté l'impossible pour le faire. Mais, devant l'urgence de la publication de ces règlements, devant la difficulté évidemment de concilier à ce moment-là, et les exigences d'un langage juridique et les exigences d'un très bon langage français, il nous a fallu remettre en deuxième étape cette opération.

M. le Président, je crois pouvoir prendre l'engagement aujourd'hui que nous allons continuer nos efforts dans le sens de l'amélioration du français dans le langage de la santé. Aussitôt que possible, en deuxième étape — si c'est possible, je crois que cela sera possible — nous pourrons procéder avec la collaboration des officiers légistes, avec la collaboration de tous les avocats. Que ce soit d'un côté comme de l'autre de la Chambre, je crois que nous sommes en droit de demander la collaboration des membres de la profession juridique pour trouver les façons les plus faciles possibles. Parce qu'il nous faut tout de même mettre les institutions hospitalières en possession d'un document qui soit aussi compréhensible. Alors, nous tiendrons compte de tous ces intérêts de façon que la francisation de ce document important marque une étape digne de mention dans les gestes posés par le gouvernement.

M. HOUDE: Cela ne sera sûrement pas facile pour les avocats.

M. CLOUTIER: Nous comptons sur la collaboration de tous les membres de la commission quand le problème sera posé publiquement pour que nous réussissions cette opération.

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 2, adopté. Egalement, je voudrais, à l'instar du ministre, féliciter le député de D'Arcy-McGee pour la belle leçon qu'il donne à plusieurs d'entre nous sur l'usage de la langue française. Et si l'occasion nous est donnée de vous proposer comme récipiendaire, par exemple, d'un diplôme d'honneur du bon parler français, c'est avec plaisir que nous le ferons.

M. GOLDBLOOM: Très aimable!

M. LE PRESIDENT: Poste budgétaire 2, article 2 adopté.

UNE V O I X : Il faudrait le recommander au ministre des Affaires culturelles.

M. LE PRESIDENT: Avec plaisir. Non, non, ce n'est pas un cadeau de Grecs. Nous passons maintenant aux postes budgétaires 8, 13 et 19 qui demeuraient en suspens et que nous pourrons étudier dans l'ensemble, si tout le monde est d'accord. Les postes 8, 13 et 19.

M. GOLDBLOOM: C'était convenu ainsi, M. le Président.

M. LE PRESIDENT: Ce sont les trois postes budgétaires...

M. GOLDBLOOM: Nous les adopterons en bloc à la fin. J'aimerais commencer par une question d'ordre général. Dans la construction des hôpitaux — je parle particulièrement de l'année qui vient de se terminer — est-ce que l'on procède toujours par soumissions publiques ou est-ce qu'il y a des contrats pour la construction ou l'agrandissement ou l'équipement d'un hôpital qui sont accordés sur la base de ce que l'on appelle en anglais « cost plus »?

M. CLOUTIER: La politique générale du ministère que les corporations hospitalières suivent, c'est la politique de soumissions publiques. Il arrive toutefois, pour des raisons bien particulières et bien spéciales et cela s'est produit à deux reprises au cours du dernier exercice financier 68/69, qu'il y ait eu deux projets qui aient été acceptés d'abord par les corporations hospitalières et ensuite par le ministère de la Santé par ce processus appelé le coût « cost plus », en régie.

M. HOUDE: M. le Président, quand le ministère de la Santé donne à une corporation le pouvoir de faire les travaux nécessaires pour l'implantation d'un hôpital dans un quartier don-

né ou dans une ville donnée — je fais allusion par exemple à un hôpital comme celui de Laval, vous me voyez venir — je voudrais savoir si cette corporation a en vertu de la loi le privilège ou la possibilité d'exproprier — parce que cela existe.

M. CLOUTIER: Nos officiers nous informent, M. le Président, que les corporations hospitalières n'ont pas le pouvoir d'expropriation.

M. HOUDE: Ils ne l'ont pas.

M. CLOUTIER: Je vois les notaires qui font un signe d'approbation.

M. HOUDE: Ils font un signe d'approbation, oui, peut-être.

M. CLOUTIER: A la réponse que je donne.

M. HOUDE: Moi, je ne suis pas notaire, mais simple contribuable à Laval. Je me demande si cela ne mériterait pas une étude — peut-être, Je ne sais pas si cela a été fait, si ces corporations, qui ne sont quand même pas en nombre illimité car il n'arrive pas tous les deux jours qu'une corporation soit créée dans le but de construire un vaste complexe dans le domaine de la santé, si ce ne serait pas une chose à étudier et à accorder, éventuellement à la corporation elle-même ou au ministère, ce pouvoir d'exproprier. Si je prends l'exemple de Laval, vous avez autorisé la fonction d'une corporation. On a bien sûr acheté un vaste terrain pour la construction de ce futur hôpital et, si mes informations sont exactes, ce terrain aurait coûté autour de $400,000.

Si, encore une fois, mes informations sont exactes, on me dit que si on avait procédé, si la corporation avait eu justement ce pouvoir à ce moment-là d'exproprier, eh bien, le même terrain aurait peut-être coûté $200,000. Donc, une économie de $200,000 sur tout simplement l'achat d'un terrain. Alors, c'est ce que je voulais enfin suggérer. Remarquez, loin de moi la pensée d'être un expert en expropriation, mais c'est une question qui m'avait été posée. On m'a demandé de la poser.

M. CLOUTIER: Je ne sais pas. Si la corporation hospitalière avait eu un pouvoir d'expropriation, le député dit que peut-être elle aurait pu acquérir à moitié prix le terrain. Disons que cela reste dans le domaine des possibilités. Mais nous, nous sommes assurés quand même, avant de donner l'autorisation, que le prix payé par la corporation était raisonnable et correspondait au prix normal du marché pour ce territoire.

M. HOUDE: M. le Ministre, sur le même sujet, toujours en fonction de l'hôpital de Laval, je veux savoir si un montant est prévu au cours de l'année qui commence avec ce budget pour cet hôpital de Laval.

M. C L O U T I E R : Il n'y a pas de prévisions spécifiques inscrites dans les budgets pour les constructions d'hôpitaux. Bien que nous ayons un montant de $5 millions, il est entendu que ce montant ne correspond pas au coût des investissements que nous faisons dans le domaine de la santé. Farce que nous bâtissons en moyenne pour $50 millions par année, alors les sommes ne sont pas prévues spécifiquement au budget d'immobilisation, parce que nous immobilisons avec des emprunts par obligations. La corporation hospitalière de Laval ira sur le marché des obligations pour financer sa construction d'hôpital. Donc, il n'est pas nécessaire d'inscrire dans le budget du ministère de la Santé les sommes requises pour la construction de l'hôpital Laval puisque les sommes requises seront fournies d'abord par des emprunts bancaires en attendant l'émission d'obligations, et ensuite par l'émission d'obligations qui remboursera les emprunts bancaires.

M. HOUDE: Est-ce que le ministre peut me dire si les plans et devis de cet hôpital sont déjà rendus...

M. CLOUTIER: Actuellement, la programmation est en discussion entre la corporation de l'hôpital, les professionnels de l'hôpital et les services techniques du ministère de la Santé.

M. HOUDE: Est-ce que le ministre peut donner une idée de la date du commencement des travaux de ce futur complexe?

M. CLOUTIER: Oui, je crois qu'il sera mathématiquement impossible que la construction de l'hôpital débute à l'automne, l'excavation sera probablement possible avant l'hiver; mais la structure ne pourra être érigée qu'au printemps prochain, en 1970.

M. HOUDE: Merci.

M. PEARSON: Est-ce que le ministre pourrait me dire s'il y a une espèce de planification au ministère de la Santé quant à l'utilisation des différents hôpitaux? Par exemple, il est normal

que chaque hôpital tente de donner tous les services: cancer, maladies de coeur, ce qui fait qu'à un certain moment, chaque hôpital voudrait avoir un équipement très dispendieux. Est-ce qu'il y a une planification qui se fait tranquillement comme dans la région de Montréal pour tenter de spécialiser certains hôpitaux pour éviter que ces équipements très dispendieux soient répartis à peu près dans tous les hôpitaux? Et certains autres hôpitaux pourraient servir de réservoirs. C'est sur recommandation de certains plus petits hôpitaux que des gens iraient dans un grand hôpital spécialisé soit pour le cancer, soit pour le coeur, soit pour une autre spécialité ou une autre maladie quelconque.

M. CLOUTIER: Toutes les demandes pour construction d'hôpitaux, rénovation d'hôpitaux sont adressées au ministère de la Santé, elles sont dirigées vers nos services techniques. J'ai, à côté de moi. M. Langlois, qui est le directeur du service technique du ministère de la Santé. Il y a dans son équipe des ingénieurs, des architectes, il y a même un architecte-médecin dans son équipe, alors tous les spécialistes de ce service technique tiennent compte non seulement du projet spécifique lui-même, mais tiennent compte aussi des institutions hospitalières qui sont à proximité ou dans le territoire donné, et qui sont appelées à contribuer dans le domaine de la santé. De sorte que, quand nous étudions la construction ou la rénovation d'un hôpital, nous ne pouvons pas le faire en vase clos, en ce sens que nous tenons compte aussi des institutions qui existent alentour.

Et je pourrais donner un exemple. Durant la dernière année, les projets sur lesquels on a attiré mon attention, entre autres sont bien révélateurs de ce problème de planification, de ce problème de discussion en groupe. Il y a le problème de l'hôpital de Rosemont et de celui de Maisonneuve, ce sont des exemples d'hôpitaux qui sont à proximité et qui doivent collaborer l'un et l'autre au développement d'une politique de soins, d'équipement et d'équipement rationnel.

Nous pourrions mentionner également l'Hôtel-Dieu de Montréal avec l'hôpital Saint- Jeanne-d'Arc; ici à Québec, l'hôpital lavai avec le centre hospitalier universitaire Sainte-Foy. Ce sont tous des exemples. Nous ne pouvons pas dissocier une étude importante d'un projet hospitalier, sans qu'au ministère, sans qu'à nos services, nous ayons une vue d'ensemble, d'abord du territoire donné dans lequel cette institution existe et donne des soins et aussi à l'échelon provincial.

Alors, la planification se fait à nos services techniques du ministère de la Santé, là où nous avons tous les professionnels, non seulement des services techniques, mais aussi des normes et de l'équipement.

M. PEARSON: Oui. Mais disons que ce n'est pas rendu au point où vous pourriez nous dire, actuellement, que vous envisageriez de fournir... disons un peu comme l'Institut de cardiologie à Montréal, qui a à peu près tout l'équipement voulu au point de vue des maladies du coeur, soit l'hôpital Notre-Dame ou un autre hôpital, soit pour le cancer ou autre chose du genre. A ce moment-là, cela veut dire que le ministère, quand il reçoit les demandes de l'hôpital Notre-Dame qui se spécialise un peu dans le cancer, doit sûrement avoir un oeil beaucoup plus favorable que si c'était l'hôpital Notre-Dame-de-1'Espérance ou un autre petit hôpital.

M. CLOUTIER: C'est exact. Les hôpitaux que nous appelons les hôpitaux de degré universitaire, si vous voulez, affiliés à l'université, où il se fait de l'enseignement et de la recherche, nous les dirigeons vers une vocation d'excellence particulière. L'Institut de cardiologie de Montréal étant une institution spécialisée, c'est dans cette optique que nous allons discuter avec l'Institut de cardiologie des programmes d'expansion. Actuellement il y a sur notre table de travail, aux services techniques, un projet dont j'ai pris connaissance dimanche dernier, un projet d'expansion important pour l'Institut de cardiologie de Montréal. On connaît les vocations d'excellence des hôpitaux de Montréal. On connaît aussi la vocation spéciale des hôpitaux de Québec. De Montréal, il me suffirait de mentionner l'hôpital Sainte-Justine qui, dans le domaine de la pédiatrie évidemment est l'hôpital d'excellence dans le Québec. Nous n'avons pas l'équivalent à Québec, quoique nous voulons faire en sorte qu'un hôpital de Québec, probablement de Centre hospitalier universitaire de Sainte-Foy, développe lui aussi du côté de la pédiatrie, une vocation d'excellence.

Il y a l'hôpital de Rosemont, qui est reconnu comme un hôpital pour le traitement des maladies du poumon; vous avez l'équivalent à Québec, qui est l'hôpital Laval. Vous avez l'hôpital Notre-Dame qui, du côté du cancer, est l'équivalent de l'Hôtel- Dieu de Québec qui lui aussi, du côté du cancer est un hôpital d'excellence.

Je pourrais prendre, évidemment, tous les hôpitaux majeurs reliés très étroitement à l'uni-

versité par l'enseignement et la recherche et mettre en relief, justement, cette vocation d'excellence qui fait, qui permet, autant que possible, qu'il n'y ait pas de duplication dans l'équipement et qu'autour d'un centre hospitalier qui a une vocation précise se forme une équipe, une équipe spécialisée elle aussi, sans négliger l'aspect général de l'hôpital. Il ne faut pas oublier que l'hôpital existe d'abord pour les malades et pour donner des traitements aux malades. Alors, il faut nécessairement qu'il y ait une base générale et ensuite cette spécialisation qui distingue cette institution d'une autre. C'est au ministère que nous dirigeons davantage les hôpitaux vers cette vocation particulière qui est la leur afin d'éviter ce gaspillage d'énergie et cette duplication d'équipement.

M. LE PRESIDENT: Le député de Taillon.

M. LEDUC (Taillon): M. le Président, j'aimerais dire au ministre qu'il est sûrement au courant qu'il existe à Greenfield Park, sur la rive sud de Montréal, un hôpital qui s'appelle l'hôpital Charles-Lemoyne. Cet hôpital a été complété en 1964 ou 1965, à peu près à cette date. Il y a un certain nombre de chambres qui ont été équipées. Il y a mi autre nombre de chambres qui ne semblent pas, d'après ce qu'on me dit, avoir de lits encore.

En plus de cela, il semble qu'il y a certains services, à l'intérieur de l'hôpital, par exemple le service d'oto-rhino-laryngologie qui fonctionne actuellement, mais avec de l'équipement qui appartient aux médecins qui sont attachés à cet hôpital et non pas de l'équipement qui appartient à l'hôpital comme tel.

Est-ce que le ministre pourrait nous dire le pourquoi du retard apporté à compléter l'équipement à l'hôpital Charles-Lemoyne et à quel moment il prévoit que ce problème sera réglé?

M. CLOUTIER: Actuellement, on sait qu'il y a une enquête spéciale qui se fait dans cet hôpital sur l'aspect administratif et l'aspect médical. Nous aurons incessamment — quand je dis incessamment, cela veut dire dans cinq ou six semaines, je crois — le rapport final de l'enquête qui se poursuit depuis quelques mois.

Il y a eu des difficultés d'aménagement de cet hôpital et d'ouverture de certains services pour différentes raisons qui ont été mentionnées au cours de l'enquête et sur lesquelles je ne veux pas revenir en détail parce qu'il y a eu de longs témoignages. Les officiers de l'administration, les employés de l'hôpital et les fonctionnaires du ministère de la Santé sont allés à tour de rôle devant la commission expliquer quels étaient les problèmes et ainsi de suite.

Nous avons pris les dispositions tenant compte des difficultés de recrutement de personnel parce qu'à certains moments, ça été une objection majeure, ça été une difficulté majeure a résoudre dans la mise en place de cet hôpital. Maintenant je crois pouvoir dire que les difficultés vont se résoudre et que l'hôpital Charles-Lemoyne, dans quelques mois, pourra fonctionner normalement. J'espère que cette enquête, qui ne poursuivait pas un objectif de punition ou un objectif de recherche des défauts ou lacunes pour le plaisir de la chose, cette enquête avait pour but d'améliorer cet hôpital qu'on a constaté être aux prises avec des difficultés particulières. C'était le but de l'enquête de trouver ce qui ne fonctionne pas et, à la lumière des recommandations de la commission, de trouver des mécanismes qui pourront s'appliquer de façon générale dans nos hôpitaux.

M. LEDUC (Taillon): D'accord, disons que je ne veux pas discuter de l'enquête. Je suis d'accord avec le ministre, je pense qu'on va éviter ça.

L'enquête a commencé il y a quelques mois...

M. CLOUTIER: L'automne dernier.

M. LEDUC (Taillon): Elle a commencé en septembre, octobre ou à peu près à cette période-là. Enfin, peu importe! L'hôpital est déjà en fonctionnement depuis un bon bout de temps. Même s'il y a une enquête en marche actuellement, est-ce que le ministre ne serait pas d'accord pour essayer de compléter l'équipement? Même si on trouve avec l'enquête que c'est la faute de telle et telle chose, ça ne remplit pas pendant ce temps-là les chambres, ça ne donne pas les lits ni les services dont on a besoin. C'est le seul hôpital qui est situé sur la rive sud, le seul hôpital général qui peut donner le service dont la population de la rive sud a besoin. On est placé assez souvent dans des situations où on est obligé de transporter des gens à d'autres hôpitaux qui sont situés dans la région de Montréal à cause du manque de lits. J'imagine qu'il serait peut-être possible de compléter le nombre de lits qui peuvent être utilisés dans cet hôpital sans nécessairement attendre le résultat de l'enquête. Cela ne changera en rien le résultat de l'enquête. Qu'il y ait 200 ou 375 lits, s'il en manque 10 ou 100, peu importe le nombre qui manque, qu'on complète ces lits-là même s'il y a des difficultés avec le personnel. Parce qu'enfin peu importe la responsabilité...

M. CLOUTIER: Si j'ai laissé entendre par mes remarques précédentes que nous attentions la fin de l'enquête pour ouvrir les services, ce n'est pas le cas. Au fur et à mesure de l'enquête, nous avons pris toutes les dispositions et nos services sont sensibilisés. Nous en avons fait une priorité au ministère. Mon désir, à ce moment-ci, c'est que l'hôpital fonctionne normalement le plus tôt possible. Le ministère a pris toutes les dispositions nécessaires, tenant compte évidemment de tous les autres mécanismes de gestion centrale, tels que « ministère des Travaux publics », parce que c'est un hôpital qui appartient au gouvernement; le service des achats et tous les autres mécanismes. Tenant compte de ça, nous voulons que les services ouvrent le plus tôt possible et soient équipés le mieux possible pour le fonctionnement de l'hôpital.

M. LE PRESIDENT: Le député de Richmond.

M. LAFRANCE: M. le Président, je sais que le ministre a déjà prévu ma question qui est devenue presque traditionnelle, depuis une dizaine d'années, à un tel point que les journaux locaux, en particulier un hebdomadaire de la ville d'Asbestos et la Tribune de Sherbrooke — en particulier l'hebdomadaire — chaque semaine publie en première page: L'hôpital de Saint-Luc d'Asbestos, est-ce un mythe ou une réalité?

M. le Président, le ministre sait que, depuis une dizaine d'années au moins, se sont succédé les engagements, des prises de position, des arrêtés en conseil, des voeux pieux au sujet de l'hôpital d'Asbestos et nous en sommes rendus à un point où l'hôpital est dans une situation vraiment tragique. L'hôpital actuel, qui a d'ailleurs déjà été considéré presque comme un taudis par les officiers du ministère de la Santé, est presque à proximité d'une mine d'amiante.

Il est entouré de rocs où chaque jour, se font entendre les explosions. Il est submergé de poussière d'amiante. La compagnie, d'ailleurs, en a fait part au ministre. Je connais les bonnes intentions du ministre. Mais les bonnes intentions, cela fait longtemps que nous nous en nourrissons. Nous voudrions bien avoir de bonnes actions. Alors, est-ce que le ministre pourrait nous dire, aujourd'hui, où nous en sommes rendus enfin avec l'hôpital d'Asbestos?

M. CLOUTIER: Le député de Richmond a assisté assidûment à toutes nos séances de la commission parlementaire de la Santé; cela vaut la peine qu'au terme de ces travaux je lui donne une excellente nouvelle pour le féliciter de son assiduité...

M. LAFRANCE: Encore...

M. CLOUTIER: Non, je lui donne une excellente nouvelle appuyée sur des chiffres. Je dirai d'abord que la lettre d'autorisation pour aller aux plans et devis est prête...

M. LAFRANCE: Ce n'est pas la première fois.

M. CLOUTIER: Non, non, elle est prête. Cela suppose qu'on s'est entendu sur un programme.

M. LAFRANCE: J'espère que ce n'est pas une promesse électorale.

M. CLOUTIER: Le député pourra prendre à témoin les distingués de cette commission parlementaire. Cela suppose qu'on s'est entendu sur un programme et sur les esquisses. Et on donne maintenant l'autorisation d'aller aux plans. Ce qui veut dire que, si les professionnels travaillent avec célérité, en septembre les soumissions pourront être demandées pour la construction de l'hôpital. Cela veut dire que l'hôpital d'Asbestos sera en chantier avant l'hiver 1969. C'est un hôpital, et j'ai eu l'occasion de l'expliquer au député de Richmond, nous avons eu deux rencontres dont je me souviens particulièrement...

M. LAFRANCE: Au moins deux...

M. CLOUTIER: Au moins deux sur ce sujet et nous nous sommes entendus. A ce moment-là, je lui ai indiqué quel serait probable ment le programme de construction, quelle serait l'envergure, quels seraient les services accordés. Je suis en mesure de lui répéter aujourd'hui que c'est un hôpital de 45 lits, un hôpital qui aura environ 30 mille pieds carrés de plancher et qui donnera tous les services, sauf — et le député le sait, et il sait pourquoi aussi — sauf la chirurgie majeure. C'est un bon hôpital qui va répondre aux besoins de la population d'Asbestos et de la r é g i o n . Il y aura les cliniques d'ur g e n c e . Il y aura la chirurgie mineure, l'obstétrique, la pouponnière et les cliniques externes. Je crois que cela répondra aux besoins de la population d'Asbestos.

M. LAFRANCE: Alors, le seul commentaire que je puisse faire, en ce moment, est de dire: Ainsi soit-il.

M. LE PRESIDENT: Le député de Jacques-Cartier.

M. FRASER: M. le Ministre, est-ce que je peux vous demander s'il y a des nouvelles pour Huntingdon?

M. CLOUTIER: Je n'ai pas de nouvelles aussi précises, aujourd'hui, dans le cas de l'hôpital de Huntingdon que dans celui d'Asbestos.

M. FRASER: Les dernières nouvelles que vous m'avez données, c'était dans les plans de...

M. CLOUTIER: Oui, c'est à l'état de projet. Mais je ne peux pas donner aujourd'hui le programme définitif auquel nous sommes à travailler. Dans le cas d'Asbestos, je l'ai donné, parce qu'il est terminé.

M. FRASER: C'est le tour du député de Richmond...

M. CLOUTIER: Il y a de quoi...

M. LE PRESIDENT: Le député de Jacques-Cartier.

M. SAINT-GERMAIN: Au sujet de l'hôpital Saint-Joseph de Lachine, est-ce que les plans pour la rénovation du bloc opératoire ont été acceptés?

M. CLOUTIER: Le directeur des services techniques m'informe que les autorisations d'engager des professionnels ont été accordées. Les plans de la salle d'opération sont faits.

M, SAINT-GERMAIN: Est-ce que cela sera financé par obligations ou si...

M, CLOUTIER: Non, ce sera financé à même le budget. Quand ce sont les projets de rénovation, des projets moins importants par les chiffres, par le budget impliqué, on les finance à même le poste budgétaire 19, ces immobilisations.

M. SAINT-GERMAIN: Alors vous avez au poste budgétaire 19, en ce moment, des sommes prévues en vue de ces rénovations?

M. CLOUTIER: Oui, environ $5 millions.

M. SAINT-GERMAIN: Quand vous parlez des professionnels qui ont été engagés, vous parlez des architectes...

M. CLOUTIER: Des architectes et des ingénieurs.

M. LAFRANCE: Il n'y a pas d'optométriste.

M. HOUDE: Ne me dites pas que vous avez encore oublié cela.

M. PEARSON: M. le Ministre, juste une petite question au sujet de l'hôpital Notre-Dame-de-1'Espérance à ville Saint-Laurent, il y a eu deux arrêtés en conseil pour agrandir l'hôpital Notre-Dame-de-1'Espérance et depuis ce temps-là la population n'entend pas parler de grand-chose. Est-ce que vous auriez à portée de la main ce qui se passe au juste et où en est-on rendu?

M. CLOUTIER: Les esquisses finales ont été approuvées la semaine dernière. A partir de ce moment-là, c'est l'étape des plans et devis.

M. LE PRESIDENT: Le député de Gaspé-Sud.

M. FORTIER: J'ai deux questions à poser au ministre. Est-ce qu'il pourrait me dire où en sont rendus les plans pour la construction de l'Hôtel-Dieu de Gaspé? Est-ce que les plans sont terminés?

M. CLOUTIER: Les plans finaux sont à la veille d'être terminés pour aller en soumissions.

M. FORTIER: Pour aller en soumissions. Deuxième question, j'ai reçu de la visite de gens de Chandler ce matin. Nous avons rencontré le ministre des Travaux publics qui m'a dit qu'il y avait également le projet de l'hôpital de Chandler. Il y a des ministres qui étaient au courant de la construction de l'hôpital de Chandler, un projet qui a été transféré au ministère des Travaux publics. Est-ce que ce projet-là, le ministre est au courant et est-ce que ce projet est approuvé par le ministère de la Santé?

M. CLOUTIER: Le premier projet qui a été soumis représentait une construction nouvelle et nous nous sommes entendus. Je crois que cela a été le consensus unanime ce matin, après la rencontre avec le ministre des Travaux publics, qu'il y ait une addition, ce qui répondra aussi aux besoins de Chandler et de la région sera beaucoup plus économique.

M. FORTIER: De toute façon, ce projet sera autorisé par le ministère de la Santé.

M. CLOUTIER: Ce sera la solution.

M. LE PRESIDENT: Le député de Deux-Montagnes.

M. BINETTE: M. le Président, concernant l'hôpital général de Saint-Eustache, je sais que, depuis quelques années, les autorités de l'hôpital ont fait une demande d'agrandissement. Je me demande si le ministère a l'intention d'étudier cette demande et d'y accéder surtout. Où en sont rendues les études dans ce projet?

M. C L O U T I E R : Il y a eu des améliorations de service à l'hôpital de Saint-Eustache, entre autres le bloc opératoire. Mais actuellement, nous ne pouvons pas donner de réponse définitive. Des études se poursuivent au ministère à savoir quelles seraient les transformations possibles à l'hôpital de Saint-Eustache et nos officiers sont saisis du projet et aussitôt que possible nous pourrons donner une réponse.

M. BINETTE: Aussitôt que possible, je comprends que c'est une réponse qui peut être très satisfaisante si cela vient dans un an ou deux; mais si cela vient dans cinq ans, ce sera moins satisfaisant parce que nous savons qu'actuellement, à l'hôpital général de Saint-Eustache, il y a 15 lits dans la pouponnière et que l'an dernier les statistiques donnent 700 accouchements, alors que dans l'hôpital d'Arthabaska, par exemple, il y a 32 lits à la pouponnière et ils ont eu 900 accouchements.

Je sais également qu'il arrive parfois que la pouponnière est débordée et que l'on met des bébés dans les tiroirs de bureau. On se sert de tiroirs pour que l'enfant ne tombe pas. Alors, je considère que la situation commence à devenir un peu plus urgente. Cela fait deux ou trois ans que je pose cette question et j'ai toujours eu la même réponse. J'aimerais que l'on étudie sérieusement cette demande. On sait que, dans la salle d'urgence, il y a eu 24,000 cas qui ont passé l'an dernier alors qu'à Lachute, par exemple, il n'y en a eu que 12,000 pour un hôpital de même capacité ou à peu près.

Au point de vue de la chirurgie, il y a eu au-delà de 2,500 interventions chirurgicales et c'est un petit hôpital de 100 lits. On a fait des études démographiques avec l'arrivée et l'implantation de General Motors. Je ne connais pas le résultat des études, mais je présume que cette implantation de General Motors à Sainte-Thérèse-Ouest — il y a eu plusieurs familles qui se sont établies à Saint-Eustache pour aller travailler là — cela a augmenté la population locale. Et quand on connaît et quand on sait que l'aéroport international serait implanté dans la région d'Argenteuil-Deux-Montagnes et que les villes avoisinantes devront donner les services appropriés à la population qui va se déverser vers ces régions, je considère que la situation devient de plus en plus urgente. Je sais que vous avez des demandes en nombre considérable, je comprends qu'avec la nouvelle de l'implantation de l'aéroport à Sainte-Scholastique, il devient plus urgent de penser à l'agrandissement de l'hôpital général de Saint-Eustache.

Il y a déjà l'hôpital de Saint-Jérôme dans la région, l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, il y a l'hôpital de Lachute, l'hôpital de Saint-Eustache qui est un petit hôpital aussi, il y a l'hôpital de Laval qui s'en vient. A Saint-Eustache même, à cause des chiffres que je viens de vous citer, à cause des projections démographiques qui s'annoncent assez considérables dans les quelque dix à quinze ans qui viennent et dans les prochaines années même, je considère que la situation devient urgente dans la région et que l'on devrait étudier les possibilités d'agrandissement de l'hôpital général de Saint-Eustache en tenant compte évidemment de ce développement qui s'en vient dans la région, en plus de General Motors, de l'implantation de l'aéroport international où il y aura un parc, comme on le sait, de 45 milles carrés de territoire, qui sera employé spécifiquement pour de l'implantation industrielle autour du coeur même de l'aéroport qui n'aura que de quinze à vingt milles de territoire.

Tout cela fait que, actuellement, j'insiste auprès du ministre pour que les études se poursuivent d'une façon accélérée afin de ne pas être pris à la dernière minute avec une augmentation démographique considérable et qu'on n'ait pas les services à donner aux personnes qui viendront s'établir dans ces régions.

M. CLOUTIER: Le député peut être assuré que nous apporterons autant d'attention à l'étude du projet de l'hôpital de Saint-Eustache dans son comté que tous autres projets hospitaliers. Nous tiendrons compte également de l'impact causé par l'annonce de l'érection de l'aéroport de Sainte-Scholastique. Il y a certains projets hospitaliers que nous avons dû rayer justement en attendant cette décision de l'emplacement de l'aéroport. Saint-Eustache, disons que dans la planification, nous ne tiendrons pas seulement compte de cette possibilité, mais aussi de l'aménagement régional. Nous tiendrons compte également des autres projets hospitaliers dont a parlé le député tantôt. Nous construisons à Laval. Nous avons un projet important pour Saint-J é r ô m e . Il y a Cartierville qui est à l'étude au ministère, il y a un projet sérieux aussi. Nous tiendrons compte que l'hôpital de Saint-Eustache devra lui aussi être bien équipé pour répondre aux besoins de la population. C'est dans cette optique que nous allons étudier son projet.

Nos officiers, cet après-midi, ont entendu l'échange d'opinions que nous avons fait 3. ce sujet et nous apporterons toute l'attention voulue à. la réalisation de ce projet.

M. BINETTE: Est-ce que, lorsqu'il est question de projeter un agrandissement d'hôpital comme celui-là, par exemple, le ministère communique nécessairement avec le ministère des Affaires municipales et où celui qui s'occupe de l'aménagement du territoire...

M. CLOUTIER: On sait que, dans le cas de Saint-Eustache, il ne s'agit pas d'implanter un nouvel hôpital.

M. BINETTE: Il s'agit d'agrandir.

M. CLOUTIER: II s'agit d'agrandir. A ce moment-là, la question de la localisation ne se pose pas. La question qui se pose, c'est de quelle envergure doit être la rénovation, ou l'amélioration ou l'agrandissement? A quels besoins faut-il répondre du point de vue de services?

Quelle est la population projetée? Quelles sont les projections de population? Nous tiendrons compte de tous ces éléments pour les statistiques démographiques. D'ailleurs, nous sommes équipés au ministère de la Santé, par notre service de démographie pour aussi être en possession de données dans le domaine de la démographie.

M. BINETTE: Maintenant, un autre détail peut-être sur la question de Saint-Eustache, l'Hôpital Général de Saint-Eustache, sur les services externes. Nous savons qu'actuellement, et je l'ai dit tantôt qu'il y avait eu 24,000 personnes qui étaient passées. Les salles d'attente ne répondent plus aux besoins et les patients attendent dans les corridors. De plus, nous savons qu'il y a un lot de filières qui sont également répandues dans les corridors ce qui, au point de vue de la sécurité, advenant le cas d'une urgence, d'un feu, pourrait nuire à l'évacuation de l'hôpital. Cela est un autre point qu'il faut considérer et je crois que le Dr Gélinas est très au courant de la situation parce qu'il y est allé à plusieurs reprises. Je ne doute pas que le sous-ministre et son ministre pourront, sans doute avec les officiers du ministère, voir à régler le problème de Saint-Eustache qui est actuellement le plus urgent et qui le deviendra de plus en plus au fur et à mesure que les années vont passer avec l'expansion qui s'en vient dans le coin.

Alors, je remercie le ministre pour les informations qu'il m'a fournies. Maintenant j'espère et je souhaite ardemment que ces études soient accélérées et qu'on y voie au plus tôt.

M. LE PRESIDENT: Le député de Charlevoix.

M. MAILLOUX: Relativement à l'hôpital de Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul, non pas pour la partie psychiatrique mais pour la partie dont on vient de terminer les réparations, le ministre voudrait-il me dire quels seront les services qui seront assurés à la population qui gravite autour de ce centre? Quels sont les services que le ministère de la Santé organisera?

M. CLOUTIER: Les services d'un bon hôpital régional.

M. MAILLOUX: Obstétrique, chronique.

M. CLOUTIER: Oui, dans un hôpital régional qui dessert la région de Baie-Saint-Paul.

M. MAILLOUX: D'accord. Disons que la réponse me satisfait. Est-ce que, relativement à l'hôpital de la Malbaie, il y a des améliorations qui sont à apporter à cet hôpital, suite aux demandes faites?

M. CLOUTIER: En ce qui concerne ce projet, le ministre d'Etat à la Santé a pris un engagement d'aller le visiter aussitôt que les crédits seront terminés et que les travaux de la session nous le permettront.

M. DEMERS: Maintenant, je voudrais faire quelque chose qui est un peu inusité. Je voudrais remercier d'avoir obtenu un hôpital avec le service que vous avez établi chez nous. Cela nous permettra d'abord de jouir des bienfaits d'un hôpital de 250 lits et nous pourrons affecter l'hôpital Sainte-Thérèse au traitement des maladies chroniques.

Je tiens à souligner ce geste positif qui a été fait dans ce sens très profond.

M. HARVEY: Est-ce qu'on pourrait savoir si la construction de votre hôpital est commencée?

M. DEMERS: Elle est presque terminée.

M. HOUDE: Un hôpital pour les personnes ou...

M. DE MERS: J'en aurai d'autres pour vous.

M. HOUDE: Ah bon!

M. CLOUTIER: Je remercie le député de Saint-Maurice de l'intérêt qu'il a apporté à la réalisation de ce projet d'hôpital dans son comté.

M. LE PRESIDENT: Le député de Jonquière.

M. HARVEY: L'autre jour, au cours de la discussion, on nous a informés que l'Hôtel-Dieu Saint-vallier de Chicoutimi deviendrait d'ici quelques années un centre pour malades chroniques; 400 des 630 lits disponibles deviendraient des lits pour malades chroniques.

On sait très bien que l'Université du Québec ouvre en septembre sa section à Chicoutimi et, après avoir pris des informations, on me dit que les 400 lits ne seront pas disponibles avant 1975.

C'est bien vrai, il faut tout de même donner le temps à cet embryon d'université qui commence en septembre d'établir une faculté de médecine. Ce n'est que vers 1975 que la région pourra compter réellement sur ces 400 lits pour malades chroniques.

Actuellement, dans les hôpitaux en construction ou encore là où des projets sont envisagés, il y a en construction l'hôpital de la Baie-des - Ha!Ha! où 80 lits pour malades chroniques sont prévus. Dolbeau: 12. Alma: 0. Et le ministre m'informait hier qu'à Jonquière la demande de soumissions aurait lieu à l'automne.

Je ne parle pas des hôpitaux existants. On sait que les soumissions pour Jonquière seront demandées à l'automne, et pour parer à l'urgence, les officiers du ministère de la Santé ont terminé une étude en vue d'un centre régional de malades chroniques à Jonquière. Cette étude a dû être mise de côté en fonction justement de la décision de créer l'Université du Québec à Chicoutimi. On sait que 400 lits seront réservés aux malades chroniques, ce qui constituera un hôpital régional pour malades chroniques.

N'y aurait-il pas lieu — étant donné que les plans et devis en sont au stade préliminaire dans la construction de l'agrandissement et dans l'intégration des services sociaux et des cliniques externes à Jonquière — de prévoir pour une population ouvrière qui comprend les comtés de Dubuc, Chicoutimi et Jonquière-Kénogami une aile pour 25 à 50 malades chroniques dans les plans présentement en préparation pour l'hôpital de Jonquière?

Je m'explique. Il n'y a pas une journée où les médecins, députés ou familles ne sont pas aux prises avec un malade chronique à placer. On doit, depuis quelques années, attendre les décès avant de pouvoir en placer un parmi les centaines et les centaines de malades chroniques qui sont sur les listes d'attente. Je me demande si le ministre, avec ses officiers, ne pourrait pas revoir la possibilité d'une aile pour malades chroniques d'un nombre limité pour éviter cette situation en attendant que les 400 lits pour malades chroniques de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier deviennent disponibles lorsque la nouvelle corporation de Chicoutimi aura fait tout le nécessaire pour construire l'hôpital universitaire.

M. CLOUTIER: C'est une possibilité que nous étudierons dans le projet de Jonquière.

M. HARVEY: Je remercie le ministre de sa réponse.

Tout à l'heure, le député de D'Arcy-McGee demandait au ministre s'il était de l'habitude du ministère d'accorder pour l'agrandissement ou la construction d'hôpitaux, ce que nous appelons en anglais des contrats à « cost plus »; la réponse du ministre a été qu'il suivait une politique générale de demandes de soumissions et qu'à de rares exceptions — il me semble que vous ayez mentionné deux cas seulement, l'an dernier — on a dû procéder à des agrandissements...

M. CLOUTIER: Deux constructions.

M. HARVEY: Est-ce que nous pourrions avoir le nom de ces constructions?

M. CLOUTIER: Blanc-Sablon et Saint-François d'Assise.

M. HARVEY: Blanc-Sablon et Saint-François d'Assise. Est-ce que dans tous les autres cas le ministère a accordé les contrats au plus bas soumissionnaire?

M. CLOUTIER: Est-ce que le député parle de la construction d'hôpitaux?

M. HARVEY: Construction ou agrandissement.

M. CLOUTIER: Généralement, le contrat était accordé au plus bas soumissionnaire conforme aux normes ou conforme aux spécifications sauf dans le cas d'Alma où le contrat aurait été accordé au deuxième plus bas soumissionnaire.

M. HARVEY: Aurait été accordé au deuxième plus bas soumissionnaire.

M. CLOUTIER: Oui.

M. HARVEY: Est-ce que le ministre pourrait me dire si l'agrandissement à l'hôpital de Dolbeau est commencé?

M. BOIV1N: C'est rendu, je pense, à la deuxième esquisse.

M. HARVEY: Alors dans le cas de Dolbeau, ce serait la même réponse que pour Jonquière. Vous prévoyez demander des soumissions à l'automne.

M. BOIVENT: Parce que Jonquière est plus avancé que Dolbeau.

M. CLOUTIER: Jonquière est plus avancé que Dolbeau.

M. HARVEY: Est-ce que vous prévoyez, avant la fin de l'année fiscale...?

M. CLOUTIER: Dolbeau, ce n'est pas sûr, c'est moins sûr. Disons que si c'est possible, oui. On fera tout pour mettre en marche le chantier avant l'hiver parce qu'on sait que des travaux de construction dans la période d'hiver règlent beaucoup de problèmes du côté économique. La période de chômage étant accentuée, au ministère de la Famille et du Bien-Etre social, nous avons moins d'assistés sociaux, moins de chômeurs.

M. HARVEY: Est-ce que le ministre pourrait nous donner la raison qui a amené les officiers de son ministère à rejeter la soumission du plus bas soumissionnaire dans le cas de l'agrandissement de l'Hôtel-Dieu d'Alma, firme qui s'était vu accorder le contrat par le conseil d'administration de l'hôpital le 5 décembre et également par une autre résolution du 3 février, résolution qui confirmait celle du 5 décembre et qui n'avait pas été changée même si le ministre d'Etat à la Santé avait recommandé au conseil d'administration de revoir sa décision? Est-ce qu'on pourrait connaître les raisons majeures?

M. CLOUTIER: Oui. C'est l'expertise de nos officiers juridiques nos avocats au ministère, qui se sont basés sur les conditions de la charte, les spécifications de la charte de l'entreprise du plus bas soumissionnaire.

Effectivement, les avis juridiques de nos fonctionnaires ont indiqué que la charte du plus bas entrepreneur ne lui permettait pas de soumissionner pour cette entreprise.

M. HARVEY: Est-ce que le ministre, pour l'Information des membres de la commission, pourrait nous dire si son ministère a consulté les officiers du ministère de la Justice pour obtenir l'avis juridique qu'Aima Construction Ltée n'avait pas le pouvoir d'agir comme entrepreneur général?

M. CLOUTIER: Les conseillers juridiques du ministère de la Santé comme ceux de la Famille relèvent du ministère de la Justice même s'ils travaillent chez nous.

M. HARVEY: C'est-à-dire votre service juridique.

M. CLOUTIER: C'est justement ce à quoi je fais allusion. Le service juridique de tous les ministères relève du ministère de la Justice. Ils sont payés par le ministère de la Justice.

M. HARVEY: Dans ce cas-là, est-ce que le ministre est prêt à déposer l'avis qu'il a reçu du ministère de la Justice à l'effet que la charte d'Alma Construction ne contenait pas les pouvoirs d'agir comme entrepreneur général en construction?

M. CLOUTIER: C'est une opinion qui est faite par nos conseillers juridiques et je n'ai pas d'objection personnellement à déposer le document et à en faire parvenir une copie au député.

M. HARVEY: Je voudrais attirer l'attention du ministre sur un fait très précis. Sous la signature du sous-ministre de la Santé, le Dr. Jacques Gélinas, dans une longue lettre du 4 mars, établit que l'unique raison de ne pas accorder le contrat à la compagnie Alma Construction Limitée était que cette compagnie n'avait pas le pouvoir d'agir comme entrepreneur général en construction et que la charte de ladite compagnie, tout en lui donnant quantité de pouvoirs, ne lui donnait pas celui-là.

Le ministre a-t-il été mis au courant que les plus hautes autorités en droit de compagnies au Québec, autorités reconnues, ont été consultées et que l'avis a été donné qu'Aima Construction détenait et détient les pouvoirs d'agir comme entrepreneur général? Je demande au ministre s'il est au courant que l'entreprise privée comme la Cie de téléphone Bell, Aluminium Limitée du Canada, la Compagnie Price Brothers Limitée ont toujours et continuent même depuis la décision du ministère d'attribuer des contrats de très grande importance à la même firme qui a été rejetée à la suite d'une lettre, tout simple-

ment, du ministère lui informant que sa charte ne contenait pas les pouvoirs d'agir comme entrepreneur général en construction.

M. BOIVIN: Sa charte est une raison et je pense qu'il y a autre chose. Si vous continuez de lire la lettre vous allez trouver autre chose.

M. HARVEY: Je peux continuer...

M. BOIVIN: Dans la consultation des avocats, qui sera déposée à votre demande, vous verrez qu'il y a d'autres irrégularités.

M. HARVEY: A la demande du ministre d'Etat à la Santé, il me fait plaisir de donner lecture complète de la lettre: « Après une étude attentive des soumissions et une analyse du statut juridique de chaque corporation, selon la procédure habituellement suivie, nous en sommes arrivés & la conclusion, sur l'avis de nos conseillers juridiques, que la compagnie Aima Construction Limitée n'avait pas le pouvoir d'agir comme entrepreneur général en construction et que la charte de ladite compagnie, tout en lui donnant quantité de pouvoirs, ne lui donne pas celui-là.

Nous ne tenons pas compte des modifications que la compagnie a apportées à la formule de soumissions en refaisant la page 7 b, et en ajoutant les pages 7a, 7aa, puisque nous opinons à l'effet que ces modifications ne sont, en fait, que des additions et des précisions. Nous ignorons de plus le fait que la feuille d'annexe concernant le prix à la verge cube du roc excavé et transporté n'a pas été remplie, puisque les architectes du projet n'ont pas fait mention de cette irrégularité. Ajoutées aux considérations légales mentionnées plus haut, nous rappelons les recommandations des architectes du projet qui considèrent qu'à cause des modifications apportées à la formule de type de soumission par la compagnie Alma Construction Limitée, il serait préjudiciable à l'endroit des autres entrepreneurs généraux et à ceux à venir, d'accepter la soumission de la compagnie Alma Construction Limitée.

« En conséquence de toutes ces considérations, nous recommandons à la corporation de donner le contrat au deuxième plus bas soumissionnaire soit Roméo Fortin Inc., dont la soumission est plus élevée par 1%, mais conforme en tous points, respecte les procédures de soumissions et ne comporte aucune restriction d'ordre légal. Il y aurait lieu que vous suspendiez pour le moment l'octroi du sous-contrat en radiologie au montant $234,353.63 jusqu'à ce que l'approbation de cet équipement et des plans et devis ainsi que les soumissions relatives à ce sous-contrat aient été acceptés par le comité de radiologie du ministère de la Santé.

« Veuillez agréer, cher monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments. Jacques Gélinas, m.d., sous-ministre. »

Est-ce que le ministre est conscient qu'à très brève...

M. BOIVIN: Bien conscient.

M. HARVEY: ... échéance, d'ailleurs, que la firme Aima Construction a indiqué son intention de prendre une injonction et d'intenter des procédures judiciaires contre la corporation qui, à deux reprises, lui a accordé le contrat de construction de l'hôpital? De plus, si la compagnie Aima Construction n'a pas fait de demande d'injonction, est-ce que le ministre a été mis au courant que c'était tout simplement pour éviter que se concrétisent des avis verbaux qu'ils auraient reçus du ministre d'Etat à la Santé à l'effet que si on continuait à se chicaner dans le secteur, l'hôpital d'Alma ne serait pas agrandi au cours du présent exercice financier?

M. BOIVIN: C est vrai que j'ai rencontré le conseil d'administration de l'hôpital et on m'a dit que les professionnels du projet n'étaient pas d'accord pour accorder le contrat à Alma Construction.

Alors, je les ai mis en garde et leur ai dit: Etudiez votre affaire comme il faut parce que, si vous ne vous accordez pas avec les professionnels du projet, cela apportera toutes sortes de difficultés et cela pourra peut-être retarder la construction de votre hôpital.

J'admets les avoir rencontrés et leur avoir dit de s'accorder avec les professionnels du projet.

M. LAFRANCE: C'est une dictature, cela.

M. HARVEY: Je remercie le ministre d'Etat à la Santé de me confirmer ce que j'avais d'ailleurs très bien écrit devant moi. Est-ce que le ministre de la Santé ou le ministre d'Etat à la Santé sait que cette compagnie qui opère dans notre région depuis plusieurs années, devant le fait que le ministère insistait pour que le contrat ne lui soit pas accordé, a dépensé une somme considérable et a l'intention de la recouvrer et d'obtenir des avis juridiques de la part des personnes compétentes? Elle a pour sa part consulté, concernant sa soumission, Me Gilles Filion de l'étude Monette, Filion, Clerke, Michaud, Barakett et Lévesque, conseillers juridiques

de l'Association des hôpitaux de la province de Québec, et elle a obtenu — nous en avons une copie ici — de cette étude l'opinion que la soumission avait été, non seulement tout à fait régulière et conforme aux exigences du contrat, mais aussi la plus précise et la plus détaillée des soumissions examinées.

Je voudrais savoir également si le ministère a demandé à un bureau d'avocats d'Alma de lui donner une interprétation relativement aux pouvoirs inclus dans la charte de la compagnie rejetée.

M. BOIVTN: Il y a eu différentes opinions juridiques qui ont été émises de part et d'autre, mais je pense bien qu'il était sage qu'on suive les consultations des officiers juridiques du ministère.

M. HARVEY: Pour autant que je suis concerné, est-ce que le ministre pourrait s'engager — d'ailleurs, il nous a dit qu'il le ferait — à déposer l'avis juridique du ministère de la Justice avant que ses crédits reviennent en Chambre pour être adoptés en bloc, alors que nous réservons toujours l'article 1 pour une discussion? A ce moment-là.

M. CLOUTIER: Je peux le lui donner demain en Chambre.

M. HARVEY: S'il peut me remettre cela demain, alors les autres remarques additionnelles que nous aurons relativement à l'attitude du ministère de la Santé concernant l'agrandissement de l'hôpital d'Alma, je les ferai au moment où on demandera à la Chambre d'accepter en bloc la résolution des subsides du ministère de la Santé.

M. BINETTE: Juste une incidence, dans cette question. Le ministre a dit tantôt qu'il y avait eu deux cas où des soumissions publiques n'ont pas été demandées, Blanc-Sablon et...

M. CLOUTIER: Saint-François-d'Assise.

M. BINETTE: Sans doute le ministre avait-il des raisons particulières de ne pas demander de soumissions publiques. Quelles étaient les raisons? Est-ce qu'elles ont été expliquées? Est-ce que le ministre a donné les raisons?

M. CLOUTIER: Non, on ne me les a pas demandées mais je peux les donner. Dans le cas de Blanc-Sablon, évidemment, c'est l'éloignement et la difficulté de trouver... Je dois dire que c'est à la recommandation même du député du comté de Duplessis que nous avons procédé de cette façon.

Dans le cas de Saint-François-d'Assise, c'est la difficulté, c'est le sol, c'est la rivière Lairet. Alors, tous les professionnels, architectes, ingénieurs, tous les spécialistes et la corporation ont demandé de procéder de cette façon, n'étant pas assez certains des conditions du sol et des conditions d'exécution. Alors, il y avait là des difficultés pour des entrepreneurs.

M. BINETTE: Blanc-Sablon, je l'admets, je l'admets, à cause de l'éloigné ment, cela se produit dans plusieurs ministères. Mais, pourSaint-François, je considère qu'on aurait pu facile ment faire des sondages de terrain...

M. CLOUTIER: Toutes les opinions de tous les professionnels au dossier, toutes les expertises nous disent qu'il était préférable de procéder de cette façon. Alors, nous avons suivi le... J'ai ici un dossier très complet sur toutes les expertises et toutes les opinions d'experts au sujet de l'hôpital Saint-François-d'Assise.

M. BINETTE: II n'y a pas eu un cas où on a suggéré de faire les études du sol...

M. CLOUTIER: C'est justement parce qu'il y a déjà eu là une construction d'hôpital, on connaissait la nature du sol, c'est justement ce qui a fait dire, ce qui a fait proposer par les professionnels de procéder de cette façon, c'est parce qu'on connaissait les difficultés d'exécution d'un projet à cet endroit.

M. BINETTE: Je ne saisis pas pourquoi. Si on a fait l'étude du sol, on connaissait la sorte de sol qu'il y avait là. Ce n'était pas mentionné dans les avis. Cela aurait dû être mentionné tout simplement que pour tel sol, cela prendrait tel pieu ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas demander d'offres.

M. CLOUTIER: J'ai des expertises de tous les professionnels. Si le député veut les voir, je suis prêt à lui montrer.

M. BINETTE: Je me pose la question.

M. CLOUTIER: Je veux bien les montrer au député.

M. BINETTE: Je sais bien qu'il a suivi l'avis des professionnels qui étaient unanimes sur cette question. Mais, moi actuellement, cela ne me rentre pas dans l'esprit que, si on a fait les études du sol, que ce soit la seule raison

pour laquelle on n'y a pas demandé de soumissions publiques à ce moment-là.

M. CLOUTIER: II y a d'autres raisons qui se greffent à cela, mais ce sont des documents techniques et je pense bien que je n'aurais aucune objection à ce que le député de D'Arcy-McGee prenne connaissance du dossier, des documents.

M. LE PRESIDENT: Même s'il dépasse six heures, du consentement unanime de la commission, nous permettrons au député de D'Arcy-McGee de faire de brefs commentaires, pour terminer l'étude de ces crédits.

M. GOLDBLOOM: En guise de résumé, M. le Président. Je vous remercie. D'abord je tiens à remercier MM. les fonctionnaires de leur précieuse collaboration, généralement (mais pas toujours) silencieuse. Nous apprécions beaucoup le travail qu'ils font et leur contribution au déroulement intelligent et satisfaisant de nos débats ici.

Je ne peux terminer sans exprimer certaines inquiétudes personnelles quant à l'avenir de nos services de santé et surtout quant à la future qualité des soins.

Je sais, pour en prendre un exemple, que le transfert des cours de soins infirmiers des hôpitaux aux CEGEP a été très généralement accepté et sera chose faite dès l'an prochain. Je conserve quand même de sérieuses inquiétudes devant la réduction d'une année de la durée du cours de formation. Je suis d'autant plus inquiet que l'étudiante infirmière n'habitera plus le milieu hospitalier à temps complet pendant trois années, mais fréquentera le CEGEP avec seulement certains stages au chevet du malade.

Je ne peux pas me départir de l'idée que l'expérience vécue est plus importante dans le domaine de la santé que dans tout autre, et que les éléments de base de la formation d'une infirmière doivent être comblés par des connaissances pratiques qui ne s'acquièrent qu'avec le temps et avec la répétition des observations, des constatations et des actes posés.

Le médecin qui a fait, une fois sous surveillance, une appendicectomie sait la faire, mais on ne lui permettrait pas d'opérer seul après une expérience aussi limitée.

La compétence de l'infirmière et la qualité des soins qu'elle prodigue dépendent moins de ses connaissances théoriques que de son jugement professionnel.

Je suis convaincu que ce jugement, auquel le malade, le médecin et tout le personnel de l'hôpital se fient, est plus sûr après trois années d'expérience qu'après seulement deux. Je suis encore plus convaincu que l'infirmière qui passe trois années complètes en milieu hospitalier s'imbibe, par osmose quotidienne, de jugement et de connaissances qui ne sont point disponibles en classe; elle est par le fait même mieux préparée que celle qui a fréquenté le CEGEP avec affiliation à l'hôpital à prendre entre ses mains la responsabilité de la vie du malade.

J'invite donc tous les intéressés, malgré les études sérieuses et loyales qui les ont amenés à décider cette transformation, à réfléchir de nouveau sur ses conséquences pour la santé publique.

Ma deuxième inquiétude concerne le manque de collaboration, de consultation et de planification entre les diverses professions de la santé, parmi lesquelles je compte le ministère de la Santé. J'en ai assez dit au cours de ce débat pour revenir là-dessus, mais je crois que, si nous n'appliquons pas toute notre sagesse à la solution des multiples et complexes problèmes qui se posent, nous risquerons de nous réveiller un jour devant une pagaille de techniciens de la santé incomplètement formés, d'infirmières praticiennes affectées à une pratique médicale sans pour autant être médecins et de spécialistes énormément savants et compétents, mais incapables d'assumer la responsabilité globale de la santé personnelle.

Ma dernière inquiétude concerne l'organisation de la distribution des soins. La médecine communautaire est, sous une forme ou une autre, une nécessité absolue de demain. Cette médecine communautaire et sociale est encore insuffisamment pensée, surtout quant à ses variations essentielles selon le milieu où elle peut s'exercer.

J'ai la ferme conviction que les structures de cette médecine doivent être bâties de façon à constituer un réseau de satellites autour de l'hôpital d'enseignement, qui lui, pour sa part, gravite autour de l'université. De cette façon, la médecine communautaire sera à l'épreuve de certaines exploitations et servira d'instrument à l'éducation permanente de tous les intéressés, y compris les citoyens bénéficiaires qui doivent être appelés à y participer assez directement.

Le ministère de la Santé, sans brimer l'autonomie ou restreindre l'initiative des professions de la santé, doit jouer, plus qu'il ne l'a jamais fait, un rôle de coordonnateur, de planificateur et si nécessaire de maître-penseur afin de réussir la plus heureuse évolution possible de ce domaine qui est au plus haut degré celui du bien commun.

En terminant, M. le Président, je note que,

dans le cahier du budget, le ministère qui précède celui de la Santé est celui des Richesses naturelles. Je crois que notre plus importante richesse naturelle est en effet la santé.

M. CLOUTIER: M. le Président, un mot seulement, parce que nous devons nous rendre au conseil des ministres à l'instant.

Je voudrais remercier l'Opposition de sa collaboration. Je voudrais la remercier également pour l'intérêt qu'elle a pris à nos discussions et la participation sérieuse qu'elle a apportée aux discussions dans le domaine de la Santé.

Je félicite le député de D'Arcy-McGee d'avoir su contrôler son tempéramment habituellement violent! D'ailleurs, son interlocuteur s'est appliqué à livrer la même dose de violence dans ses remarques et dans ses réponses.

Je voudrais mentionner particulièrement la participation de nos fonctionnaires qui sont venus en grand nombre. Je crois que c'est une bonne chose que nos officiers du ministère de la Santé assistent aux délibérations. Disons qu'ils peuvent acquérir ainsi plus facilement une vue d'ensemble du ministère de la Santé et comprendre l'importance de leur secteur particulier dans tout cet organisme important qu'est le domaine de la santé.

Je veux remercier mon ministre d'Etat de sa collaboration et les membres des deux côtés de la Chambre, les députés du parti ministériel qui, même s'ils ont été avares de questions sur les constructions d'hôpitaux, retrouveront bien le ministre en d'autres circonstances.

M. le Président, je vous remercie de la façon dont vous avez dirigé nos débats. Une seule autre remarque. Le député de D'Arcy-McGee a fait un tour d'horizon et il a mentionné trois aspects particuliers. Il a mentionné son inquiétude au sujet du problème de formation du personnel infirmier, dans les CEGEP.

Je dois lui dire que je partage personnellement cette inquiétude et que nous avons demandé cette année qu'il n'y ait pas de nouveaux transferts aux CEGEP et que la formation pour cette année demeure ce qu'elle est afin que nous puissions nous faire, dans l'intervalle, une opinion. Une opinion plus juste des mérites d'un système par rapport à l'autre. Nous comprenons que c'est un projet d'envergure et nous voulons y mettre toute la prudence nécessaire.

En ce qui concerne la consultation, nous avons posé des gestes durant le dernier exercice qui indiquent bien notre désir de consultation avec tous ceux qui travaillent dans le domaine de la santé, particulièrement avec les corporations professionnelles, en particulier avec les collèges, le Collège des médecins, le Collège des pharmaciens, les autres corporations professionnelles et avec l'Association des hôpitaux qui tiennent avec le ministère de la Santé des réunions conjointes mensuelles. Cette forme de consultation existe aussi du côté du ministère de la Famille et du Bien-Etre social. De toute façon, nous voulons accentuer cette consultation et cette coordination de tous les éléments de la santé. Il serait logique que nous les regroupions le plus tôt possible sous l'égide d'un Conseil supérieur de la santé, ce que je me suis engagé à faire après le dépôt du rapport Castonguay.

Quant à la troisième partie: Médecine communautaire et sociale. Je ne sais pas si le ministre d'Etat voudrait ajouter quelque chose à cet article particulier. Je dis que le député de d'Arcy-McGee a raison de vouloir sensibiliser sa profession, de sensibiliser la profession médicale. Tout le monde de la santé a cet aspect important: Médecine communautaire et sociale, vers laquelle nous devons nous diriger. Je dois mentionner particulièrement les soucis de l'université et de l'Université de Sherbrooke sur cet aspect social de la formation du médecin. Je crois que de plus en plus nos facultés de médecine doivent attirer l'attention de leurs étudiants sur cette qualité et sur cette distinction, sur cette marque distinctive de la profession médicale. Je fais appel particulièrement aux médecins qui sont déjà dans la profession depuis quelques années, pour quelques-uns depuis de nombreuses années, de s'ouvrir aussi à ces nouveaux concepts et à cette évolution de leur profession.

M. le Président, c'est tout ce que j'avais à dire.

M. LE PRESIDENT: Donc, en adoptant les postes budgétaires 8, 13 et 19, nous terminons l'étude de ces crédits. Je tiens à remercier les membres de cette commission de l'objectivité, de la célérité dont ils ont fait preuve durant l'étude de ces crédits.

(Fin de la séance: 18 h 19)