



Assemblée nationale

journal des Débats

Première session — 29^e Législature

Commission permanente de la Santé

Bill 8 — Loi de l'assurance-maladie (1)

Les 2 et 3 juillet 1970 — No 20

Président: l'honorable Jean-Noël Lavoie

DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

TABLE DES MATIÈRES

Titre de la loi	B-973
Définition des services.	B-975
Liberté de choisir son médecin.	B-986
Coût des services.	B-991
Coût des médicaments.	B-995
Soins dentaires.	B-1002
Optométrie.	B-1013
Assurance-médicaments.	B-1016
Prothèses.	B-1020
Transfert de juridictions.	B-1021
Bénéficiaires.	B-1024
Inscription.	B-1025
Remboursement	B-1027
Désengagement	B-1030

PARTICIPANTS

M. Guy Fortier, président	M. Jean-Guy Cardinal
M. Camille Laurin	* M. Robert Normand
M. Claude Castonguay	M. Robert Quenneville
M. Armand Bois	M. Camil Samson
M. Jean-Paul Cloutier	M. Paul Lafrance
* M. Robert Després	M. Zoël Saindon
* M. Laurent Lizotte	M. Aurèle Audet
M. Marcel Léger	M. Victor Goldbloom
M. Fernand Lafontaine	M. Roch Boivin

* M. Robert Després, président de la Régie d'assurance-maladie, M. Laurent Lizotte, président de la Commission de l'assistance médicale et M. Robert Normand, légiste, témoignent à titre d'experts.

*L'exemplaire, 35 cents - Par année, \$8 - Chèque à l'ordre du Ministre
des Finances. Adresse: Comptable de l'Assemblée nationale, Québec.*

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement no 1762.

**Commission permanente
de la santé
Bill 8 — Loi de l'assurance-maladie**

Séance du jeudi 2 juillet 1970

(Dix-sept heures dix-huit minutes)

M. FORTIER (président de la commission permanente de la Santé): A l'ordre, messieurs! Bill 8, Loi de l'assurance-maladie; étude des différents articles de la loi.

Article 1.

Titre de la loi

M. LAURIN: M. le Président, est-ce qu'on peut parler aussi du titre? Je me suis exprimé assez longuement ce matin là-dessus. Je ne voudrais pas reprendre tous mes arguments, mais il me semble que la loi serait beaucoup mieux nommée si elle parlait des services de santé. D'ailleurs, si je m'en réfère au texte de présentation du député de Louis-Hébert, c'était bien l'intention du gouvernement de prévoir tout un ensemble de lois qui, éventuellement, formeront une sorte de projet global. Ce projet global inclurait un nombre de lois ayant des objets différents, mais qui s'inspireraient toutes d'un but unique: l'instauration de services de santé. Le but visé serait de procurer à la population la protection la plus complète possible à toutes sortes de plans, au plan de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, comme on dit dans notre jargon médical. La prévention primaire est celle qui vise à éliminer la maladie. Elle peut présenter des lois à caractère social qui touchent à l'hygiène publique, à la psychologie, même à l'impôt et à la législation sociale. La prévention primaire, on le sait, peut également s'adresser à toutes les catégories de citoyens. Elle peut s'adresser aux institutions, aux entreprises et au monde industriel.

La prévention secondaire constitue un autre palier de la lutte des corps publics contre la maladie. Elle vise surtout à traiter la maladie une fois que la maladie s'est instaurée et, à ce moment-là, on tombe dans le domaine de la médecine, de toutes les techniques de diagnostic que nous possédons et des techniques de traitement. Elle touche aussi à l'assurance-hospitalisation, bien sûr, étant donné que c'est surtout dans les hôpitaux que nous nous occupons d'une façon plus spécifique, et souvent aussi plus moderne, de tous ces traitements.

Elle touche également une loi éventuelle sur les cabinets privés de consultation, la médecine d'équipe, où il sera possible de réunir toutes

sortes de gens, des professionnels de la santé, toutes sortes de techniques qui permettront, dans bien des cas, d'éviter l'hospitalisation et de diminuer les coûts du système global.

Elle rejoint également la prévention tertiaire, qui touche les soins de réadaptation et là, on tombe souvent dans le cas des maladies de longue durée, des maladies chroniques, avec toutes les techniques que la science moderne met à notre disposition. Je pense à la physiothérapie, aux soins infirmiers à domicile, à toute une série d'autres professionnels de la santé qui existent déjà ou qui existeront et qui auront un rôle important à jouer.

En plus de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, il y a également toute l'organisation des services de santé, la distribution, la répartition des effectifs médicaux. Pour toutes ces raisons, il semble bien que l'on ait affaire à quelque chose de très vaste dont l'assurance-maladie n'est qu'un aspect. Mais, étant donné que la contribution des effectifs médicaux va toucher la prévention primaire tout comme la prévention secondaire et tertiaire, étant donné qu'elle doit avoir des relations assez intimes avec les organismes de prévention, que ce soient les unités sanitaires, que ce soient d'autres services de bien-être social, que cela ait des relations avec la Loi de l'aide sociale, il me semble que la loi serait mieux nommée si, dès le départ, on lui donnait un titre qui définisse davantage l'optique dans laquelle elle est adoptée.

C'est la raison pour laquelle il nous semblerait beaucoup plus logique, beaucoup plus approprié, de parler d'une loi des services de santé puisqu'il s'agit de services de santé. Je rappelle l'ancien bill 8, qui, lui même, s'il gardait le même titre, dans ses articles introductifs, parlait immédiatement, dans l'article 1, d'assurer des services et des biens, ce qui prouve, encore une fois, que c'est de services de santé qu'il est question. Il me semble que cela reliait un peu l'esprit de la loi actuelle à l'esprit de la loi antérieurement présentée par le gouvernement qui nous a précédés. On pourrait lui donner un titre qui serait beaucoup plus approprié et significatif pour tous. J'aimerais avoir, là-dessus, l'opinion du titulaire et de l'ancien titulaire.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, je remercie le ministre de me céder la parole. Les arguments qu'invoque le leader du Parti québécois sont intéressants. Mais je me demanda s'il y aurait lieu de changer le titre de la loi, étant donné que la population repère plus facilement une telle législation par son titre actuel, titre que l'on utilise depuis déjà

plusieurs années. Je ne sais pas si la population ferait le joint aussi facilement entre la nouvelle suggestion du député et le titre actuel de la législation. De toute façon, l'exposé du ministre laisse entendre qu'il a l'intention d'apporter à la Chambre, d'autres lois importantes dans le domaine de la santé. J'imagine que ces autres lois vont se placer dans un cadre encore plus vaste peut-être que celui de l'assurance-maladie. Ainsi la loi pourrait porter le titre dont le député a parlé, il y a un instant. Mais de toute façon, je crois que la suggestion du député, même si elle ne retient pas l'attention du gouvernement actuellement, mérite d'être étudiée pour l'avenir, pour d'autres projets législatifs dans le domaine de la santé.

M. CASTONGUAY: Quant à moi, je pense d'abord que le commentaire du député de Montmagny, à l'effet que le changement de titre pourrait apporter une certaine confusion, est un argument qui m'apparaît valable, n'est évident que nous allons proposer à la Chambre d'autres lois et il me semble que, dans la mesure du possible, chaque loi ou chaque projet de loi devrait, dans son titre, refléter davantage la mission spécifique de chaque loi et de son ensemble. Je suis d'accord avec le député de Bourget, à l'effet que l'ensemble doit donner comme résultat une organisation des services de santé qui permet d'atteindre tous les objectifs que j'ai mentionnés dans mon texte de présentation et qu'il a rappelés, qu'il a même explicités. Alors, pour ma part je préférerais que l'on garde le titre actuel de telle sorte que chaque nouvelle loi puisse être identifiée plus spécifiquement.

M. LAURIN: M. le Président, bien entendu, j'avais également une autre objection et je la gardais en deuxième point parce qu'elle touche à un principe qui sous-tend à peu près toute l'intervention que j'ai faite ce matin, un principe qui s'inscrit en filigrane dans tout le projet de loi du gouvernement actuel et c'est le mot « assurance ».

Il est bien évident que la majeure partie des remarques que j'ai faites ce matin ont démontré que nous nous opposons au concept d'assurance lorsque nous parlions de couverture de services et de biens. Par les modalités de financement que nous avons suggérées, il est bien évident que nous pensons que le concept d'assurance, lorsqu'il s'agit d'un domaine qui est tellement important, qui est tellement fondamental pour la vie individuelle autant que pour la vie collective, il nous semble que le terme « assurance » n'est pas tellement approprié.

En fait, assurance-maladie est un nom que je n'ai jamais aimé. J'aurais préféré assurance-santé plutôt qu'assurance-maladie, mais, même là, cela n'aurait pas été tout à fait bien nommé. L'assurance est plutôt contre les catastrophes. Ce nom est souvent mal utilisé. Par exemple, assurance-vie ne me paraît pas beaucoup plus valable; assurance-récolte me paraîtrait plus valable. Mais, de toute façon, quelle que soit cette question de terminologie, il me semble qu'il y a aussi une conception, une philosophie sous-jacente à ce terme.

Étant donné que nous, dans notre position, proposons un mode de financement qui s'inspire d'une certaine philosophie, une philosophie de sécurité sociale, une philosophie de développement, d'enrichissement de l'individu, de l'épanouissement de l'individu, d'enrichissement collectif, il me semble qu'à cause des conséquences du terme « assurance » pour le mode de financement, nous préférons également, pour cette raison de principe, un autre terme que le mot « assurance ». Et c'était une raison additionnelle pour que nous proposons le terme « services de santé », plutôt que « assurance-maladie ».

M. LE PRÉSIDENT: M. Bois, Saint-Sauveur.

M. BOIS: La raison extrêmement simple pour laquelle le mot « assurance » devrait ne pas s'appliquer ici, c'est qu'à l'heure actuelle la province assume des risques à sa charge pour autant qu'ils sont décrits dans les articles du bill. Alors, c'est pour cela qu'il n'y a plus d'assurance, c'est la façon dont je le vois, peut-être sous l'aspect d'assurance. M, le Président, c'est là-dessus que je trouve que le mot « assurance » même n'a peut-être pas sa place.

M. CASTONGUAY: Il s'agit d'une loi d'assurance sociale, les éléments d'assurance stricte tels que conçus dans les systèmes d'assurance privés sont assez lointains, j'en conviens, étant donné que l'on couvre l'ensemble de la population, qu'éventuellement, tous les risques seront couverts et que la couverture aussi est dissociée du paiement des contributions.

Si une personne ne paie pas ses contributions, elle recevra les services assurés, et si elle ne paie pas ses contributions alors qu'elle doit en payer, elle devra encourir des sanctions, des pénalités tout comme pour les lois régulières de l'impôt sur le revenu. Je pense que, sur le plan de la conception, on n'est pas tellement loin de ce que vient d'exposer le leader du Parti québécois. Le terme « assurance », à ce que dit le député de Saint-Sauveur, ne doit pas être inter-

prété dans son sens strict. Le seul aspect qui fait qu'on peut retenir, à mon avis, le terme « assurance », vient du mécanisme de financement où il y a une contribution d'attachée à ce régime, contribution par contre, qui est réduite quant aux montants, selon la capacité financière des gens en dessous d'un certain niveau de revenu. C'est le seul lien réel qui relie cette mesure à une mesure d'assurance sociale.

Cette appellation ne veut pas dire que nous ne sommes pas conscients de la nécessité de poursuivre des objectifs de développement des Québécois, d'épanouissement, d'accessibilité aux services, tels que les services de santé qui doivent constituer des droits pour les individus.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, j'ai noté tantôt que le député de Bourget a suggéré de remplacer le mot « assurance-maladie » par le mot « assurance-santé ».

M. LAURIN: Je n'ai pas pris ce terme-là.

M. CLOUTIER (Montmagny): J'ai compris que vous préférerez le terme « assurance-santé » au terme « assurance-maladie. »

M. LAURIN: C'est très difficile de les accoler.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je retire la remarque que je n'ai pas faite, mais je la ferai tout de même; son distingué confrère, le Dr Boulay, qui est président du comité de terminologie en médecine, a mentionné que le mot « assurance-maladie » devait être employé de préférence au mot « assurance-santé. » C'est la réserve que je voulais exprimer mais je la retire.

M. LAURIN! De même M. le Président, on parle beaucoup mieux de sécurité sociale que d'assurance sociale.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, si nous laissons la question du titre de côté pour passer à l'étude des différents articles.

M. LE PRESIDENT: Article 1.

Définitions

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, i l'article 1, dans les définitions, il y a des définitions de la première version qui ont été retenues, d'autres qui ont été modifiées et d'autres qui ont été ajoutées. J'aimerais que le ministre, en procédant comme il l'entend, mais de préférence en prenant chacun des articles, nous donne ce qu'il comprend véritablement par les ser-

vices visés par l'article 3, parce que nous aurons certainement des remarques ou des précisions additionnelles à obtenir, étant donné que c'est une définition extrêmement importante.

M. LE PRESIDENTS M. Castonguay.

M. CASTONGUAY: Il y a une différence fondamentale quant au type de projet de loi déposé à l'Assemblée nationale par l'ancien gouvernement et le projet que nous avons déposé. Le projet de loi déposé par l'ancien gouvernement était un projet de loi-cadre, en définitive. On donnait une définition très large aux services assurés. On ne définissait pas les services assurés tels quels, on laissait cette responsabilité au lieutenant-gouverneur en conseil.

Nous croyons que la fixation des priorités, quant à la définition des services qui vont être couverts initialement et par la suite, sont des éléments très importants d'une politique de santé; ce sont également des éléments qui peuvent nécessiter, lorsque la couverture sera étendue, des augmentations dans les niveaux de contribution et nous croyons que notre système démocratique impose que nous revenions devant l'Assemblée et que nous expliquions pourquoi nous avons choisi de couvrir, au début, les services indiqués à l'article 3. Chaque fois que nous voudrions étendre la couverture, il faudra que nous revenions devant l'Assemblée pour expliquer pourquoi nous croyons que cette couverture doit être étendue, de quelle façon, quelles sont les incidences au plan des contributions du financement, pourquoi nous avons choisi d'étendre, à un moment donné, la couverture par rapport, peut-être, à une haute exigence dans le domaine de la santé.

C'est la différence fondamentale entre la nature des deux projets. L'un était une loi-cadre, l'autre est un projet de loi bien spécifique qui nous obligera à revenir devant l'Assemblée.

Nous croyons que de remettre au lieutenant-gouverneur en conseil le pouvoir d'étendre la couverture et toutes les implications qui en découlent, est un pouvoir excessif qui devrait être réservé à l'ensemble de l'Assemblée nationale.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, ce n'est pas tellement sur ce terrain-là que je voulais amener le ministre de la Santé, parce que nous aurons l'occasion d'y revenir à l'article 3, mais on ne peut pas traiter ce paragraphe a) sans référence à l'article 3. Dans le nouveau projet, on fait disparaître la notion de biens, parce que l'ancien projet de loi mentionnait les services et les biens dont le coût est assumé par une régie en vertu de la présente loi. Ici, on ne parle que de services. Dans certains actes mé-

dicaux posés par les professionnels de la santé — je pense en particulier aux injections, je pense aux actes posés par les radiologistes — est-ce que dans l'acte professionnel, il ne se glisse pas tout de même une partie de biens? Est-ce qu'à ce moment-là il ne serait pas bon de préciser que cet acte professionnel est indivisible et que la notion de biens qui intervient dans une piqûre — je prends l'exemple du contenu de la seringue qui en lui-même est un bien, est un médicament — ne peut pas se séparer? La même chose pour le radiologiste qui pose un acte professionnel et qui a besoin, dans l'exercice de son acte professionnel, d'un ensemble de gestes, d'un ensemble de moyens, d'outils, qui ne peuvent pas se décomposer.

J'aimerais que le ministre nous précise exactement que le fait d'enlever la notion de biens, n'exclut pas tout de même que ces actes médicaux posés qui sont indivisibles soient entièrement couverts par le régime d'assurance-maladie.

M. CASTONGUAY: Par biens, nous avons retenu que l'ancien projet voulait dire, premièrement, des médicaments, des prothèses, etc., sur ce plan, comme le projet de la loi déposé ne couvre pas les médicaments, les prothèses, initialement, il ne nous semble pas nécessaire d'introduire cette notion dans les définitions.

En ce qui a trait à certains services plus spécifiques, vous avez fait allusion aux injections: l'acte de donner l'injection est couvert. Le contenu de l'injection qui est un médicament n'est pas couvert lorsque ça peut être dissocié de cette façon-là. Par exemple, dans l'assistance médicale, on a vu à certains moments, certains types d'une série d'injections; alors, nous croyons qu'avant d'entrer dans le contenu de la couverture de biens, par exemple les médicaments, il nous faut faire le tour de la question avant de couvrir ces biens. Est-ce que c'est une réponse satisfaisante?

M. CLOUTIER (Montmagny): Cela répond, bien à ma question c'est une précision pour fins de discussion que je voulais voir apporter. Il y a un intérêt dans le public à ce que chaque point soit bien précis et on se pose des questions au sujet de ce qui sera couvert et de ce qui ne sera pas couvert par le régime. Je crois bien qu'il était bon que le ministre apporte ces précisions. D'autre part, je m'interroge au sujet des actes posés par des professionnels de la santé, des infirmières ou des médecins internes ou résidents qui font ces actes sous la surveillance d'un professionnel de la santé. Comment le ministre,

dans le cadre de l'assurance-maladie, considère-t-il, en regard de cette définition, et en regard de l'article 3, vis-à-vis la couverture du régime, ces actes posés par des infirmières sous surveillance d'un médecin?

M. CASTONGUAY: Si c'est en milieu hospitalier et que la personne a été hospitalisée, les soins et les services rendus par l'infirmière sont couverts par l'assurance-hospitalisation. On ne paie peut-être pas spécifiquement pour les services normaux rendus par l'infirmière.

M. CLOUTIER (Montmagny): Au cabinet du médecin?

M. CASTONGUAY: Lorsqu'on va au cabinet du médecin ou encore si on a recours aux services des infirmières — si je comprends bien la question — services d'une infirmière, services privés, le projet ne couvre pas ces services présentement. Il faut encore faire une autre distinction, dans le cas des unités sanitaires; vous allez avoir les services d'infirmières qui sont à l'emploi des unités sanitaires. Il n'est pas question, pour le moment, de changer le mode de leur rémunération.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je prends l'exemple du cabinet privé. Si le médecin a les services d'une infirmière et au lieu de poser l'acte lui-même, une injection par exemple, il fait poser le geste par une infirmière, à ce moment-là quels moyens de contrôle aura la régie, à savoir si l'assurance doit payer la réclamation du médecin, alors qu'il n'a pas posé l'acte mais qu'il l'a fait poser par une personne non couverte par le régime.

M. CASTONGUAY: Sur la question des contrôles, M. le Président, avec l'assentiment des membres de la commission, est-ce que l'on peut demander que, pour des questions de cette nature qui deviennent assez hautement techniques, les réponses soient données par M. Després, le président de la régie. Est-ce que vous seriez d'accord?

M. LE PRÉSIDENT: Je serais d'accord.

M. DESPRÉS: En fait, les règles d'application du tarif qui sont incluses dans le préambule qui fera l'objet de la négociation entre le ministre de la Santé et les professionnels de la Santé devront le prévoir. C'est une règle qui est habituellement prévue.

La même chose a été prévue dans les règlements de la Loi de l'assurance-hospitalisation

où il est spécifiquement indiqué qu'un médecin n'a pas le droit de facturer pour des actes qui sont posés par des résidents et des internes.

Dans le tarif qui sera négocié, il devrait y avoir une règle d'application qui détermine la façon dont le médecin devra se comporter ou une façon dont le professionnel de la santé devra se comporter lorsqu'un acte est posé sous sa surveillance et non par lui.

M. CLOUTIER (Montmagny): De toute façon, le contrôle sera délicat dans le secteur dont on parle actuellement.

M. BOIS: Est-ce que je pourrais entendre de la part de M. le ministre que le but serait surtout d'éviter que le public se mette dans la tête que si on paie l'injection — comme le dit l'honorable député de Montmagny — que l'on vienne éventuellement à croire qu'il faudrait accepter les prescriptions éventuelles futures d'un médecin. Disons que je vais voir un médecin et que j'ai seulement une consultation à faire, il peut bien me prescrire un médicament X et cela serait du même ordre que le contenu d'une injection immédiatement faite au bureau du médecin. Est-ce que c'est sur quoi vous auriez peut-être objection... en excluant ce médicament-là? Vous auriez peut-être la crainte que...

UNE VOIX: Je pense que la substance injectée correspond exactement au médicament. Parce que ce n'est pas couvert par le régime. C'est considéré comme un médicament.

M. CLOUTIER (Montmagny): C'est très important de préciser cela parce que, dans l'esprit du public, je pense bien que cet acte médical ne se dissocie pas. La piqûre donnée par le médecin et le contenu de la seringue, le patient est porté à l'assimiler beaucoup plus à l'acte professionnel qu'à un médicament. Tandis qu'un médicament pris par la bouche est plus facilement assimilé à un médicament.

UNE VOIX: Vous permettez, M. Cloutier, avec la Loi de l'assistance médicale, c'était dissocié. On avait \$5. pour la consultation et \$0.90 pour l'injection, le médicament était chargé à part les \$0.90 plus les \$5.

M. CLOUTIER (Montmagny): Cela m'amène à poser une autre question: Est-ce que l'assistance médicale a éprouvé des difficultés particulières dans ce secteur?

M. CASTONGUAY: On pourrait peut-être demandé au Dr Lizotte.

M. LIZOTTE: Au point de vue du prix du médicament injecté on n'a jamais eu de problème. Généralement les médecins ne le réclamaient pas parce qu'ils réclamaient les visites.

M. CASTONGUAY: Il y a un point que je voudrais mentionner à ce sujet-là. Cette couverture par secteur peut entraîner à moyen terme certaines distorsions et occasionner une mauvaise utilisation ou en venir à occasionner une mauvaise utilisation des effectifs. L'omnipraticien, par exemple, dont on vient de parler, pourra avoir tendance à se réserver des actes qui pourraient être rendus par une infirmière. C'est pourquoi en ce qui a trait à la couverture des médicaments, il nous faut procéder aussi rapidement que possible de telle sorte que la couverture de l'assurance-maladie permette la meilleure utilisation qui soit des effectifs.

C'est pourquoi nous entendons, comme gouvernement, mettre l'accent sur le développement de services communautaires de santé et il y a diverses formules — je ne crois pas que ce soit le moment de les exposer — de telle sorte que les médecins, en particulier les omnipraticiens, aient avec eux l'aide nécessaire pour qu'ils utilisent leur temps, leurs connaissances, pour une plus grande efficacité et qu'ils délèguent les fonctions administratives ou des fonctions pour lesquelles d'autres catégories de travailleurs de la santé sont habilités. Je pense que, de cette façon-là, on pourra songer à un rendement plus élevé des effectifs que celui que nous avons présentement.

M. LAURIN: Quel est l'avantage de se fermer la porte, l'avantage d'être limitatif? Est-ce qu'il n'y a pas une certaine objection à se fermer la porte justement, en excluant ce mot « bien » qui avait été prévu dans l'ancien projet de loi? Est-ce que, pour l'avenir, cela ne peut pas obliger le gouvernement à apporter des amendements uniquement à cause de cela?

M. CASTONGUAY: Moi, j'interprétais les services assurés dans un sens qui n'est pas aussi restreint que cela peut le laisser entendre, à la suite de la discussion ici. C'est la raison pour laquelle il m'apparaissait nécessaire qu'on enlève le mot « biens », c'était pour concilier le projet dans tous cas articles avec la motion du projet de loi qu'on a, qui n'est pas celui d'une loi-cadre. Et dès que nous voudrions couvrir les prothèses, par exemple, ou les médicaments, à ce moment-là, cela demanderait des amendements assez considérables, assez extensibles. Ou si, dans la définition de services assurés on prend une interprétation suffi-

samment large, je ne crois pas que dans quelques cas bien particuliers, où l'on pourrait avoir besoin de faire appel à un bien, que cette définition soit un empêchement.

M. BOIS: Par la suite, M. le Ministre, pour autant que cette limite est apportée au projet, est-ce que cette entrevue, en fonction de la subvention fédérale et du tarif global que la province aura versé, ainsi que les employeurs et les employés, est-ce que vous en tenez compte?

M. CASTONGUAY: On a couvert les soins médicaux parce que dans le processus de guérison généralement on commence par le médecin. La prévention, il y a des services de l'unité sanitaire présentement, il y a des services municipaux de santé, on peut dire qu'il serait nécessaire de mettre peut-être plus de nos ressources dans le développement de ces services. Que cela soit au niveau de la prévention, du traitement, de la réadaptation, généralement le personnage clé, c'est le médecin. C'est pourquoi on a commencé par la couverture de ces services. En ce qui a trait aux autres services, les services optométriques, l'ordre dans leur couverture n'est pas tout à fait conforme à ce que la commission que j'ai présidée a recommandé. D'autre part, l'ancien gouvernement avait fait des travaux, avait pris un engagement public relativement à la couverture de ces services et on n'a pas voulu recommencer, fermer le dossier et revenir sur cet engagement du gouvernement. C'est pourquoi ils y sont. Quant à la couverture des soins de chirurgie buccale, la loi fédérale sur les soins médicaux en prévoit la couverture, lorsque ces services sont rendus en milieu hospitalier. Alors, on a cru qu'il était bon de couvrir ces services, de telle sorte qu'on puisse obtenir des sommes prévues en vertu de cette loi.

M. BOIS: Je crois que ma question a été mal comprise. Ce que je voulais mentionner, c'est justement ce que le député de Montmagny demandait tout à l'heure. Les articles qui sont considérés comme des médicaments, qui vont avec une partie de la fonction médicale, sont-ils exclus, en considérant les allocations que vous allez recevoir du gouvernement fédéral, et les cotisations que vous allez prélever de la province de Québec? Parce qu'éventuellement, le coût est appelé à prendre des proportions assez élevées tout de même. Vous y avez sans doute pensé.

M. CASTONGUAY: Il y a deux hypothèses, au moment où on en arrivera à la couverture

de ces biens, que la loi fédérale sur les soins médicaux permette le paiement de contributions, à ce moment-là, tant mieux si la loi fédérale sur les soins médicaux ne prévoit pas, au moment où on étendra les services, la couverture à certains types de biens. Ce sera un élément à considérer dans la décision à prendre, à ce moment-là.

M. LAURIN: Comme l'a fait remarquer le député de Montmagny tout à l'heure, il est bien évident qu'il est difficile de dissocier l'examen de l'article 1 de l'article 3. D'ailleurs l'article 1 fait spécifiquement mention de l'article 3, au paragraphe a). Il est bien entendu j'ai aussi une arrière-pensée en essayant d'introduire le mot « biens » dans le paragraphe 1a), puisqu'il ressort de mon exposé de ce matin que j'aimerais bien que la couverture prévue à l'article 3 comprenne des biens, dont les médicaments, et c'est une des raisons additionnelles pour laquelle j'aimerais bien que le ministre ne se ferme pas la porte d'avance à l'article 1, au cas où il accepterait, bien improbablement, mais quand même, la suggestion que nous lui faisons ce matin, d'étendre immédiatement la couverture aux médicaments, quitte à ce qu'on trouve ensuite un moyen pour rendre l'application de cette loi rétroactive, même si les travaux, pour assurer la couverture des médicaments, ne sont pas encore terminés. On connaît de ces lois-cadres qui sont entrées en vigueur avec rétroactivité même avant que tous les travaux et négociations impliqués puissent être terminés. C'est la raison pour laquelle je ferais une autre tentative auprès du ministre, pour savoir s'il ne voudrait pas laisser la porte ouverte à l'article 1, en introduisant le mot « biens » pour ne pas préjuger de l'avenir, c'est-à-dire de la discussion qui aura lieu à l'article 3.

M. CASTONGUAY: Ajouter le mot « biens » à l'article 1a), pour que cela prenne un sens dans le contexte des remarques du député de Bourget, appellerait de nombreux amendements à de nombreux autres articles. Il y a un certain nombre de questions sur lesquelles il va falloir que le gouvernement se prononce en premier lieu avant de soumettre à la Chambre les dispositions qui découleraient de cette couverture. Je pense, par exemple, à la question de frais modérateurs possibles dans le cas des médicaments, dans le cas des prothèses, comme les lunettes, à certaines restrictions quant à ceux qui pourraient être habilités à vendre ces lunettes, peut-être à des limitations quant à la fréquence des changements dans les verres. Il

pourrait en découler de la simple addition de ce terme « biens », si on veut y donner un sens réel, un nombre d'amendements additionnels qu'il me faudrait, avant d'être habilité à pouvoir les apporter ici, accepter qu'on les apporte ici, il faudrait retourner au Conseil exécutif pour faire accepter les questions de principe en cause, et j'ai mentionné en ce qui a trait, par exemple, aux médicaments, les études qui s'imposent ne sont pas suffisamment avancées, ne sont pas à un stade qui nous permette présentement de constituer un dossier complet sur lequel ces questions pourraient être débattues, les décisions pourraient être...

UNE VOIX: Est-ce qu'on pourrait élever la voix un peu, parce qu'il y a des bruits de construction, on entend mal.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je ne sais pas si le ministre a terminé son exposé, mais je voudrais lui dire que les amendements ne seraient pas difficiles à rédiger. Ils étaient contenus dans l'ancien projet de loi, ils n'auraient qu'à être repris, en ce qui concerne la notion de « biens ». Si c'est réellement une objection pour le ministre de la Santé, je pense que nous pouvons lui faciliter la tâche en reprenant le texte de l'ancien projet de loi, en ce qui concerne les biens.

M. CASTONGUAY: Je m'excuse, mais je ne partage pas l'opinion du député de Montmagny. Par exemple, simplement en ce qui a trait aux frais modérateurs, si ma mémoire est fidèle, l'ancien projet donnait dans l'article 49, je crois, le pouvoir au lieutenant-gouverneur en conseil de fixer les modalités des frais modérateurs. Une telle disposition pouvait se retrouver dans une loi-cadre. Mais, dans le type de projet que nous discutons ici, il faudrait être beaucoup plus explicite et définir exactement ce que seraient les frais modérateurs, les modalités qui s'y rattachent. Je ne crois pas que l'ancien projet puisse nous être utile sur ce plan.

M. CLOUTIER (Montmagny): Si le ministre n'est pas disposé à accepter aujourd'hui cette modification, cette addition du mot « biens » et de tout ce qui en découle, est-ce qu'il pourrait nous dire, non pas précisément, mais nous donner une indication, quant au temps où il songe modifier la loi pour admettre la notion de « biens » et évidemment de ce qui en découle, c'est-à-dire la couverture des médicaments?

M. CASTONGUAY: Vous savez que c'est une

question assez embêtante. Vous-même, au cours des quatre dernières années, avez souvent dit que c'était votre désir de couvrir les médicaments pour les assistés sociaux et, au début, si ma mémoire est fidèle, vous aviez dit dans six mois ou un an, et les quatre ans se sont écoulés et les médicaments n'ont pas été couverts pour les assistés sociaux. Je peux vous dire que je vais tout faire ce qu'il est humainement possible de faire. Vous avez parlé ce matin de l'excellent travail qu'a accompli le président de la Régie de l'assurance-maladie, M. Després, il poursuit également son travail, de telle sorte que nous espérons pouvoir présenter à la Chambre, dès la prochaine session, les amendements à la loi pour couvrir les médicaments à tout le moins pour les assistés sociaux, au départ. J'espère que je n'aurai pas la même expérience que vous.

M. CLOUTIER (Montmagny): Juste une autre remarque, M. le Président, je m'excuse auprès du député de Bourget. Le ministre de la Santé vient de dire qu'évidemment on formule des souhaits et qu'on ne peut pas toujours donner suite, au moment voulu, mais j'ai indiqué ce matin dans mon intervention, que, dans mon esprit, l'extension des services aux assistés sociaux ne devait pas se faire sans l'élargissement du régime pour toute la population. Parce qu'à ce moment-là, on créait un déséquilibre encore plus accentué et que cela favoriserait indûment la dépendance sociale. Les deux étapes étaient associées l'une à l'autre; en retardant l'instauration d'un régime de l'assurance-maladie, forcément nous devons aussi retarder l'étape de couverture des médicaments pour les assistés sociaux et les autres étapes que nous aurions voulu franchir pour les assistés sociaux. C'est le principal motif que j'avais eu l'occasion d'élaborer longuement lors de l'étude des prévisions budgétaires, à différents moments des quatre années, c'est la principale raison pour laquelle nous n'avions pas pu poser ce geste.

M. LAURIN: Mais, par ailleurs, M. le Président, les inconvénients que signalait le ministre, tout à l'heure, à l'inclusion immédiate du mot « biens » m'ont semblé relever, à part cette notion de frais modérateurs, d'une réglementation. Il est bien évident que, dans une loi, on ne peut pas prévoir toutes les éventualités et que la majeure partie de ces éventualités seraient déterminées par règlement. Encore une fois, il n'y a que la clause des frais modérateurs, du fait qu'elle implique une question financière, qui me semble devoir entrer dans

la rédaction d'un projet de loi. Etant donné qu'il n'y a au fond que cet article des frais modérateurs, peut-être y aurait-il lieu, non pas encore une fois de se fermer la porte, mais d'inclure le mot « biens ». Est-ce qu'il y a d'autres inconvénients ou d'autres indications?

M. CASTONGUAY: Nous parlons présentement des médicaments. Vous savez que le coût des médicaments est assez élevé, cela représente à peu près 40% du coût des soins médicaux grosso modo? Et pour couvrir les médicaments, si cela était couvert pour l'ensemble de la population, il faudrait augmenter le taux des contributions. A ce moment-là, je crois que l'augmentation des taux de contribution, qui sont une forme de taxation, je ne veux pas m'en cacher, cela ne doit pas être laissé à la discrétion du lieutenant-gouverneur en conseil. Dans notre système, à ma connaissance, j'ai ici M. Després, qui est l'ancien sous-ministre du Revenu, il peut me corriger si je suis dans l'erreur, mais l'Assemblée nationale s'est toujours gardé un pouvoir assez sévère, assez jaloux sur la possibilité d'aller chercher de nouvelles taxes dans la population, sans soumettre la question à l'Assemblée nationale. Alors l'extension de la couverture, dans bien des cas, va également signifier une modification des taux de contribution. Dans cette conception du rôle de l'Assemblée nationale, il nous apparaît nécessaire de retourner devant l'Assemblée pour lui soumettre la question de ces modifications.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Article 1 adopté? M. Cloutier.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, je ne sais pas si j'ai mal compris la réponse tout à l'heure du docteur Lizotte, qui est président de la Commission de l'assistance médicale. Je voudrais qu'il me précise si, pour les assistés sociaux, l'injection, l'acte professionnel, était couvert et le contenu, c'est-à-dire le médicament, n'était pas couvert par l'assistance médicale.

M. LIZOTTE: C'est bien cela, parce qu'autrement, en abolissant le loi de l'assistance médicale le 1er juillet, les assistés sociaux auraient perdu des services dont ils bénéficiaient. Mais là n'est pas le cas parce que ce n'était pas couvert.

M. BOIS: Une toute petite question, avant de passer à l'acceptation de cet article 1a), est-ce qu'automatiquement cela comprend l'article 3?

M. LE PRESIDENT (Fortier): Non, article par article.

M. BOIS: Je puis aussi bien poser ma question immédiatement. Dans cette question de la chirurgie buccale — M. Després pourrait y répondre — est-ce que cela comprend la chirurgie buccale à la suite d'un accident, ainsi que les prothèses nécessaires pour la correction?

M. DESPRES: Cela ne comprend pas les prothèses. Cela comprend uniquement l'acte chirurgical.

M. LAURIN: J'aurais également la même objection au paragraphe b) au sujet des professionnels de la Santé. Etant donné que, dans mon intervention, j'ai laissé pressentir que mon groupe voulait faire tous les efforts pour étendre la couverture à certains services qui comportent, bien sûr, des biens — on en a assez parlé tout à l'heure — mais également d'autres catégories de professionnels, je trouve que la définition du paragraphe b) est également trop limitative, puisqu'elle définit très bien comme professionnels de la Santé uniquement les professionnels qui dispensent des actes couverts par l'article 3.

Elle me semble limitative au cas où, à l'article 3, encore une fois, le ministre changerait d'avis. A ce moment-là, je préférerais une formulation plus générale où, comme professionnel de la santé, par exemple, on définirait toute personne autorisée qui fournit des services et des biens nécessaires à la santé. Bien sûr, je suis consistant avec mes idées. C'est dans l'optique d'un titre qui aurait été plus général; dans l'optique d'une couverture qui serait plus étendue, et dans l'optique aussi de services qui incluraient la participation de professionnels beaucoup plus nombreux que ceux qui sont mentionnés à l'article 3.

Là aussi, je trouve qu'il serait peut-être inapproprié de se fermer la porte. D'ailleurs, même en ce qui concerne médecins, chirurgiens, dentistes ou optométristes, il est possible que les progrès techniques laissent prévoir que, dans les services proprement médicaux, chirurgicaux, de chirurgie buccale, d'optométrie, il puisse apparaître éventuellement un jour une autre catégorie de professionnels qui auraient un rôle à jouer dans la dispensation de ces services.

Il me semble qu'en limitant, comme le paragraphe b) le fait, la qualification de professionnels à des personnes très précises, comme médecins, chirurgiens, dentistes ou optométristes, on se ferme encore une fois peut-être la porte à des progrès techniques et on s'oblige par avance à des amendements que l'on pourrait peut-être éviter.

On sait, quand une loi doit être amendée, tout le temps que cela prend parfois, avec les calendriers de session extrêmement chargés que nous avons, avant que même de tout petits projets de loi puissent être présentés à l'Assemblée nationale et être amendés. Il y a eu par exemple, un petit bill, 14 ou 15; il a fallu attendre 15 jours avant qu'il soit examiné. Je pense au projet de loi 12 qui fait actuellement l'objet des attentions de l'Assemblée nationale. Pour toutes ces raisons, je m.; demande s'il y a intérêt à limiter d'une façon trop précise et trop considérable l'extension de la définition du professionnel de la santé.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Voulez-vous continuer jusqu'à 6 heures 15 et ajourner à 8 heures 15?

M. CLOUTIER (Montmagny): Je parlerai après la réponse du ministre et je ferai mes interventions sur le paragraphe b) au retour, à 8 heures 15.

M. CASTONGUAY: Premièrement, d'une part, on nous dit: Vous êtes très jaloux des informations que vous pourriez donner à la population quant à la portée du projet de loi; d'autre part, lorsque nous sommes très spécifiques, on nous dit: Vous devriez être moins spécifiques. Vous voyez, c'est un de nos problèmes. Je pense qu'il mérite d'être mentionné ici. Nous avons voulu être spécifiques. Deuxièmement, je crois que l'on ne doit pas considérer ce projet comme étant immuable. Nous allons avoir d'autres sessions. Tous les partis ont voté pour le principe de cette loi. C'est donc signe que tous les partis y attachent beaucoup d'importance. Je crois, s'il est nécessaire de l'amender, à en juger par la réaction très positive aujourd'hui en Chambre et par la rapidité avec laquelle on a passé l'étape de la deuxième lecture, qu'il nous sera possible de modifier cet article lb) dès que ce sera nécessaire de le faire.

Enfin, quant à l'évolution dans les modes de distribution de soins, en donnant une définition très générale pour prévoir l'inclusion d'une catégorie de professionnels non encore identifiés, je me pose la question à savoir si nous ajouterions réellement un élément tellement valable à la loi à ce stade-ci.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Alors la séance est ajournée à 20 h 30 ce soir.

Reprise de la séance à 20 h 35

M. LE PRESIDENT (Fortier): Loi de l'assurance-maladie, article 1, paragraphe b,

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, avant l'ajournement, le ministre de la Santé avait répondu au député de Bourget à la suite des observations de celui-ci en marge du paragraphe b). Je voudrais que, comme le précédent paragraphe, celui-ci limite, en faisant l'énumération des professionnels. La loi et les professionnels non mentionnés ici sont exclus du régime. Je voudrais savoir du ministre — étant donné que, ailleurs, à l'article 3, je pense, nous faisons référence à la loi des optométristes et des opticiens — s'il prévoit des difficultés particulières, étant donné que les opticiens, qui sont exclus ici — d'ailleurs ils n'étaient pas davantage couverts dans la première version du projet de loi — peuvent dispenser des soins en vertu de la loi de l'optométrie. Le ministre prévoit-il des mécanismes particuliers, actuellement, en prévision des étapes? Ces mécanismes permettront d'étudier les relations entre ces secteurs de la santé, comme nous l'avions fait pour les optométristes et les ophtalmologistes. Alors, il y a la question des opticiens qui se présente. A ce sujet, est-ce que le ministre prévoit des mécanismes spéciaux d'ici l'extension de la loi pour prévoir certaines difficultés qui pourraient se poser en pratique quant à l'exercice de leur profession?

M. CASTONGUAY: Pour mieux comprendre la question, est-ce que vous pourriez nous dire ce que vous aviez prévu comme mécanismes en ce qui a trait aux ophtalmologistes et aux optométristes?

M. CLOUTIER (Montmagny): Les ophtalmologistes et les optométristes, parallèlement à la négociation qui se poursuivait à la table des négociations dans le cadre de l'assurance-maladie, poursuivaient des discussions ou devaient poursuivre des discussions à une autre table où il devait particulièrement être question du champ d'activités professionnelles des deux groupes professionnels. Je ne sais pas quel est l'état des discussions de ces travaux qui, je l'avoue, ont été très difficiles à commencer. Peut-être que le ministre n'a pas eu le temps d'en prendre connaissance; nous pourrions y revenir lors des discussions sur les prévisions budgétaires du ministère de la Santé. Si le ministre ne peut pas me donner une réponse immédiatement, il pourra consulter ce dossier et nous pourrions en discuter à nou-

veau lors des prévisions budgétaires de la Santé.

M. CASTONGUAY: En ce qui a trait aux ophtalmologistes et aux optométristes, le dossier dont j'ai pris connaissance indique qu'il y aurait eu, au cours des dernières années, quatre, ou cinq et même six tentatives en vue de former des comités où on aurait essayé de regrouper optométristes et ophtalmologistes. Le dernier des comités qui devait, comme vous l'avez dit, étudier ce problème des champs d'activités, le dossier indiquait que son travail était suspendu. Le travail de ce dernier comité était suspendu également.

Alors, vous touchez là un problème extrêmement difficile, et pour en arriver à une solution, c'est-à-dire délimiter dans une certaine mesure les champs de pratique de chacun, et surtout, ce qui à mon avis est encore plus important, amener les professionnels de la santé qui jouent des rôles complémentaires de travailler ensemble, un ensemble de mesures devra être pris, et parmi ces mesures, je crois que, dans l'assurance-maladie, les tarifs qui peuvent être accordés peuvent, dans certains cas, faciliter la référence de patients de l'optométriste à l'ophtalmologiste, si on accepte que ces références deviennent pour l'ophtalmologiste une référence comme si elle lui venait d'un autre médecin, on peut alors accomplir un pas dans la bonne voie.

On peut aussi, comme nous l'avons fait ici, couvrir, en premier lieu, les soins ou les services pour lesquels les optométristes sont habilités et, lorsque nous arriverons à la couverture des prothèses — lunettes, verres — décider qui doit donner de tels services. Je pense que le problème se pose différemment selon que nous sommes dans des régions où il y a beaucoup d'optométristes par rapport à d'autres régions où il y en a moins.

Il y a un certain nombre de problèmes, comme vous le mentionnez, qui doivent être résolus. Présentement, nous sommes en mesure de poser certains gestes. Pour ma part, je ne crois pas que la formation d'un autre comité à ce stade-ci — étant donné l'expérience assez négative qui est résultée de tous les autres comités — soit nécessairement l'orientation à prendre.

Vous touchez là un problème extrêmement difficile. Dans la révision des lois corporatives, certaines clarifications devront être apportées sur ce point. Vous savez que nous allons procéder à une révision des lois corporatives, et, encore là, je crois que nous pouvons faire certains pas dans la bonne direc-

tion. Présentement, il n'y a pas de comité qui fonctionne pour étudier comment on pourrait délimiter, ou encore, donner raison à un groupe par rapport à un autre en ce qui a trait aux optométristes et aux opticiens d'ordonnances.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce que les négociations qui se poursuivent actuellement avec les professionnels de la santé font rencontrer, à la même table de négociations, les optométristes et les médecins, particulièrement ceux qui représentent les ophtalmologistes, ou s'ils négocient à des tables distinctes?

M. CASTONGUAY: Jusqu'à maintenant, les négociations se sont poursuivies à des tables distinctes. Vous avez vu dans l'article 3, du projet de loi, qu'au sujet des optométristes, nous entendions couvrir les services que rendent les optométristes, au sens de la Loi des optométristes. Il y a un certain recoupement avec certains services que les ophtalmologistes peuvent rendre également.

Si, au cours des négociations, il devenait nécessaire que certains points soient discutés à la même table, nous inviterons les deux associations à le faire. Jusqu'à maintenant, les négociations se sont poursuivies à des tables distinctes.

M. CLOUTIER (Montmagny): Vous dites qu'il y a des recouvrements avec les optométristes, c'est évident. Est-ce qu'il y aurait aussi des recouvrements, en vertu de la même loi — la Loi des optométristes et des opticiens — avec les opticiens, actuellement, dans le cadre des négociations actuelles, avec l'activité exercée par les opticiens?

M. CASTONGUAY: Ce serait au sujet de la vente ou de la distribution des prothèses, des verres...

M. CLOUTIER (Montmagny): Pour des actes qu'on peut qualifier, au sens de la loi, d'actes médicaux.

M. CASTONGUAY: Ou de services optométriques.

M. BOIS: M. le Président, le ministre de la Santé a-t-il l'intention de rendre au public, conformément à l'article 3, les services des optométristes qui leur sont, à l'heure actuelle, accordés selon leur charte, c'est-à-dire leur bill, celui qui est ici, déposé à la province de Québec et qui a été consenti par des Législatives antérieures?

M. CASTONGUAY: Est-ce qu'on peut reporter cette question à l'étude de l'article 3...?

M. LE PRESIDENT (Fortier): Une fois que nous aurons étudié l'article 1, nous reviendrons à l'article 3.

M. BOIS: D'accord.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Oui, M. Laurin?

M. LAURIN: Je ne voudrais pas revenir sur tous les arguments que je vous ai déjà présentés, mais, comme à l'article 3, j'ai l'intention d'y proposer une modification et que cette modification éventuelle postule un changement dans l'article 1, j'aimerais proposer formellement un changement à cet article 1, avec mon collègue, le député de Lafontaine, afin qu'au paragraphe a, on ajoute après « services », les mots « services et biens assurés », et tout de suite après « les services et les biens visés à l'article 3 ».

Et de la même manière — parce qu'à l'article numéro 3, j'aurais l'intention de proposer, ainsi que je l'ai fait savoir ce matin, un amendement qui amènerait une augmentation éventuelle des catégories de professionnels intéressés par la couverture des services — j'aimerais proposer au paragraphe b) un amendement qui donnerait une définition différente du professionnel de la santé; une définition qui, au lieu d'être simplement une énumération des diverses catégories de professionnels, donnerait une définition générale — par exemple, la suivante: Toute personne autorisée qui fournit des services et des biens nécessaires à la santé.

M. BOIS: M. le Président, en complément de l'article 3a), j'aimerais ici endosser cette opinion: que les biens faisant partie de l'acte médical lui-même soient insérés dans le projet de loi.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Si je comprends bien, à l'article 1a), M. Laurin avait fait un amendement. J'aimerais connaître l'opinion du ministre de la Santé à ce sujet.

M. LEGER: M. le Président, est-ce que vous aimeriez avoir une copie?

M. LE PRESIDENT (Fortier): J'ai une copie ici. Est-ce que vous l'avez, M. le ministre? Voulez-vous faire des commentaires là-dessus?

M. CASTONGUAY: J'ai dit, cet après-midi,

que le projet de loi que nous avons déposé n'était pas un projet de loi-cadre qui permettrait l'extension de la protection ou l'extension des catégories de professionnels qui peuvent nous fournir des services. Ces deux amendements, qui sont proposés, à mon avis, dépassent le cadre du projet de loi et, pour cette raison, m'apparaissent inacceptables.

M. LAFONTAINE: M. le Président, est-ce que cela veut dire que M. le ministre ne permettrait pas qu'il y ait un vote, même si on sait d'avance que le total des représentants du parti sont les mêmes? J'aimerais savoir ce que les autres en pensent.

M. LE PRESIDENT (Fortier): J'ai bien compris. D'ailleurs, j'ai laissé tous les membres de la commission exprimer leur opinion. S'il y en a d'autres qui veulent parler, je suis bien prêt à les entendre. Est-ce qu'il y a d'autres membres qui veulent exprimer leur opinion à ce sujet?

M. BOIS: M. le Président, j'aurais une idée à exprimer. Je crois que nous ne devrions pas nous attarder à l'article 1a) ainsi qu'à l'article 1b) pour la raison que je trouve que les amendements principaux qui devraient être suggérés devraient faire le corps d'une suggestion à l'article 3 lui-même. Cela regarde surtout les services. Ici, l'article 1a) est une définition dans la pratique.

M. LAURIN: Mais, c'est pour fins de concordance avec l'article 1.

M. CASTONGUAY: Voulez-vous que nous le gardions en suspens, 1a) et b)?

UNE VOIX: C'est la seule possibilité.

M. CLOUTIER (Montmagny): La seule chose que je voudrais noter, M. le Président, c'est que cette proposition rejoint la première version du projet de loi presque mot à mot. Ma position, je n'ai pas besoin de l'exprimer.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Alors l'article 1 va rester en suspens.

M. CASTONGUAY: Article 1a) et 1b).

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le reste est accepté. Alors b), c), d), e) et f), adopté.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, en ce qui concerne les paragraphes c) et

d), je n'ai aucune question à poser au ministre mais quant au paragraphe e) quand il s'agit de « régime équivalent », est-ce que le ministre pourrait nous dire comment vont se poser, en pratique, les problèmes des transferts de personnes entre la province de Québec et la province du Nouveau-Brunswick qui a passé une législation d'assurance-maladie mais qui ne l'a pas mise en application? En pratique, quels sont les problèmes que voit le ministre pour les résidents du Québec qui vont voyager au Nouveau-Brunswick où il y a, semble-t-il, — il y aura — un régime équivalent qui a été accepté par la Législature mais qui n'est pas en vigueur?

M. LE PRESIDENT (Fortier): M. Després.

M. DESPRES: Je pense que cela ne posera pas de problème, M. Cloutier. Tout résidant du Québec qui, par exemple, en voyage au Nouveau-Brunswick, nécessiterait des soins, pourrait se faire traiter au Nouveau-Brunswick et le projet de loi prévoit qu'il pourra réclamer de la régie jusqu'à concurrence des honoraires qui auraient été versés au médecin qui l'aurait traité au Québec, si ces soins-là lui avaient été dispensés au Québec.

M. CLOUTIER (Montmagny): Qu'est-ce qu'il arrive des deux autres provinces de l'Atlantique? Il y a trois provinces, je pense, qui ne participent pas encore au régime; il y a Terre-Neuve, si ma mémoire est fidèle.

M. DESPRES: Terre-Neuve et la Nouvelle-Ecosse ont le régime. C'est l'Île-du-Prince-Édouard, et il y avait le Nouveau-Brunswick...

M. CLOUTIER (Montmagny): Pour l'Île-du-Prince-Édouard, est-ce que cela pose des problèmes?

M. DESPRES: Cela ne posera pas plus de problèmes, c'est-à-dire que le Québécois qui se fait traiter à l'Île-du-Prince-Édouard, lorsqu'il revient au Québec, pourra produire ses reçus d'honoraires, ou les renseignements nécessaires, pour que le régime puisse assumer le paiement. La régie paiera jusqu'à concurrence du montant qui lui aurait été versé s'il s'était fait traiter au Québec par un médecin engagé.

M. CLOUTIER (Montmagny): Evidemment, j'aurais pu poser ces questions-là aux articles... Nous n'y reviendrons pas, mais dans le cas d'un résidant du Nouveau-Brunswick qui déciderait de venir établir domicile au Québec... Il part d'une province où le régime n'est pas en application.

M. DESPRES: Il n'est pas en application. S'il établit résidence au Québec, il sera protégé dès son arrivée au Québec.

M. CLOUTIER (Montmagny): Dès son arrivée. Au lieu de la période d'attente.

M. DESPRES: D'ailleurs, il contribuera également au régime dès son arrivée au Québec.

M. LAURIN: J'aurais une question au sujet de l'article c).

M. LE PRESIDENT (Fortier): Un instant! Est-ce que l'article e) est adopté?

M. LAURIN: Non, nous parlons de l'article c).

M. LE PRESIDENT (Fortier): Très bien.

M. LAURIN: Je sais que la question que je vais poser au député de Louis-Hébert n'est pas une opposition de principe, bien au contraire, une entente, mais, quand je vois une entente conclue en vertu de l'article 18, j'ai l'impression que l'entente n'est pas prête d'être conclue et je me demande si je devrais poser une question au député de Louis-Hébert. On vient de me remettre un communiqué annonçant que le président de la Fédération des spécialistes vient, à toutes fins utiles, de rompre les négociations en vue de la conclusion de l'entente. Il fait des critiques extrêmement sévères sur le projet de loi et je me demande si cela veut dire que les négociations sont rompues.

M. CASTONGUAY: Je n'ai pas pris connaissance encore du communiqué. Non, j'étais avec Mlle Littemore, dans mon bureau, au cours de la présente heure. Je peux le lire.

M. LAURIN: Des déclarations furieuses!

M. CASTONGUAY: Probablement que vous pourriez mieux le commenter que moi, étant vous-même médecin spécialiste.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce qu'ils s'opposent à ce que nous définissions le mot « entente »?

M. CASTONGUAY: A quel endroit voyez-vous que?...

M. LAURIN: La première phrase dit: « We will not sign if the law stays as it is ». Le communiqué dit, en somme — c'est ce qui m'a fait poser ma question — que le gouvernement

refuse à la Fédération des spécialistes le droit de négocier, à toutes fins utiles.

M. CASTONGUAY: C'est un article de journal, si je comprends bien. J'aimerais avoir une communication plus précise du président de la Fédération des médecins spécialistes, mais, justement, cela me rappelle certaines des choses qui ont été dites, cet après-midi, voulant qu'il y aurait eu des tractations très secrètes de la part du gouvernement, avec la fédération. De toute façon, si c'est exact, ceci semblerait indiquer que tel n'a pas été le cas.

M. CLOUTIER (Montmagny): J'ajouterais, pour le ministre de la Santé, que je me suis déjà retrouvé dans une telle situation.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Est-ce que le paragraphe c) est adopté?

M. CLOUTIER (Montmagny): Adopté.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le paragraphe d)? « Personne qui réside... »

M. CLOUTIER (Montmagny): Adopté.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le paragraphe e)? « Régime équivalent ».

M. CLOUTIER (Montmagny): Adopté.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le paragraphe f)?

M. CLOUTIER (Montmagny): Adopté.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le paragraphe g)?

M. CLOUTIER (Montmagny): Adopté.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le paragraphe h)?

M. CLOUTIER (Montmagny): Adopté.

M. LE PRESIDENT (Fortier): L'article 2.

M. LEGER: M. le Président, c'est une information que je voudrais demander au ministre. Depuis tout à l'heure que cela me chlcote et je n'osais pas intervenir devant les exposés des savants confrères. Je voudrais savoir pour quelle raison le leader parlementaire a choisi ou a déterminé que nous devions discuter de ces projets article par article, à l'occasion d'une

commission parlementaire et non pas à l'occasion d'un comité plénier? Et pour quelle raison sommes-nous dans une salle si petite où il n'y a pas tellement de monde qui peut participer et écouter? Plusieurs personnes nous disaient: Nous allons assister à ce comité en Chambre. Et nous leur disions: Ce n'est pas en Chambre, c'est ici. Est-ce qu'il y a une raison particulière pour laquelle cela a été fait de cette façon, sauf pour l'efficacité et la rapidité?

M. CASTONGUAY: Tout article que la commission, ici, veut référer, pour étude, au comité plénier, la commission peut décider de le faire et en reprendre la discussion en comité plénier de la Chambre. Maintenant, si la salle n'est pas suffisamment grande, nous pouvons demander une salle plus grande pour la poursuite des travaux.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Vous demanderez au leader si nous pouvons avoir une salle plus grande, la salle 81-A.

M. LAURIN: Je pense, M. le Président, qu'il y a peut-être un autre argument que n'a pas invoqué mon collègue de Lafontaine. Dans une commission parlementaire, un parti de l'Opposition, comme le nôtre, ne compte qu'un seul représentant, et, si nous voulions présenter un amendement, il faut qu'il soit appuyé par quelqu'un et cela nous place dans une situation très corsée.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Non, je ne crois pas.

M. LEGER: M. le Président, est-ce que le ministre ne croit pas que, dans une salle aussi grande que la salle de l'Assemblée nationale, il aurait été plus possible de permettre à plus de gens d'assister à ces discussions?

M. CASTONGUAY: Comme je vous le dis, nous allons, demain, demander s'il serait possible de réunir la commission dans une salle plus grande. Vous savez comme moi qu'à certains moments, trois commissions fonctionnent en même temps. Je ne suis pas au courant des disponibilités.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Je voudrais faire remarquer une chose, c'est qu'ici en commission, nous avons l'avantage d'avoir des spécialistes de la médecine, de la technique, qui peuvent nous donner des renseignements, tandis qu'autrement...

M. CARDINAL: On pourrait se réunir en comité plénier.

M. CASTONGUAY: Il y a un certain nombre de chaises vides. Je pense que, ce soir...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Est-ce que tous consentent à continuer la réunion?

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, avant d'adopter définitivement l'article — il est question de le réserver, parce qu'il y a des amendements — je voudrais demander au ministre de la Santé pourquoi les deux définitions contenues dans le projet de loi précédent n'ont pas été retenues, celle du groupement professionnel et celle du directeur général. Je comprends que ce n'est pas là une question très contentieuse, mais est-ce qu'il y a une raison particulière? Est-ce que c'est pour assouplir le bill, pour l'alléger?

M. CASTONGUAY: C'est purement une question de technique, de rédaction. Je ne sais pas si M. Normand est ici. Il pourrait peut-être vous donner des renseignements plus précis.

M. NORMAND: Dans la première version du bill, il y avait des pouvoirs et des fonctions attribués spécifiquement au directeur général de la régie, de sorte que, pour éviter de répéter chaque fois l'expression au complet; « directeur général de la Régie de l'assurance-maladie, » on en avait fait une définition pour faciliter les références. Comme, dans la nouvelle version, il y a des commissions d'appréciation des différents conseils d'arbitrage, l'expression « directeur général de la régie » revient moins souvent, de sorte qu'il est moins nécessaire de la définir que ce ne l'était dans la première version du bill 8.

M. CLOUTIER (Montmagny): D'accord.

M. LE PRESIDENT (Fortier): L'article 1 est adopté, sauf que l'on garde en suspens les paragraphes a) et b) et l'on reviendra sur l'amendement.

Article 2.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, sur l'article 2, si vous...

M. BOIS: Excusez, M. le Président, j'avais justement une question à poser tout à l'heure. Je suis membre de la commission. Je vous demande pardon. Au paragraphe h), ici: « Un règlement adopté conformément à l'article 56... »

Si on adopte le paragraphe h), est-ce que l'on a le privilège de la discussion sur l'article 56 tout à l'heure?

M. LE PRESIDENT (Fortier): Oui.
Article 2.

Liberté de choisir son médecin

M. CLOUTIER (Montmagny): L'article 2 est un nouvel article introduit dans cette deuxième version du projet de loi. Il consacre la liberté du patient de choisir son médecin traitant et aussi la liberté du traitant de choisir son patient. Evidemment, ce sont deux énoncés de principe. Je ne sais pas, à ce moment-ci, dans le contexte actuel et tenant compte de l'évolution future après la mise en application du régime, si les deux principes vont conserver la même équivalence. De toute façon, il nous semble bien qu'en ce qui concerne la liberté des patients, il n'y ait pas de restriction que l'on pourrait apporter, sauf que, après l'application du régime, les patients ne payant pas directement le médecin traitant et, de toute façon, n'assumant pas eux-mêmes directement le paiement des honoraires, ils sont tous sur le même pied par rapport aux soins médicaux qu'ils reçoivent. Il reste que l'on peut évaluer en termes différents la qualité des professionnels qui dispensent les soins et en apprécier le degré de compétence.

En ce qui concerne l'autre principe, la liberté du médecin traitant de choisir son patient, le projet de loi ne comporte aucune restriction dans le contexte moderne. Tenant compte de l'évolution de la pratique médicale, tenant compte de la socialisation de l'exercice de la profession médicale, je me demande s'il n'y aurait pas lieu d'apporter certaines restrictions à ce principe. En effet, le principe n'a pas la même équivalence quand il s'agit d'éthique professionnelle, quand le médecin traitant refuse de soigner un patient à cause de normes professionnelles, alors que, s'il le refuse pour d'autres raisons, des raisons personnelles ou des raisons pécuniaires, le principe je crois, ne garde pas la même valeur. Je ne sais si on devrait consacrer dans un projet de loi comme celui-ci, sans réserve, la liberté du médecin de choisir le patient sans aucune distinction. A ce moment-ci, dans le contexte moderne, en tenant compte, évidemment, de l'évolution et en tenant compte aussi des dispositions des jeunes médecins qui s'engagent dans la pratique médicale, je me demande si l'on doit conserver intact, sans aucune restriction, cet article 2. Je demanderais au ministre de la Santé de me donner son opinion sur ce sujet.

M. CASTONGUAY: Je pense que le député de Bourget voulait faire des commentaires également.

M. LAURIN: Je voulais commenter également cet article. Je crois en deviner la source pour avoir lu avec beaucoup d'intérêt les allocutions récentes du président du Collège des médecins et pour les avoir lues également dans le bulletin du collège. Je sais que le collège insiste fortement pour que ce projet de loi contienne un énoncé de principe qui constitue la base même de la pratique médicale selon les modes traditionnels, mais qui restent actuels dans la pratique d'aujourd'hui. Il reste cependant que, tout en approuvant entièrement le principe qui sous-tend cet article, il est peut-être dangereux de l'inscrire tel quel.

Encore une fois, un article est toujours limitatif. Il faut bien y penser, tout prévoir, de façon à ne pas créer autant de problèmes qu'on en résoud. Il ne fait pas de doute que, dans notre pratique, il y a des cas qui se posent où le libre choix du médecin par son patient et le libre choix du patient par le médecin se heurtent à certaines difficultés, pour ne pas dire aussi à certaines situations.

Je voudrais signaler deux exemples en particulier. Lorsqu'un patient nous arrive à la salle d'urgence, inconscient, et qu'il se trouve au dispensaire, à la salle d'urgence, un seul médecin, il est bien évident qu'à mon avis ce médecin n'a pas le droit de ne pas soigner ce patient. Je pense que c'est un cas assez simple. De la même façon que l'on ne peut quand même pas guérir le patient avant de lui demander s'il consent à être soigné par le médecin. Celui qui est justement de garde ce soir-là à la salle d'urgence. Voilà donc une condition où ce libre choix, tout en demeurant vrai sur le plan des principes, ne peut s'appliquer dans la pratique.

Il y a également un autre exemple que je veux tirer de ma pratique psychiatrique. Il nous arrive souvent de recevoir dans nos dispensaires psychiatriques, et souvent, encore une fois, à la salle d'urgence, des patients qui ont complètement perdu les pédales, qui sont hallucinés, qui sont délirants, qui ont perdu le sens de l'orientation, de la réalité, et qui, justement, à cause de leur délire, prennent le médecin comme un représentant de la mafia, du communisme, de toutes les puissances maléfiques, le FBI tout ce qu'on veut. Leur première réaction devant le médecin, c'est de fuir. Parfois, cela prend toute l'énergie de nos infirmiers ou de la famille qui accompagne le patient pour le retenir sur les lieux et pour le traiter. Il est bien évident que le simple bon sens, ainsi que le sens de l'humanité, exige que nous prenions les moyens de

garder ce patient-là dans le local où il se trouve et, de plus, l'éthique nous force à accepter de traiter ce malade-là, même s'il refuse la présence du médecin.

Il y a d'autres exemples encore plus tragiques. Je pense au cas de certains adolescents de 16 ou 17 ans qui présentent un syndrome psychiatrique mineur parfois, trouble de caractère, trouble d'adaptation, qui ne perturbe pas d'une façon marquée leurs facultés intellectuelles.

Us sont motivés pour le traitement mais sont précisément malades parce qu'ils ont eu des parents malades. Ces parents malades, ce sont souvent des parents qui représentent un syndrome psychiatrique marqué, qui sont délirants, qui refusent absolument à l'hôpital et aux médecins la permission de traiter ce patient-là, de même qu'ils refusent à l'hôpital la permission de garder le malade. Nous avons eu des cas très difficiles où nous avons même dû faire intervenir la cour à certains moments, pour forcer ces parents à nous laisser la garde de leur enfant mineur. Il y a des problèmes juridiques que nous avons dû soumettre à un spécialiste dans ce domaine.

Me Claude Tellier a dû étudier cinq ou six de nos cas, et dans certains cas, c'est seulement la cour qui a tranché la question. Il est donc très important lorsqu'on étudie, lorsqu'on écrit, lorsqu'on rédige un article comme celui-là, de penser à ces complications qui font que le libre choix du patient par son médecin, du médecin par son patient, risque de demeurer lettre morte à cause de la situation, ou encore, conduise à des complications qui pourraient rendre ce médecin passible de poursuites devant les tribunaux, si on n'y prend garde. C'est la raison pour laquelle j'avais préparé une modification que je veux proposer moins à titre d'amendement que de suggestion au ministre, afin qu'il puisse l'étudier, qu'il puisse demander l'avis des spécialistes tels que ceux que j'ai mentionnés, pour qu'il puisse nous revenir, à un autre moment, avec un texte qui tiendrait un compte plus exact de la situation et qui ne risquerait pas de créer des difficultés, soit au patient, soit au professionnel.

Je remarque la présence du registraire du Collège des médecins et j'aimerais en profiter pour lui demander son avis. Est-ce qu'il y a actuellement quelque chose dans le code d'éthique médicale qui lui commande...

M. CASTONGUAY: Je pense que le registraire du Collège des médecins n'est pas ici à titre de conseiller du ministre et je ne crois pas qu'il ait droit de parole.

M. LAURIN: Je pose la question. Est-ce qu'il y a un article, dans le code d'éthique médicale.

qui commande à un médecin de soigner un patient qui lui arrive et qui lui interdit de ne pas le soigner? De toute façon, ma suggestion était la suivante, et le texte pourrait se lire comme suit: « Rien, dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir le professionnel de la santé par lequel elle désire être traitée, ou celle que, dans les limites prescrites par le code d'éthique auquel il est assujéti, un tel professionnel a, d'accepter ou non, de traiter une telle personne sauf pour des raisons d'urgence ou dans le cas où elle ne peut avoir facilement accès à un autre professionnel » .

Et là, il faudrait peut-être ajouter quelque chose pour la situation du « *compos mentis* », les situations où un patient n'est pas dans l'état de décider s'il désire être traité par tel ou tel médecin auquel il est obligé de s'adresser dans les circonstances.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Monsieur Bois.

M. BOIS: Nonobstant l'opinion très experte de mon confrère de Bourget — opinion très professionnelle d'ailleurs, je l'en félicite — il reste cependant que dans le texte de l'article 2, la présente loi ne limite pas, « ne limite la liberté ». Donc la liberté s'applique à une personne qui peut savoir ce qu'elle a à faire de sa propre liberté. Parce que la personne visée dans les remarques de mon confrère, n'a même plus sa liberté. Elle est ce qu'on appelle « sujette à internement », sujette à interdiction ou à n'importe quoi. Alors, je ne crois pas qu'à ce stade-ci, il faille prendre un code d'exception pour généraliser dans l'article 2 de ce bill.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Un instant.

M. BOIS: Vous savez, M. le Président... pour laisser malgré tout la liberté. Je tiens au mot « liberté », parce que je trouve que cela doit s'appliquer à la majorité de la population. L'honorable ministre le mentionnait cet après-midi, et je crois qu'il faut tout de même insister sur ce texte. Parce que les personnes qui ne sont souvent pas sujettes à une décision du choix de leur professionnel, de leur médecin, par d'autres personnes, par des tiers ont déjà perdu leur liberté au sens strict du mot.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): M. Quenneville.

M. BOIS: Merci, M. le Président.

M. QUENNEVILLE: J'abonde un peu dans le

même sens que M. le député. Les faits rapportés par le député de Bourget sont plutôt des cas d'exception. Ils sont réglementés par la même loi qui réglemente les cas d'urgence. Supposons qu'un cas d'urgence arrive à l'hôpital, que la personne est absolument inconsciente, si le mari n'est pas là ou que la personne qui doit signer pour cette personne n'est pas là, du moment qu'il y a deux médecins pour signer, le patient est opéré de toute façon. Les cas impliquant la liberté impliquent tout de même la conscience.

M. LAURIN: Mais c'est que rien n'avait jamais été écrit dans un projet de loi sur le sujet.

M. QUENNEVILLE: C'est sûr, mais moi je trouve que pour une question de fait, cela ne change rien.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): M. Castonguay.

M. CASTONGUAY: Dans la Loi de l'assistance-médicale, vous retrouvez premièrement, un article analogue; deuxièmement, si on lit attentivement le texte, il est dit: « Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir... » En pratique, je reconnais que, dans un certains cas, cette liberté peut être limitée par les faits, par les circonstances. Alors, ici l'intention de l'article est de ne pas limiter cette liberté même si cette liberté peut être déjà limitée par les faits ou les circonstances.

Vous avez soulevé la question du code d'éthique. C'est pourquoi les obligations qui peuvent être imposées ici, aux professionnels — parce que tous les exemples que vous avez donnés, sauf le dernier, se plaçaient au niveau du professionnel — les exigences sur sa pratique devraient être dans la loi corporative, la loi en vertu de laquelle il est admis à la pratique.

Par contre, en ce qui a trait au malade mental qui n'est pas dans un état de se faire traiter, il me semble que ce sont des dispositions qui devraient être inscrites dans une loi concernant le malade mental. Vous retrouvez, également, le même genre de problème en ce qui a trait à la tuberculose. Au Québec, un tuberculeux reconnu n'est pas obligé de se faire traiter. En Ontario, il y a une obligation, le tuberculeux est obligé de se soumettre à des traitements.

Alors, il y a des cas de limitation à cette liberté. C'est le cas, aussi bien au niveau du professionnel qu'au niveau du patient ou de l'individu qui devrait être, à mon avis, précisé, explicité dans des lois pertinentes.

Ici, nous avons simplement voulu indiquer, à titre de principe, que la loi ne venait pas ajouter

des limitations aux libertés plus ou moins complètes qui peuvent exister dans les faits.

M. LE PRESIDENT (Fortier): M. Samson a demandé la parole.

M. SAMSON: M. le Président, ce serait pour abonder dans le même sens que mon collègue, le député de Saint-Sauveur, à l'effet que nous serions d'accord avec l'article numéro 2, nonobstant le fait qui nous a été donné dans l'exemple du député de Bourget, à savoir que « rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec ». A mon sens, cela veut dire que si on demandait à une personne irresponsable de choisir son médecin, là, cela prendrait une tout autre allure. Mais pour les personnes irresponsables, il y a d'autres genres de loi qui limitent leur responsabilité, leur liberté. Tous les gens qui sont sains d'esprit devraient avoir libre accès au médecin de leur choix et c'est ce qui est dit dans cet article, sur lequel nous sommes d'accord. Pour ceux qui sont irresponsables, ils sont couverts par d'autres lois.

M. LEGER: M. le Président.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Lafontaine.

M. LEGER: Tout de même, si on lit l'article: « Rien dans la présente loi ne limite la liberté », cela veut dire que le médecin aurait pleine liberté d'accepter ou de refuser de soigner. Il ne faut jamais craindre de mettre plus dans la loi que moins, et surtout pour les questions d'urgence. Je m'explique. Un médecin qui, à un moment donné, termine son travail à une certaine heure, et qu'il n'y a aucun remplaçant même s'il a une conscience professionnelle, il faut prévoir les cas où le médecin ne voudrait pas soigner une personne, alors qu'il n'y aurait peut-être pas possibilité d'avoir un autre médecin disponible. La loi permettrait ou obligerait le médecin à soigner la personne dans des cas d'urgence. Et je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas en mettre plus dans la loi qu'en mettre moins, surtout pour les cas nécessitant une intervention d'urgence.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président.

M. LEGER: Autrement dit, je demande pour quelle raison on n'ajouterait pas cela à la loi. Qu'est-ce que cela pourrait amener comme complications, alors qu'elle serait un peu plus pré-

cise et qu'on tiendrait compte des cas spéciaux. De plus, c'est surtout dans les cas spéciaux qu'il arrive des problèmes et non pas dans les cas généraux?

M. CASTONGUAY: Ici, c'est un article d'interprétation, et si, lors de la révision de la Loi du Collège des médecins, lors de la révision de la Loi des optométristes, il était nécessaire d'ajouter aux exigences de la pratique, vis-à-vis des cas d'urgence ou d'autres cas, cela devrait être apporté dans ces lois qui régissent la pratique de ces catégories de professionnels.

Je suis d'accord avec vous que dans un cas d'urgence le médecin doit rendre les services que l'état d'une personne peut requérir, mais je ne crois pas que cela doive être inscrit dans cette loi. Ici tout ce qu'on a voulu dire, c'est qu'on ne doit pas interpréter les autres articles de la loi — si vous remarquez, à l'article 2 — comme venant ajouter aux lois corporatives. C'est simplement un article d'interprétation. S'il y a lieu d'ajouter aux articles des lois corporatives ou à la législation sur les malades mentaux, ce devrait être fait au niveau de ces lois, de sorte qu'on retrouve dans une loi les dispositions qui cadrent avec l'objectif de la loi ou son économie et dans les autres lois, les dispositions qui appartiennent à ces autres lois.

M. CLOUTIER (Montmagny): Si j'ai bien compris l'exposé du ministre de la Santé, dans les lois corporatives il a l'intention d'apporter une attention spéciale à la mise en pratique de ces principes. Mais ne croit-il pas que déjà, après y avoir consacré cet article no 2, dans la Loi de l'assurance-maladie, que même s'il introduit des dispositions dans les lois qui régissent les corporations professionnelles, ces dispositions seront amoindries par cette disposition de l'article no 2, qui déjà aura force de loi? Le ministre, d'après sa déclaration, je crois comprendre qu'il a l'intention dans les lois qui vont régir les corporations de traiter de cette question et même d'apporter une certaine limitation. Mais est-ce qu'il ne croit pas ne serait-ce que pour la simple concordance entre les lois, qu'il serait bon d'introduire cette précaution ici dans l'article no 2? Je voudrais ajouter qu'évidemment c'est une question de principe. Je sais que, dans les faits, il est difficile de vérifier cette question de principe.

On dit que le patient a la liberté de choisir son médecin traitant. Mais ça se dit rapidement sur papier, mais dans les faits, c'est parfois différent. Moi-même on m'a fait une réflexion semblable aux Iles-de-la-Madeleine. Un citoyen m'y disait: Comment voulez-vous

qu'on alt la liberté du choix du médecin, quand il y a un seul médecin aux Iles-de-la-Madeleine et que nous sommes isolés? On voit qu'en pratique le principe trouve difficilement application. S'il est difficile dans les faits de vérifier ces questions de principe, personnellement je ne vois pas d'objection et même je préférerais que cette précaution déjà, si possible, soit inscrite dans cette législation, afin de faciliter le travail du ministre quand viendra le temps de légiférer en matière d'obligation, de responsabilité des corporations professionnelles. Je crois que cela répondrait au sentiment populaire, les médecins ne verraient pas là une restriction démesurée du principe que nous énonçons, parce que l'éthique professionnelle, tout le monde est d'accord que, pour des raisons d'éthique professionnelle, le médecin peut refuser un patient. Si c'est pour d'autres raisons, comme des raisons pécuniaires, évidemment cela se produira de moins en moins peut-être pour des raisons pécuniaires, parce que les soins étant assurés, le paiement aussi l'est par conséquent. Mais de toute façon je demande au ministre, même si nous suspendons l'article ce soir, d'y réfléchir Jusqu'à demain. Nous pourrions y revenir et voir s'il n'y a pas d'autres possibilités — le député de Bourget l'a donné à titre de suggestion — et même si ce n'était pas exactement cette formulation-là — d'introduire une certaine réserve qui ne viendrait pas à l'encontre d'un énoncé de principe.

M. CASTONGUAY: Je voudrais simplement dire au député de Montmagny, et lui préciser que, dans l'étude des lois corporatives, cette question va être examinée, mais on ne doit pas en conclure nécessairement qu'on va ajouter aux exigences. Il va falloir d'abord étudier la question. Ensuite, il reste à savoir, si on revisait les lois corporatives, pour prévoir mieux les situations qu'elles ne le prévoient présentement, situations que vous avez mentionnées, si l'adoption d'un tel article ici pourrait limiter la portée des articles correspondants dans les lois corporatives. Je crois que, tout en me souvenant de la suggestion que vous avez faite de suspendre cet article, il y aurait avantage malgré tout, pour l'information des membres de la commission, de demander à M. Normand, si tel serait le cas, si l'adoption de cet article limiterait la portée des articles correspondants dans les lois corporatives.

M. NORMAND: Je ne crois pas, pour deux raisons. La première, c'est qu'une modification serait faite dans une loi corporative serait d'abord une modification faite de façon

spécifique qui l'emporterait sur une disposition sur un sujet analogue contenu dans une loi générale. D'autre part, cette modification serait faite postérieurement à l'adoption d'une loi générale. Donc, sur un strict plan de principe d'interprétation juridique, je ne crois pas qu'il y aurait des inconvénients à laisser l'article intact et il ne porterait pas atteinte à la portée que pourrait avoir une modification dans les lois corporatives éventuelles.

D'autre part, il faut bien remarquer que l'article 2 dit: « Rien, dans la présente loi, ne limite la liberté qu'a une personne », etc. Il ne s'agit donc pas d'une disposition analogue à celle que pourrait avoir une charte des droits de l'homme qui énonce des principes d'application générale. L'article dit simplement qu'il s'agit d'une règle d'interprétation de la présente loi, de sorte que si, dans la présente loi, on pouvait trouver des conflits mettant en cause le choix d'une personne d'être traitée par un professionnel de son choix, ou le droit pour un professionnel de traiter ou non une personne, à ce moment, on doit interpréter ce conflit législatif à l'aide de cette disposition.

M. LAURIN: Est-ce que je vous comprends bien, en disant qu'une personne qui se présenterait à une salle d'urgence un soir et qui ne serait pas traitée par le médecin de garde pour une raison quelconque — s'il n'est pas là ou refuse de la traiter — ne pourrait pas invoquer cet article-là dans la poursuite éventuelle qu'elle pourrait faire devant les tribunaux contre ce professionnel de la santé?

M. NORMAND: Je ne crois pas. Elle pourrait plutôt invoquer les règles de déontologie applicables à ce professionnel de la santé, si le code d'éthique applicable aux professionnels y pourvoit. Il s'agit ici essentiellement d'une loi qui traite de la rémunération des professionnels de la santé par un organisme qui est la Régie de l'assurance-maladie et uniquement ça.

M. CASTONGUAY: Maintenant, avec ces explications, malgré tout, j'accepterais la suggestion du député de Montmagny à l'effet qu'on réserve cet article et que M. Normand étudie l'amendement proposé et que nous en discutions et au besoin que nous revenions avec une formulation quelque peu différente pour prévoir les cas d'exception.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Alors l'article 2 est réservé.

M. SAMSON: Il semble que les arguments qui sont apportés contre l'article 2, tel qu'il se présente, seraient des arguments basés sur des exemples d'exception. Je pense qu'on ne doit pas légiférer toujours en fonction des exceptions. Là, il y a le cas de la grande majorité qui entre en cause, il s'agit de la liberté des individus. C'est un grand principe. Les individus qui sont sains d'esprit doivent être libres de choisir. On ne leur dit pas qu'un professionnel dans un cas d'urgence, s'il ne peut pas soigner tel patient, et que le patient veut avoir ce professionnel, entrave la liberté du patient de choisir, s'il n'est pas disponible. On sous-entend par cet article le libre choix au patient de choisir son médecin, à condition qu'il soit disponible. On comprend ça.

M. LE PRESIDENT (Fortier): M. Bois.

M. BOIS: La façon dont je comprends ça en lisant: « Un tel professionnel a le droit d'accepter ou non de traiter une telle personne » tout ce que ça fait, c'est que ça aide le professionnel à accepter ou à refuser une telle personne, excepté pour des raisons d'urgence. Cela veut dire que ça réserve au professionnel le droit de refuser quelqu'un. Cela ne veut pas dire que ça donne à l'individu le choix de son médecin. C'est ce que je comprends dans cet amendement. Cela fait vingt fois que je le relis, c'est toujours la même chose. En fait, c'est le professionnel qui se réserve un droit d'accepter. Ce n'est plus de la liberté pour l'individu. C'est le professionnel...

M. SAMSON: C'est l'amendement proposé.

M. BOIS: L'amendement proposé, j'entends. Je trouve que l'article 2 est parfaitement correct et devrait demeurer le même.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Est-ce que l'opinion des membres est que l'on reprenne l'article plus tard? Est-ce que M. le ministre aime mieux...

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre était disposé à donner une réponse demain.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Demain, d'accord! Alors, ajourné à demain. Article 3.

Coût des services

M. CLOUTIER (Montmagny): n s'agit avec l'article 1 d'un des articles les plus importants du projet de loi. Il s'agit d'un article

qui a été considérablement modifié par rapport à la version originale. Des précisions ont été apportées et il y a eu une restriction sur les stipulations de la première version du projet de loi. Le coût des services qui sont rendus par un professionnel de la santé doit être conforme aux norme de pratique professionnelle qui lui sont applicables. Cette stipulation, dans le premier paragraphe... J'aimerais entendre de la bouche du ministre des précisions quant à la portée de cette modification inscrite dans le projet de loi. En pratique il peut se poser, si les services et les soins médicaux ne sont pas rendus en vertu des normes de pratique professionnelle, un problème de non-paiement par la régie. Est-ce que le ministre pourrait nous dire, en pratique, de quelle façon, si les soins dispensés contreviennent à cet article, de quelle façon la régie se comportera vis-à-vis de ces professionnels?

M. CASTONGUAY: Vous avez l'intention visée dans la couverture de chacun des types de service. Prenons les soins médicaux. On dit qu'ils doivent être requis au point de vue médical; s'ils ne sont pas requis, ils ne seront pas couverts. Par ailleurs, nous disons que les coûts des services rendus par un professionnel conformément aux normes de pratique professionnelle, vont être assumés par la régie. Si le directeur général de la régie a des doutes quant à savoir, par suite de plaintes, ou du dossier qu'il constitue, à savoir si les soins ont été rendus conformément aux normes de pratique ou pour une autre raison, le cas peut justifier le refus du paiement. Il peut aussi envoyer le cas à la commission de l'appréciation des différends, qui elle pourra étudier le dossier; et s'il y a réellement des aspects du dossier qui indiquent que les soins n'ont pas été rendus conformément aux normes de pratique professionnelle, à ce moment-là, il se pose un problème qui relève de la juridiction des corporations professionnelles. Le cas sera référé à la corporation, elle le jugera et prendra, si les soins n'étaient pas rendus conformément aux normes de pratique, les mesurés qui pourraient lui sembler appropriées vis-à-vis du professionnel. Puis son jugement sera transmis à la commission de l'appréciation des différends et au directeur général de la régie et celui-ci pourra maintenir sa décision de ne pas payer.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je voulais faire préciser au ministre cette première limitation parce qu'ensuite, dans l'article, on décrit les soins précis qui seront couverts par

le régime, pour autant qu'ils auront été dispensés selon les normes de pratique professionnelle. Si on prend chacune des descriptions, prenons le paragraphe a) qui concerne les services que peuvent rendre les médecins et qui sont requis au point de vue médical. La présente stipulation rejoint celle de la législation fédérale et ce sont les mêmes termes qui sont employés au point de vue des services requis sur le plan médical. C'est ce qui a permis, dans les faits, au gouvernement canadien, d'étendre déjà les services à la chirurgie buccale disant que c'était nécessaire du point de vue médical.

En pratique, malgré cette description que l'on a faite, on peut se poser certaines questions. Les actes posés par les médecins — on a effleuré le sujet à l'article 1 — ils sont posés par une équipe. On a parlé du cas du médecin qui pratique dans un cabinet privé ou dans une clinique organisée où il y a une équipe communautaire, il y a des professionnels de la santé comme des infirmières dont les services ne sont pas couverts par le régime. Je reviens à cette question des services donnés par cette équipe. Il arrive en pratique que ces services, ces soins médicaux soient donnés par certains professionnels de la santé et ne soient pas couverts par le régime.

Est-ce que, d'après le ministre, la description donnée dans le projet de loi est suffisante? A ce moment-ci ça ne me paraît pas suffisant et je ne sais pas si nous n'aurions pas pu préciser davantage ce qui est exclu par ce paragraphe a) de l'article 3. En pratique, je mentionnais le cas précis de l'équipe communautaire, de l'équipe qui pratique ensemble, je voudrais entendre de la bouche du ministre comment, dans les cas un peu litigieux ou les cas frontières où les services sont donnés par cette équipe communautaire, on doit interpréter cette description donnée au paragraphe a).

M. CASTONGUAY: La seule chose que je peux dire sur ça, c'est que tant et aussi longtemps que le régime ne donnera pas, n'offrira pas une couverture complète — je suis d'accord avec le principe que l'on vise à en arriver aussi rapidement que possible à une couverture complète — certains types de services, certains biens ou des médicaments ou des prothèses, etc. ne sont pas couverts. Alors, que ces services soient donnés — si vous prenez l'exemple de l'infirmière seule, une infirmière visiteuse ou une infirmière en service privé — par une infirmière pour autant que l'on ne soit pas couvert en vertu d'une autre

loi, l'assurance-hospitalisation par exemple, les unités sanitaires — ces services ne seront pas couverts et le patient devra continuer de payer comme il le fait présentement,

M. CLOUTIER (Montmagny): Il y a d'autres choses qui entourent l'acte du médecin. Je sais que le médecin, une fois terminé l'examen de son patient, doit compléter pour la régie des formules par lesquelles il doit réclamer un paiement. Est-ce que tous ces actes accessoires sont exclus du régime, qu'ils sont fournis gracieusement par les médecins et qu'aucune rémunération n'est fournie en vertu du régime?

M. QUENNEVILLE: Qu'est-ce que vous entendez par acte accessoire?

M. CLOUTIER (Montmagny): Je prends l'exemple des formules. On sait que, dans le régime de l'assurance-maladie, le médecin devra compléter une série de formules, qu'il devra faire parvenir à la régie sa réclamation d'honoraire et devra écrire le diagnostic pour fins de vérification et ainsi de suite. Ce sont des actes qui font partie de l'ensemble de la visite d'un patient, mais qui ne sont pas classés comme actes médicaux. Ce n'est pas de même nature que l'acte posé par l'infirmière. J'ai mentionné aussi l'acte posé par l'infirmière dans cette visite du patient qui fait partie de tout le traitement que va procurer le médecin au patient. C'est un acte qui a été posé par l'infirmière, c'est un acte médical non pas au sens des soins assurés, mais c'est quand même un acte qui fait partie de l'ensemble du traitement du médecin. La compilation de toutes les formules est un geste accessoire mais nécessaire pour les fins du régime. Je demanderais, au ministre, de préciser, pour fins...

M. CASTONGUAY: En ce qui a trait aux fonctions administratives entourant l'acte médical, c'est compris dans le tarif, tout comme présentement, les médecins distinguent, lorsqu'ils parlent de leur revenu, leur revenu purement professionnel et les frais d'administration qu'ils doivent encourir s'ils sont en cabinet privé.

Le tarif comprend une partie, comprendra une partie, une composante qui devra couvrir ces aspects administratifs, tenue des dossiers etc.

M. LAURIN: Salaire de l'infirmière.

M. CASTONGUAY: Salaire de l'infirmière,

lorsque nous arriverons aux services communautaires auxquels fait allusion le député de Montmagny. Probablement qu'il nous faudra couvrir le salaire de l'infirmière. Si le médecin rend ces services en milieu hospitalier, il devra, à même le revenu qu'il reçoit, si les services lui sont fournis par l'hôpital, payer à l'hôpital, une partie des frais assumés par l'hôpital, pour le maintien des dossiers, pour le travail clérical nécessaire à la préparation des relevés d'honoraires. Je pense qu'on doit avoir comme principe que le tarif comprend une composante pour les frais d'administration, une composante professionnelle.

M. CLOUTIER (Montmagny): Sans que le ministre nous révèle évidemment, à ce moment-ci, les discussions qui vont se poursuivre à la table des négociations, quant au tarif exigé, demandé par les professionnels de la santé, est-ce que le ministre prévoit que, tenant compte évidemment de l'augmentation de ce fardeau administratif, les demandes des professionnels de la santé, seront accrues en prévision de ce travail additionnel?

M. CASTONGUAY: Je crois que le travail administratif des médecins sera simplifié et non accru. Actuellement, les médecins doivent faire affaires ou envoyer des notes d'honoraires à un grand nombre de patients, ceux qui ne sont pas assurés. Dans certains cas, ils sont obligés d'envoyer une note de rappel, dans d'autres cas, ils sont obligés de poursuivre et ils semblent le faire assez souvent, si on en juge par les enquêtes qui ont pu être faites par la CSN, par exemple. De plus, lorsqu'on se retourne vers la catégorie des personnes qui sont assurées, le médecin est obligé d'envoyer sa note d'honoraires au patient. Le patient souvent communique avec sa compagnie d'assurances, la compagnie envoie une formule et le médecin est obligé de compléter la formule et de l'envoyer à un grand nombre d'assureurs parce que tous les gens ne sont pas assurés nécessairement avec le même service. Je crois qu'il y en a 90 qui détiennent un permis d'assurance accident-maladie dans la province de Québec. Avec l'assurance-maladie, il y aura une formule type. Une fois qu'un service est rendu, la formule est complétée, il y a des codes, on l'envoie à la régie et la régie fait l'évaluation du cas. Si tout est clair, elle paie le professionnel, il n'y a pas de retard, il n'y a pas de poursuite, et il n'y a pas de frais de perception, rien.

Alors moi, j'ai la conviction nette que les médecins ou les optométristes ou tout autre professionnel qui sera couvert par ce régime

aura un travail administratif moins lourd à effectuer que présentement.

M. LAURIN: Une formule par visite?

M. CLOUTIER (Montmagny): Juste une remarque sur ce que vient de dire le...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Oui, sur le même sujet.

M. CLOUTIER (Montmagny): ... est-ce que le ministre emploiera cet argument à la table des négociations pour faire réduire les tarifs des médecins?

M. CASTONGUAY: Je peux vous dire qu'on est probablement plus conscient que l'ancien ministre du problème des coûts si on en juge par l'entente qui a été signée avec les internes et les résidents, vers le 10 mars.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je n'irais pas jusqu'à dire que le ministre de la Santé est hors d'ordre, M. le président.

M. LE PRESIDENT: M. Léger.

M. LEGER: Je voudrais demander au ministre, puisqu'on parlait de formules, si le gouvernement a des moyens de vérifier et de contrôler l'authenticité des formules de réclamation pour services rendus par un médecin, quant à l'acte médical ou aux services diagnostiques au bureau, pour des médecins éloignés ou pour la petite partie de médecins qui peut ne pas être honnête et frauder le gouvernement. Est-ce qu'il y a une formule de contrôle, une façon de contrôler l'authenticité de ces réclamations?

M. CASTONGUAY: Je pourrais vous apporter certaines réponses ayant déjà travaillé dans des sociétés d'assurance, sur ce genre de problème. Et si vous me le permettiez, M. Després, le président de la Régie, serait beaucoup plus apte que moi pour vous donner des renseignements très complets sur les modes de contrôle qui peuvent être exercés pour les situations auxquelles vous faites allusion.

M. DESPRES: Pour les relevés d'honoraires, chaque médecin, lui-même ou un mandataire qu'il a spécifiquement désigné à la régie, doit signer chaque relevé d'honoraires qu'il produit et indiquer qu'il a personnellement dispensé des soins pour lesquels il fait une réclamation. Périodiquement, suivant une méthode d'échantillonnage, nous allons faire tenir aux résidents du Québec,

qui auront reçu des soins, un relevé des sommes que nous avons payées pour eux. C'est un moyen de nous indiquer s'ils ne les ont pas reçues, de nous en avertir. D'un autre côté, il y a ce qu'on appelle l'étude des profils qui nous donnera à l'égard de chaque médecin, les actes qu'il a posés au cours d'une période donnée, et par comparaison, sans vouloir juger du bien-fondé du nombre d'actes posés, c'est une indication qui pourrait nous amener à déterminer, s'il y a eu, une dispensation de soins qui dépassent de beaucoup la normale de ses collègues, dans une région déterminée ou à travers la province. Il y a également, tout le mécanisme, de la réglementation des tarifs qui seront prévus au préambule et qui permettront de faire d'autres types de vérification nous aidant à nous assurer que le relevé d'honoraires qui nous est produit, correspond bien à des services dispensés.

M. LEGER: M. le Président, est-ce que je pourrais demander si le style de vérification que vous prévoyez faire serait un style de vérification comme celui que font les comptables qui s'occupent de la vérification de comptes qu'ils envoient aux clients disant: Votre compte est rendu à tel montant. Est-ce dans le même style? Le patient recevrait cela puis il aurait à vous répondre qu'il a bien demandé les services de tel médecin. Est-ce dans ce style-là?

M. DESPRES: En fait c'est plutôt par exception. On dit au patient: Si ce relevé d'honoraires n'est pas conforme aux soins qui vous ont été dispensés, veuillez nous en avertir; si tout est conforme, ne répondez pas, jetez-le au panier.

M. LEGER: Une autre question. Est-ce que vous pensez que cette façon de contrôle est suffisamment motivante pour le patient? Croyez-vous que le patient répondra, indiquant exactement les services reçus, sachant que la formule reçue n'est pas tout à fait « honnête »? Croyez-vous qu'il accepterait de contredire son médecin traitant?

M. DESPRES: Certains cas peuvent être, je vous l'avoue, aberrants, n pourrait arriver qu'un médecin se serve d'un patient pour réclamer des honoraires. Parce que d'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue qu'un autre moyen de contrôle qui est à notre disposition, c'est l'historique du patient: les traitements qui lui ont été dispensés. Il est évident que si une appendicectomie nous est réclamée à un moment donné, et que cinq mois après, le même acte

est réclamé, on va s'apercevoir qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond!

M. LAURIN: Il y en avait deux!

M. LEGER: Quand même, M. le Président, si c'est seulement par l'absurde ou par la trop grande quantité de réclamations qu'il faut le faire, mais pas tellement par les cas précis?

M. DESPRES: C'est un ensemble de moyens qui nous permettent d'établir si les services réclamés correspondent à des services dispensés. D'un autre côté, je pense que les systèmes qui ont été élaborés assurent, au niveau de l'administration, les mécanismes de contrôle qui dépassent de beaucoup ce que l'on peut constater dans les autres provinces dont nous avons pu heureusement bénéficier de l'expérience.

Je pense qu'on ne peut pas dire que c'est un moyen en particulier, mais c'est un ensemble de moyens qui nous permettront de déterminer l'authenticité du relevé des honoraires qui nous est produit.

M. CASTONGUAY: Il y a peut-être aussi un autre renseignement: c'est que de façon générale les professionnels de la santé, comme tous les autres citoyens, semblent être bien conscients de leur obligation d'envoyer des relevés d'honoraires exacts. Il semble que c'est toujours une petite minorité et, si on en juge par l'expérience des compagnies d'assurance qui ont quelquefois une petite tendance à vouloir faire des erreurs ou à mal calculer le nombre des visites, et dans ce sens-là, de la même façon vous pouvez mettre le doigt sur ceux dont la mémoire est moins bonne après un certain temps, et sur ceux qui ont une mémoire beaucoup plus fidèle ou qui ont des dossiers mieux établis.

M. LAURIN: Une formule par visite?

M. DESPRES: Pas nécessairement. Un médecin peut choisir. Il y a une formule par malade, mais le médecin pourra utiliser la même formule pour certains actes et pour plus d'une visite. Il pourra le faire jusqu'à concurrence de 30 visites.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Est-ce que le paragraphe a) est adopté? Un instant M. Bois.

M. BOIS: Je propose un amendement, à l'effet que soit ajouté: « Ainsi que les biens faisant partie de l'acte médical lui-même. »

M. CASTONGUAY: Je pense que, pour com-

prendre la portée de l'amendement qui est proposé, il faudrait demander à M. Bois qu'il nous explique ce qu'il entend par les biens qui font partie de l'acte médical lui-même.

M. BOIS: Justement ce que le député de Montmagny a expliqué cet après-midi, quand il a parlé, par exemple, d'un patient qui entre au bureau et à qui, pour faire suite à la visite, on doit, par exemple, donner une injection d'un type quelconque. C'est le bien qui fait partie de l'acte médical lui-même.

UNE VOIX: Est-ce qu'on parle de médicament à ce moment-là ou de l'injection?

M. BOIS: L'injection.

UNE VOIX: Pas les prescriptions ultérieures, ce ne sont pas les biens à ce moment-là.

M. LEGER: Ce n'est pas couvert, ça.

M. BOIS: Il faudrait couvrir les médicaments ou l'injection.

UNE VOIX: Est-ce que ça doit nécessairement entrer immédiatement dans l'acte médical lui-même?

M. CASTONGUAY: Je regrette, mais ça peut aussi aller beaucoup plus loin. Vous référez là à un exemple, mais la portée d'une telle addition pourrait être passablement plus large si on prend l'exemple des optométristes en ce qui a trait aux lunettes. L'intention de ce projet de loi n'est pas de déborder le cadre des services qui sont énumérés ici pour aller dans la couverture des biens à ce stade, même si ça peut sembler, et même si ça l'est de fait, extrêmement désirable que divers types de biens soient couverts.

Coût des médicaments

M. LAURIN: J'attendais pour parler, parce que mes remarques ont plutôt trait au préambule de l'article. Dès le premier mot, « le coût » je bute. Dans mon intervention de ce matin, j'ai essayé de bien montrer les raisons pour lesquelles notre groupe voulait étendre la couverture des services et des biens justement offerts aux assurés. Je ne veux pas reprendre tout ce plaidoyer, mais il me semble quand même que je pourrais ajouter quelque chose de plus pour montrer que ce financement — puisqu'au fond c'est le financement qui peut constituer l'objection du ministre de la Santé — ce finance-

ment, dis-je pourrait être fait d'une certaine façon. Quant à l'urgence, au caractère essentiel de l'extension de la couverture, je voudrais prendre un exemple à propos des médicaments pour montrer que ceci peut être réalisable un peu plus facilement qu'on semble le croire. Je voudrais ici vous présenter quelques notes que nous avons élaborées en ce qui concerne la mise en place d'un système d'assurance-médicaments que je donnerais à titre d'exemple. On pourrait prendre ensuite l'exemple des prothèses, dont j'ai parlé un peu ce matin, mais je pense que l'exemple du système d'assurance-médicaments, précisément à cause du coût en apparence très élevé qu'il postule, est peut-être plus révélateur.

Première remarque, c'est que le rapport Castonguay a établi que le coût total d'un régime universel d'assurance pour les médicaments prescrits serait, pour l'année 1970, d'à peu près \$128.5 millions. Rapport Castonguay, page 101.

Deuxièmement, ce montant inclut le coût des médicaments prescrits pour les bénéficiaires du régime d'assurance-maladie qui, dans l'ensemble, est à l'heure actuelle assumé par les pouvoirs publics. Il faut donc soustraire environ \$9 millions. Déjà, c'est une diminution.

Troisièmement, en opérant une projection, à partir des données de la commission, sur les pratiques restrictives du commerce relatif à la fabrication et à la vente des médicaments, à la page 388, on peut évaluer à 18 ou 20 millions le nombre de prescriptions faites dans le Québec en 1970. En plaçant, un droit modérateur, juste à titre d'exemple, ce n'est pas que nous proposons des freins modérateurs, mais seulement pour donner un exemple de diminution des coûts, en plaçant, dis-je, un droit modérateur de \$1 par prescription, on pourrait réduire d'une vingtaine de millions de dollars l'estimation qui apparaît au paragraphe 1, c'est-à-dire \$128.5 millions.

Quatrièmement, dans ces conditions, on pourrait estimer à \$100 millions le coût pour 1970 d'une assurance universelle pour les médicaments prescrits.

Cinquièmement, le rapport de la commission sur les pratiques restrictives avait proposé le 24 janvier 1964 l'abolition des brevets, dont on sait qu'ils contribuent pour beaucoup à l'augmentation du coût des médicaments. Je cite l'extrait du rapport de la commission: « Sachant que le contrôle étroit que permettent d'exercer des brevets a rendu possible le maintien des prix de certains médicaments à un niveau plus haut qu'il n'en aurait été autrement, et que ce contrôle, au moyen des brevets, n'a apporté aux Cana-

diens aucun bénéfice qui l'emporterait sur les désavantages du monopole, la commission recommande que les brevets sur les médicaments soient abolis. »

UNE VOIX: Pas la commission.

M. LAURIN: Non, la commission sur la pratique des droits restrictifs. « De l'avis de la commission, c'est là le seul moyen efficace de faire baisser les prix des médicaments au Canada. »

J'ai pris cet extrait dans le rapport du directeur des enquêtes et recherches pour l'année financière terminée le 31 mars 1968. On peut noter, dans le rapport de la commission, toute une série d'exemples d'écart entre les coûts de production et les prix de vente qui sont causés surtout par les redevances découlant des brevets. C'est ainsi que dans le cas de cachets à base de chlore-promazine, la compagnie Rone Poulenc se fait payer, pour l'utilisation de son procédé, une redevance de \$320 par kilo, alors que le coût de fabrication au Canada est de \$53 le kilo. Dans le cas d'un tranquillisant à base du produit indiqué dans le paragraphe précédent et vendu sous le nom de Largactyl, le coût de fabrication est de \$00.1302 par cent comprimés de 25 milligrammes. Par ailleurs le prix demandé aux détaillants par le manufacturier est de \$6.30 par cent comprimés et le public les paie \$10.50. »

La commission mentionne toute une série d'exemples du même genre. Ainsi dans le coût du Mepro-Bamat, dont les brevets sont détenus par Carter Products, de New-York, le coût du produit de base est de \$12.80 pour 500 comprimés, le prix de détail varie entre \$45 et \$52.50. Le gouvernement italien, pour sa part, a supprimé tous les brevets dans l'industrie pharmaceutique. Non seulement cela n'a pas retardé le développement de son industrie, mais cette mesure a facilité l'exportation.

Sixièmement, on peut songer en outre à réduire ou même à supprimer les droits de douane sur les médicaments. Ces droits, à l'heure actuelle, sont, dans le cas de presque tous les médicaments d'origine chimique, de 15% pour ce qui a trait à l'importation en provenance de tous les pays du GATT. Le regroupement des commandes des hôpitaux et l'imposition de règlements quant à la fabrication suffisent maintenant à assurer une production de produits pharmaceutiques suffisamment dynamique. A l'époque de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie, les tarifs douaniers sur les médicaments sont devenus un anachronisme.

Septièmement, les frais de vente et de publicité des entreprises de produits pharmaceuti-

ques étaient évalués, en 1961, à la commission sur les pratiques restrictives, à presque exactement 25% du prix de vente. La majeure partie de ces frais à trait à l'embauche de vendeurs et de démarcheurs qui sollicitent directement les détaillants et les médecins sans avoir toujours eux-mêmes la formation nécessaire. Un autre élément important de la publicité a trait à l'expédition d'échantillons, accompagnés de divers produits qui n'ont rien à voir avec les médicaments eux-mêmes, par exemple, des calendriers jusqu'à des disques de musique, et l'imagination va son train. Il va de soi que des économies considérables peuvent être faites à partir d'une réglementation de la publicité.

Huitièmement, dans ces conditions et compte tenu des économies réalisables, il n'est pas du tout impossible qu'un système universel d'assurance pour les médicaments prescrits puisse coûter moins de \$80 millions, peut-être moins de \$70 millions. L'abolition de la majeure partie des frais encourus par le public à l'heure actuelle, pour des médicaments prescrits, et la réduction des prix des médicaments non prescrits, en particulier à la suite de l'abolition des brevets et des droits de douanes, représentent vraisemblablement un montant supérieur au coût net du projet proposé, c'est-à-dire \$70 millions. Dans ce sens, en terme de stricte rentabilité, le projet serait certainement justifié.

Neuvièmement — il y a un hic, bien sûr — il faut reconnaître que l'opération serait difficile dans la mesure où, premièrement, le gouvernement fédéral n'accorderait pas nécessairement un transfert d'impôt au Québec pour le financement d'une partie du projet, puisque les médicaments ne sont pas inclus dans le projet fédéral. Deuxièmement, la Loi des brevets, la Loi sur les pratiques restrictives des produits et la Loi des douanes sont des lois fédérales et, troisièmement, la publicité et le commerce de détail sont des juridictions partagées entre les deux niveaux de gouvernement. Ceci pour les médicaments. Pour les prothèses, il y aurait peut-être moyen de faire un plaidoyer peut-être moins long, mais quand même assez justifiable également. Mais j'en reviens surtout à cette question importante.

A plusieurs reprises, le ministre a dit qu'il était d'accord avec le principe de la couverture complète pour toutes les raisons qu'il a mentionnées et que nous avons mentionnées. Par ailleurs, ce qui semble l'arrêter, c'est une remarque qu'il a faite en réponse à mon intervention de ce matin, que le Parti québécois semblait souvent manquer de réalisme, qu'il prenait ses rêves pour des réalités. Je pense que j'ai montré que nous ne prenons pas tout

à fait nos rêves pour des réalités mais que nous essayons de trouver les moyens quand même de les traduire ces rêves dans une réalité qui serait quand même compatible avec les budgets provinciaux.

Il reste cependant qu'il y aurait peut-être moyen de concilier cette exigence du principe de la couverture complète des soins avec un réalisme que toute administration gouvernementale, bien sûr, se doit d'arborer pour inspirer confiance à ses commettants. C'est la raison pour laquelle j'ai préparé un texte qui, je l'espère, saurait concilier ces deux impératifs majeurs, ces deux exigences et que j'aimerais soumettre, en cette fin de soirée, à la considération du ministre pour qu'il puisse y réfléchir durant la nuit, en espérant que peut-être nous parviendrons à modifier son point de vue.

Cet article 3, par exemple, après le coût, se lirait comme suit: « Le coût des biens et services de santé rendus par un professionnel de la santé, conformément aux normes de pratique professionnelle qui lui sont applicables, est assumé par la régie pour le compte de toute personne qui réside au Québec, dans la mesure et aux conditions prévues par la présente loi et les règlements. Le coût des services suivants est assumé par la régie, dès la date fixée en vertu de l'article 90.

- a) tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical;
- b) les services de chirurgie buccale mentionnés à l'annexe et rendus par un chirurgien-dentiste dans un milieu hospitalier, pourvu toutefois, s'ils sont rendus au Québec, qu'ils le soient dans un hôpital auquel s'applique la Loi des hôpitaux, statuts refondus 1964, chapitre 164, par un chirurgien-dentiste autorisé à les rendre dans cet hôpital, conformément à ladite loi et aux règlements adoptés en vertu de ladite loi;
- c) les services que rendent les optométristes dans la pratique de l'optométrie, au sens de la Loi des optométristes et opticiens, statuts refondus 1964, chapitre 257.

Voici la substance des changements, maintenant.

A partir du 1er janvier 1971, la régie assume le coût de tous les médicaments prescrits, prothèses orthopédiques et lunettes fournies aux assistés sociaux, tels que définis à l'article 2 de la Loi de l'assistance médicale.

A partir du 1er janvier 1972, la régie assume le coût de tous les médicaments prescrits.

A partir du 1er janvier 1973, la régie assume le coût des services rendus par les chirurgiens-dentistes ainsi que celui des prothèses orthopédiques et des lunettes fournies aux personnes de moins de 18 ans.

A partir du 1er janvier 1974, la régie assume le coût de tous les autres services et biens fournis par les professionnels de la santé.

Le lieutenant-gouverneur en conseil — là, je pense qu'on fait montre également de réalisme par cette phrase — peut, par proclamation, avancer les dates auxquelles la régie assume le coût des services et des biens mentionnés au paragraphe précédent. Toutefois, les services et biens visés par la présente loi ne comprennent pas ceux qu'une personne peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu d'une autre loi du Québec, d'une loi du Parlement du Canada, autre que la Loi sur les soins médicaux ou en vertu d'une loi d'une autre province du Canada ou d'un autre pays. Ceci est pour expliquer également une des remarques que je faisais ce matin dans mon intervention, lorsque nous souhaitons que le gouvernement établisse un échancier rapide et rigoureux qui renseigne la population sur les intentions spécifiques et les projets du gouvernement dans un domaine qui la touche de si près et que chacun s'accorde à estimer du plus urgent qu'il soit possible de donner.

M. CASTONGUAY: Est-ce que vous voulez...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Jusqu'à 10 h 30.

M. CASTONGUAY: M. le Président, en ce qui concerne la réduction des coûts des médicaments, vous avez énuméré une série de moyens qui peuvent être pris. Vous avez mentionné que certains des pouvoirs appartiennent, disons, au gouvernement du Québec, dans d'autres cas, ce sont des pouvoirs exercés par le gouvernement fédéral, dans d'autres cas, il y a juridiction conjointe. Tous ces moyens et il y en a peut-être d'autres que vous n'avez pas mentionnés doivent être, disons, envisagés et fixés comme objectifs. Je sais que les exemples que vous avez donnés — vous avez pris des exemples spécifiques — sont des exemples qui ont été donnés par des commissions sérieuses, que ce ne sont pas des chiffres tirés comme ça au hasard, au contraire. Simplement, il y a deux aspects, à mon avis, que vous n'avez pas considérés, aussi bien dans ceci que dans ce texte-ci, parce que rédiger un texte comme celui-là, c'est assez simple malgré tout. C'est le fait qu'il faut, pour mettre en vigueur une telle mesure, un

certain nombre de mécanismes administratifs. Il faut négocier également à divers niveaux, pas simplement au plan des brevets, des douanes, mais je pense en particulier à la négociation avec les pharmaciens d'officine. Je pense également aux problèmes qui sont soulevés par suite de l'existence de grossistes en pharmacie. Vous avez réussi des problèmes de détermination des niveaux d'honoraires qui devraient être versés aux pharmaciens, car vous savez, je pense que vous l'avez mentionné, qu'ils demandent d'être rémunérés également à l'acte. Alors il y a un ensemble de questions qui doivent être étudiées, de mécanismes qui doivent être mis en place, de négociations qui doivent s'effectuer et de contrôles aussi.

Et sur ce plan, vous savez que la couverture des médicaments, dans certains pays, a donné lieu à des coûts extrêmement plus élevés que les coûts prévus. Il y a bien des gens qui, vis-à-vis des soins médicaux, forcément sont obligés de se limiter dans une certaine mesure, parce que ce n'est pas uniquement la personne qui détermine le niveau de la consommation des soins médicaux qu'elle va faire. Le médecin peut lui dire: Bien, je vous ai vu la semaine dernière, continuez de prendre vos médicaments. Par contre, il y a bien des gens qui exagèrent au point de vue des médicaments. Il y a un grand abus et vous le savez. Cela a été encore une fois, récemment, mentionné avec exemples à l'appui. On a même dit, si ma mémoire est fidèle, lors de la publication du rapport LeDain, que les médicaments font peut-être autant de tort que les drogues qui faisaient l'objet principal du rapport de cette commission.

Alors, l'établissement de tels mécanismes de contrôle est assez complexe. C'est pourquoi, vis-à-vis de la proposition de fixer un échéancier rigide, moi, je crois que c'est s'encarner vis-à-vis de la solution de problèmes qui sont assez difficiles à mesurer quant au temps requis pour les résoudre. Je crois également, comme on l'a rappelé, que dans certains cas, certaines mesures ont pu être établies dans le passé, mesures qui étaient hautement désirables mais, à cause du manque de préparation adéquate, il a pu en résulter des coûts plus élevés, ou encore une qualité du service un peu déficiente.

M. LAURIN: Est-ce que vous parlez de l'assurance-hospitalisation?

M. CASTONGUAY: Il a été fait allusion à l'assurance-hospitalisation entre autres choses.

Il y a d'autres exemples qui pourraient être également donnés, des mesures qui ont pu être établies sans préparation suffisante. Pour toutes ces raisons, je suis tout à fait d'accord sur le principe qu'il faut prolonger la protection, et, le plus rapidement possible. Mais je ne suis pas prêt, et le gouvernement non plus, à accepter un échéancier rigide et à s'enfermer dans un tel échéancier.

Il y a également, comme vous l'avez mentionné, une question de priorités. Vous avez insisté à plusieurs reprises sur le fait que cette loi devrait s'appeler une loi des services de santé. Vous avez également mentionné qu'elle devrait être conçue dans un plus grand ensemble. Avant d'aller trop loin dans la détermination de priorités, il y a un ensemble, il y a beaucoup d'autres mesures qui m'apparaissent également prioritaires, et ces mesures, malheureusement, vont exiger des dépenses publiques pour qu'elles soient mises en application. On sait que le niveau des dépenses publiques n'est pas tout à fait élastique, au contraire, et même si un tel régime est financé par des contributions, à mesure que le taux des contributions augmente, un champ additionnel de taxation est occupé et la marge de taxation pour l'établissement d'autres mesures peut devenir plus difficile. Lorsque vous parlez des soins dentaires... à la fluoration de l'eau — c'est un exemple que je donne — je pense à un autre exemple, où l'ancien ministre de la Santé parlait de l'établissement de services communautaires pour faciliter l'accessibilité aux soins. Je crois qu'une allocation de ressources plus grande, dans ce secteur, va être nécessaire. Ce serait donc mal indiqué de se fixer un tel calendrier qui pourrait, à certains moments, nous obliger à étendre la protection alors que d'autres priorités ou d'autres services, tout aussi prioritaires, s'avèrent nécessaires, possibles d'implantation, alors que le champ de taxation disponible ne permet pas de faire les deux à la fois.

Enfin, il y a aussi un autre aspect qui m'apparaît assez important, et celui-là, à mon avis, n'a aucun rapport avec le fait que le Québec puisse appartenir à un régime fédéral ou non, mais, entre juridictions, le niveau de taxation, le niveau des dépenses publiques relatives importe dans une assez large mesure. Nous ne sommes pas libres de fixer notre niveau de taxation, celui qu'on aimerait pouvoir atteindre pour accélérer l'organisation de certains types de services qui peuvent paraître essentiels. Qu'on le veuille ou non, le niveau de taxation des voisins qui nous entourent, et c'est une réalité également en Europe, peut avoir pour effet que, sur

le plan des investissements, aussi bien de capitaux qui viennent de l'étranger que de capitaux qui sont ici sur place mais qui doivent être investis à l'étranger, ce niveau de taxation a une incidence. Alors, c'est une autre des raisons qui fait que, fixer à l'avance une série d'échéances dans un secteur donné de l'activité gouvernementale, un échéancier aussi rigide que celui-là apparaît au gouvernement inacceptable.

M. CLOUTIER(Montmagny): M. le Président, j'ai écouté, avec beaucoup d'intérêt la suggestion du député de Bourget et les remarques du ministre de la Santé. Je comprends parfaitement les réflexions et la réponse qu'a données le ministre de la Santé. Sa réponse est celle d'un homme aux prises avec des problèmes pratiques, des problèmes de tous les jours, des problèmes d'intégration du secteur de la santé à toute la politique gouvernementale, avec toutes les contraintes que nous connaissons.

Si un jour le député de Bourget occupait le poste du ministre de la Santé, il ferait probablement les mêmes réflexions, mais de toute façon, M. le Président, je comprends que la suggestion du député de Bourget s'inspire probablement du fait que la législation antérieure ayant été modifiée considérablement à cet article, le champ de protection des soins ayant été précisé, ce fait laisse moins de souplesse que dans la première version du projet de loi, alors que nous pouvions, par un arrêté en conseil, étendre la protection des soins. C'est probablement la raison qui a inspiré le député de Bourget à obtenir, par voie d'amendements à cet article, des précisions sur les étapes qui pourraient être suivies dans le développement du régime ou dans l'extension du régime de l'assurance-maladie.

J'ai des réserves sérieuses en ce qui concerne l'application immédiate et l'inclusion immédiate des médicaments dans le régime d'assurance-maladie. Je l'ai dit dans mon intervention, en deuxième lecture. D'abord, il est préférable que l'on fasse une expérience de laboratoire et cette expérience peut se poursuivre à l'intérieur du régime d'assistance médicale. Personnellement, au cours de mon mandat de quatre ans, j'ai souvent eu l'occasion de me pencher sur ce problème des médicaments, de suivre de très près les travaux qui ont été effectués, de converser avec des représentants d'autres niveaux de gouvernements, et de gouvernements d'autres pays. Partout, on a mentionné que, dans ce domaine des médicaments, il fallait y aller avec extrêmement de prudence. Le ministre a mentionné, tantôt, le coût très élevé que certains pays ont eu à défrayer après l'instauration d'un régime qui incluait les médicaments. Particu-

lièrement en Angleterre, tout le monde sait que le coût de la protection en cas de maladie, y compris les médicaments, — les médicaments en particulier — est très élevé et presque prohibitif.

C'est la raison pour laquelle, M. le Président, en ce qui concerne les médicaments, les étapes commencées doivent se poursuivre. L'expérience de laboratoire, pour le secteur des assistés sociaux, doit être introduite selon la déclaration du ministre, non pas en vertu de cette loi — je ne sais pas si le ministre en a parlé publiquement, mais je crois comprendre qu'il a l'intention de faire bénéficier cette partie de la population qu'on appelle les assistés sociaux — si ce n'est pas en vertu de cette loi de l'assurance-maladie, c'est en vertu du régime canadien d'assistance publique. Ce serait là une première étape.

Quant aux suggestions du député de Bourget, quant aux coûts, aux chiffres qu'il a donnés, ils valent la peine d'être retenus, d'être fouillés par le gouvernement actuel. Déjà que les mécanismes de négociations, de discussions — de négociations, d'abord, avec le secteur qui concerne les médicaments, et aussi avec d'autres paliers de gouvernements, comme le gouvernement fédéral — se poursuivent afin d'en arriver, le plus tôt possible, à la mise en place, à l'application pratique d'un régime d'assistance-médicaments d'abord, et d'assurance-médicaments ensuite.

Quant à l'amendement que nous apporte le député de Bourget, évidemment il trace un échéancier assez serré de ce que pourraient être les étapes de développement du régime d'assurance-maladie. Je reviens en arrière. Je me place au poste qu'occupe le ministre de la Santé et, occupant le même poste, je ne pourrais pas accepter un échéancier aussi rigide, alors qu'il y a tellement de contraintes, de discussions, d'études entourant tout le développement de ce secteur de la Santé. Cela s'inscrit aussi dans une politique globale de la santé. C'est là une suggestion du député de Bourget, mais, à première vue, il ne m'apparaît pas nécessairement idéal de suivre ce cheminement. D'abord, les dates énoncées par le député de Bourget, et ensuite l'ordre de priorités qu'il a mentionné dans le développement futur du régime d'assurance-maladie.

Pour des raisons extrêmement pratiques, je ne peux évidemment souscrire à cet amendement tel que formulé et, d'autre part, M. le Président, je crois que le gouvernement ne peut pas s'engager dans un échéancier aussi rigide. Mais s'il avait gardé les dispositions de la première version de la loi, l'Opposition n'aurait pas eu à faire une telle suggestion, parce que le régime aurait été beaucoup plus souple.

La population, les groupements professionnels, par des représentations, et même la Chambre auraient pu exercer une pression suffisante sur les gouvernants à un moment donné quand tout le monde aurait pris conscience qu'une étape aurait pu être franchie dans l'élargissement de la couverture des soins. Les pressions auraient été suffisantes à ce moment-là pour que, sans modifier la loi, nous ayons pu développer le régime d'assurance-maladie.

Je dois dire là-dessus que le gouvernement fédéral, dans sa loi sur les soins médicaux, avait peut-être prévu ce développement plus rapide et plus souple de la couverture des soins. Par arrêté en conseil, il a déjà apporté un amendement, un élargissement à la loi initiale, et cela aurait été le cas si la présente législation avait gardé son caractère de souplesse initiale. Si le gouvernement canadien, avec l'accord des provinces, par un simple arrêté en conseil, avait désiré couvrir certains autres secteurs, certains autres groupes de professionnels ou certains autres services de santé, le gouvernement provincial aurait pu, par arrêté en conseil, ajuster automatiquement son action sur celle du gouvernement canadien. Tandis que là, le gouvernement canadien peut procéder très rapidement pour un développement par arrêté en conseil et le gouvernement québécois devra modifier sa loi pour suivre la même vitesse de croisière dans le développement de l'assurance-maladie.

Ce sont les réflexions que je voulais faire sur cet article. J'avais d'autres notes en particulier, mais comme observations générales, c'est ce que je voulais dire à ce moment-ci. Non pas que nous ne soyons pas d'accord en principe, mais pour que le gouvernement, le ministre de la Santé annonce, étant donné qu'il a proposé maintenant cette législation, aussitôt que possible qu'elles pourront en être les étapes. Quelles seront les priorités d'abord qu'il aura établies à l'intérieur d'une politique globale de la santé? Quelles sont les dates possibles du développement et de l'élargissement de ces régimes? Je crois que la population et les membres de la Chambre sont intéressés à le connaître, et je crois que le ministre de la Santé, le plus tôt possible — dans notre esprit, le plus tôt possible, ce serait...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Lafontaine.

M. LEGER: Le ministre parlait tantôt de trois choses; le niveau de taxation maximale, la négociation avec les pharmaciens et les abus de consommation des médicaments. Au niveau

de la taxation maximale, l'ancien ministre disait que le député de Bourget, s'il était à la place du ministre actuel, aurait des préoccupations plus pratiques et différentes. Je pense que si le député de Bourget était actuellement ministre — ou quand il sera ministre de la Santé — ce serait parce qu'il aurait atteint le niveau de la souveraineté du Québec et il y aurait le retour des impôts fédéraux pour régler le problème. C'est en passant. Au niveau de la taxation maximale...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Un instant.

M. LEGER: ... je voudrais quand même dire que les \$212 millions que nous ne pouvons pas recevoir d'Ottawa actuellement, si on les avait à raison de \$70 millions, qui est le coût possible, selon les chiffres du député de Bourget, pour les médicaments, cela voudrait dire que l'on aurait pour trois ans de revenus pour payer ces médicaments. Au niveau des négociations avec les pharmaciens, j'espère que le ministre actuel a commencé à faire des rencontres avec eux. Même si l'échéancier semble un peu rapide, il faut nécessairement qu'il y ait quand même un commencement de négociations de ce côté-là.

Du côté des abus de consommation, c'est la raison pour laquelle, dans l'exposé du député de Bourget, on parlait de la possibilité d'un billet modérateur pour justement empêcher la population de se lancer à l'assaut des médicaments.

Je reviens à la question finale. Je demande au ministre: Est-ce que les négociations avec les pharmaciens sont commencées ou est-ce que l'on a l'intention de les faire bientôt?

M. CASTONGUAY: Il y a eu un certain nombre de nouveaux propos sur lesquels j'aimerais commenter brièvement.

Premièrement, ce n'est pas simplement le fait que je sois aujourd'hui ministre de la Santé qui me rend, comme vous l'avez mentionné, plus réaliste. Au moment où en 1967 je signais ce rapport et au moment où les centrales syndicales nous avaient demandé de recommander un calendrier précis d'élargissement de la couverture, pour les mêmes raisons que j'ai mentionnées, je ne pouvais recommander un tel calendrier. Il y a une certaine constance dans ces préoccupations de ma part.

En deuxième lieu, le fait que nous ayons cru nécessaire de préparer un projet de loi qui va nous obliger à retourner devant la Chambre pour faire approuver les amendements ne vient pas d'un désir de notre part — je peux vous en

assurer — de retarder l'élargissement de la couverture. Cela vient plutôt du désir de notre part de respecter les prérogatives de la Chambre, en ce sens que cet élargissement de la couverture touche à la politique de santé et que nous devons exposer les raisons pour lesquelles nous posons certains gestes. J'ai également mentionné cet après-midi l'aspect des contributions, qui ne peut être ignoré. La taxation par simple arrêté en conseil ne m'apparaît pas un bon principe, ni au gouvernement. Parce qu'ici il s'agit, qu'on le veuille ou non, d'une forme de taxation.

Enfin, en ce qui a trait au calendrier ou aux objectifs du gouvernement quant à l'élargissement de la couverture, nous avons dit à plusieurs reprises — je l'ai dit moi-même — que la couverture des médicaments pour les assistés sociaux constituait pour nous une priorité. En ce qui a trait également aux soins dentaires, c'est notre intention de procéder aussi rapidement que possible. Je réalise, aussi bien que l'ancien ministre et que le député de Bourget, que l'échéancier a dû être fixé pour des considérations de pénurie d'effectifs, entre autres choses, quand il reporte cette couverture de l'ensemble de la population à une date ultérieure, dans trois ans ou dans deux ans et demi. Pour les assistés sociaux, également, nous entendons procéder aussi rapidement que possible.

Quant à la question de la couverture des médicaments, de façon la plus concrète, j'ai demandé peu de jours après la formation du gouvernement qu'on accélère dans la mesure du possible les études nécessaires à la réalisation de cette couverture. Maintenant, les négociations ne sont pas commencées pour la simple et bonne raison que l'état des dossiers ne permettait pas d'engager une telle négociation à ces stades. Avant d'engager une négociation aussi sérieuse, il faut avoir des dossiers bien constitués, complets, et les données, dans bien des secteurs d'activité, particulièrement dans celui des médicaments — on peut citer un certain nombre de chiffres comme ceux-ci — sont parfois assez difficiles à colliger.

J'en ai vécu l'expérience. Essayer de déterminer ce que sont les coûts réels, par exemple, d'exploitation d'une pharmacie d'officine en ce qui a trait à la partie de l'activité professionnelle du pharmacien, ce n'est pas tellement facile. Pour établir les volumes réels de distribution des médicaments au Québec, encore là, les données ne sont pas colligées à l'avance. Il faut les recueillir, les analyser pour s'assurer de leur véracité. Il y a un travail assez long et assez complexe à effectuer. J'ai demandé

que ces travaux soient accélérés dans la mesure du possible.

Il y a aussi une autre difficulté. Je n'essaie pas d'ajouter les raisons ici mais ce sont des difficultés qui sont réelles et qui ne peuvent être ignorées. Chaque fois que vous voulez lancer des études de cette nature au Québec — et je pense bien que cela doit être le cas dans d'autres juridictions — il est extrêmement difficile de trouver des gens qui ont la compétence pour conduire de telles études. On peut sembler avoir un grand nombre d'économistes, de sociologues, de comptables, etc., mais on semble bien souvent ne jamais avoir le type exact de personne pour faire ce genre d'études assez techniques, ou si on la trouve cette personne, elle est généralement retenue un an à l'avance pour d'autres travaux.

C'est une difficulté, je sais, à laquelle l'ancien ministre de la Santé a dû faire face également. Aussi rapidement que possible et dès que le dossier sera suffisamment complet, nous entamerons les négociations.

M. CLOUTER (Montmagny): M. le Président, une seule autre remarque.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Il y a des gens qui sont un peu fatigués...

M. CLOUTIER (Montmagny): C'est seulement une remarque sur ce que vient de dire le ministre. Je voudrais savoir si les négociations dans le domaine des médicaments seront conduites par son ministère ou par un groupe de ministères sous l'autorité du ministère de l'Industrie et du Commerce.

M. CASTONGUAY: Jusqu'à ce jour cette décision n'a pas encore été prise. Il me semble que tout comme pour la Fonction publique, par exemple, lorsque les négociations sont faites, le ministère de la Fonction publique intervient et le ministère concerné de la même façon. Il me semble logique de prime abord que les divers intéressés soient directement représentés à la table des négociations ou dans un groupe de support qui alimenterait l'équipe des négociateurs.

M. CLOUTIER (Montmagny): De toute façon, le ministre fera appel à tous les ministères qui peuvent être concernés par une telle négociation, y compris le ministère de l'Industrie et du Commerce?

M. CASTONGUAY: Il me semble logique à ce stade-ci que les intéressés puissent apporter

leur concours de telle sorte que les négociations soient aussi efficaces que possible.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Alors, messieurs, la commission va...

M. CLOUTIER (Montmagny): Nous n'avons pas terminé nos remarques sur l'article 3. Je crois que nous pourrions y revenir demain.

M. LE PRESIDENT: Demain, à un endroit et à l'heure qui vous seront désignés par le leader de la Chambre.

M. CASTONGUAY: Allez-vous le voir?

M. LE PRESIDENT: Je vais essayer de le voir pour qu'on nous donne un endroit plus facile pour la discussion. Pour ce qui est de l'heure, on vous la dira demain matin.

La commission ajourne ses travaux à demain.

(Fin de la séance: 22 h 26)

Séance du vendredi 3 juillet 1970

(Onze heures et vingt-cinq minutes)

M. LE PRESIDENT (Fortier): Aujourd'hui nous siégerons de 11 h 30 jusqu'à 13 h. Nous prendrons une heure pour le lunch. Nous siégerons ensuite de 13 h à 15 h 30 afin de permettre aux gens qui sont éloignés de pouvoir partir. Nous allons continuer. Nous sommes rendus à l'article 3, paragraphe a). Pour l'information des membres, M. Caron remplace M. Théberge pour la journée.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, nous avons laissé en suspens l'article 2, hier. Je ne sais pas si le ministre voudrait intervenir sur cet article ou si nous pouvons continuer l'étude du projet de loi, quitte à y revenir plus tard. C'est seulement une question que je pose au ministre.

M. CASTONGUAY: S'il était possible, pour progresser davantage de faire le point en même temps que les officiers légistes du gouvernement... Il y a certaines questions qu'il ne s'agit pas uniquement d'analyser sur le fond, mais dont il faut aussi tenir compte de la rédaction précise. C'est une technique assez difficile et si vous le permettiez, pour les articles que l'on réserve, je pourrais faire le point et revenir avec des suggestions sur l'ensemble.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je préfère également, comme dit le ministre, retarder ces articles pour en faire une étude d'ensemble.

M. LE PRESIDENT (Fortier): L'article 3a) est donc réservé.

Soins dentaires

M. CLOUTIER (Montmagny): Non, M. le Président, c'est l'article 2. Nous allons continuer la discussion sur l'article 3. Je pense que l'on doit traiter tout l'article et l'on pourra, à certains moments, revenir à d'autres paragraphes.

Je voudrais cependant faire des commentaires au paragraphe b). Je voudrais demander au ministre, étant donné que c'est un article qui est tellement précisé parce qu'il a une annexe, sur quelle base on s'est appuyé pour la description contenue à l'annexe. Quelles ont été les discussions au préalable s'il y en a eu, sinon, quels ont été les documents de base qui ont servi à dresser cette liste?

M. CASTONGUAY: Vous savez que la loi fé-

dérale sur les soins médicaux permet d'élargir la couverture, comme cela a été mentionné hier soir, couverture qui rend certains services admissibles aux contributions au gouvernement fédéral. Par arrêté en conseil, les services de chirurgie buccale dispensés en milieu hospitalier ont été désignés comme services assurés aux fins de la loi fédérale sur les soins médicaux.

A partir de cette décision, nous avons demandé l'avis de l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et de l'Association des chirurgiens-dentistes. Nous avons également obtenu la liste des services analogues couverts en Ontario. Il y avait des difficultés de traduction, les termes utilisés en anglais ne correspondaient pas nécessairement aux mêmes termes. Il y a eu consultations auprès des fonctionnaires de la régie de l'assurance-maladie et, finale mont, à la suite de toutes ces discussions et consultations, la liste qui paraît en annexe a été établie.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce qu'on a réussi à concilier toutes ces différentes opinions qui ont été émises par les divers corps mentionnés par le ministre et cette liste? Est-ce qu'il apparaîtra à la table des négociations qu'il puisse y avoir certaines difficultés quant à la nomenclature énoncée dans le projet de loi? Ce document étant annexé à la législation, il devient un document étanche. Est-ce qu'à partir de ce moment-là, la négociation se poursuivant avec l'Association des dentistes, le ministre prévoit des difficultés au cas où il y aurait eu des oublis ou une mauvaise interprétation de certains actes?

M. CASTONGUAY: Il y a une première partie de la question à laquelle je voudrais répondre. Pour la seconde fois, je vais demander à M. Després de répondre, avec votre permission. Pour ce qui est de la première partie, disons que c'était l'intention du gouvernement de rendre cette liste, comme vous dites, étanche. D'un autre côté, nous ne voulions pas l'établir de façon arbitraire. Pour autant que je suis concerné, de façon générale, la liste a été établie à partir des directives que nous avons données et dans ce sens, elle respecte les directives données par le gouvernement.

En ce qui a trait à des difficultés possibles d'interprétation ou qui pourraient toucher à des cas frontières, M. Després, qui est dans le comité de consultation formé pour conseiller relativement aux négociations sur l'assurance-maladie pourrait — ou le Dr Lizotte — nous dire s'il y a eu des indications de la part des négociateurs à l'effet que cette liste pourrait créer des difficultés.

M. DESPRES: A ce jour, il n'y a eu aucune indication que cela pourrait comporter certaines difficultés, parce que la liste est conforme à celle qui a été soumise par les spécialistes en chirurgie buccale. Elle est conforme à la majorité des actes qui sont assurés par les régimes des autres provinces et elle est conforme, également, à la liste des actes qui apparaît dans le tarif de chirurgie des médecins-spécialistes. Au plan de la nomenclature des actes, cela ne semble pas poser de problèmes en ce moment.

M. LAURIN: Qu'est-ce qui arriverait si, en vertu du développement d'un nouveau type d'opération, il fallait ajouter de nouveaux actes? Est-ce que ça prendrait un amendement à la loi?

M. CASTONGUAY: Oui. Je ne sais pas si M. Normand est ici. C'est comme pour la loi de l'assurance-hospitalisation où, en annexe à la loi, des services couverts avaient été énumérés. A ce moment-là cette annexe — c'est mon interprétation — fait partie intégrante de la loi et ne peut être modifiée par règlement.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Rivière-du-Loup.

M. LAFRANCE: En ce qui concerne l'annexe, je pense qu'il y aurait peut-être des modifications mineures à apporter. Quand on parle de « tumeur bénigne de la cavité buccale et des maxillaires » et qu'on met en sous-article « ablation chirurgicale d'une dent », « ablation d'une dent partiellement incluse » ou « ablation d'une dent complètement incluse », je pense qu'il n'y a pas lieu de s'alarmer, parce que ce ne sont pas des tumeurs. Il y a bien des personnes qui se promèneraient avec des tumeurs dans la bouche, car des dents incluses, on rencontre ça assez régulièrement. De ce côté, je pense qu'il y aurait des modifications à apporter.

Quand on parle aussi à l'autre article de « glande salivaire » et qu'on parle de « frénectomie » à la page suivante, un frein à mon avis n'a jamais été une glande salivaire. Je pense que ce seraient de petites modifications qu'on pourrait apporter.

Plus loin, on voit « exérèse de fragment dentaire... » On pourrait se limiter à « exérèse de fragment dentaire », sans spécifier « après insuccès par un autre praticien ». On pourrait faire disparaître ça. Ce sont des suggestions que je propose.

En ce qui concerne l'annexe, il semble qu'elle ait été préparée par des spécialistes de la chirurgie buccale. Je me demande si l'Association professionnelle des chirurgiens-dentistes ou le

Collège des chirurgiens-dentistes ont été consultés là-dessus. A-t-on tenu compte des représentations que le collège et l'association ont pu faire? Est-ce qu'on ne pourrait pas, au lieu de se baser sur la loi de l'Ontario, se baser simplement sur les cas de chirurgie qui sont présentés dans le tarif du Collège des chirurgiens-dentistes de la province? Je pense qu'il est assez explicite pour qu'on puisse se baser sur lui.

En ce qui concerne aussi l'article...

M. CASTONGUAY: Est-ce qu'on pourrait répondre, avant de passer à cette seconde question, M. Després?

M. DESPRES: L'annexe, à ce qu'on me dit, a été examinée par le registraire du Collège des chirurgiens-dentistes qui s'en est déclaré satisfait et qui n'a pas suggéré que des modifications y soient apportées.

M. LAFRANCE: Est-ce que vous en avez parlé à l'association professionnelle?

M. DESPRES: Je ne le crois pas.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Avez-vous terminé, M. Lafrance?

M. LAFRANCE: Non, j'aurais une autre question concernant le même article 3 b) « Les services de chirurgie buccale mentionnés à l'annexe et rendus par un chirurgien-dentiste dans un milieu hospitalier. » Or, on dit à l'article 3 a): « Tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical. » A l'article 3 c), on dit: — parce que je pense que nous pouvons parler des trois paragraphes en même temps — « Les services que rendent les optométristes dans la pratique de l'optométrie au sens de la Loi des optométristes et opticiens. »

Je me demande pourquoi nous ne pourrions pas dire: « Les services dentaires chirurgicaux que rendent les chirurgiens-dentistes dans la pratique de la chirurgie dentaire au sens de la Loi des chirurgiens-dentistes du Québec », au lieu de spécifier « dans un milieu hospitalier. » Il y a des interventions qu'on peut aussi bien faire en cabinet qu'à l'hôpital. Par exemple, l'ablation d'une dent incluse, cela peut tout aussi bien se faire en cabinet particulier — c'est tout de même un cas de chirurgie — qu'à l'hôpital.

Est-ce que ce ne serait pas justement une incitation au patient de demander et d'exiger d'aller à l'hôpital parce que le gouvernement

paiera alors l'intervention et qu'il ne paiera pas si c'est en cabinet particulier, quand la même intervention peut se faire en cabinet particulier?

M. LE PRESIDENT (Fortier): Voulez-vous répondre à cette question, M. Castonguay?

M. CASTONGUAY: En ce qui a trait à l'annexe, je vais demander à M. Després de noter les articles sur lesquels vous avez des questions et on pourra vérifier si l'Association des chirurgiens-dentistes a été consultée et voir si elle avait des représentations à faire. On verra également s'il n'y aurait pas un nouvel arrangement des groupes possible pour que cela soit plus conforme à la réalité.

En ce qui a trait à la couverture des services de chirurgie buccale rendus par un chirurgien-dentiste dans un milieu hospitalier, c'est le genre de situation que l'on retrouve sous diverses formes, depuis 1961, depuis le début du programme d'assurance-hospitalisation.

Certains services peuvent être couverts, ou ont pu être couverts selon qu'ils étaient dispensés en clinique externe. Si les mêmes services étaient dispensés à l'extérieur de l'hôpital, ils n'étaient pas couverts. Il y a parfois certains illogismes dans ces distinctions.

La raison principale pour laquelle nous avons opté à ce stade-ci pour une couverture des services de chirurgie buccale en milieu hospitalier est que, de façon générale, ces services devraient être rendus, étant donné leur nature, en milieu hospitalier, compte tenu de la nécessité d'avoir l'équipement, compte tenu des conditions dans lesquelles ces services doivent être rendus. Le fait que dans un certain nombre d'hôpitaux, les médecins aient difficilement accès à l'hôpital ne nous semble pas une raison pour laquelle ces services ne devraient pas être couverts. Je pense qu'il y a lieu, à ce stade-ci, d'examiner attentivement les règlements de la Loi des hôpitaux pour que ces services puissent être rendus tel qu'il est défini dans la loi.

Il y a peut-être deux ou trois types de services pour lesquels on pourrait discuter à savoir s'ils pourraient être rendus également dans le cabinet du dentiste. Maintenant, aussitôt qu'on ouvre la porte à ceci, on repose toute la question des soins dentaires dans les cabinets privés des médecins, et nous avons dit que nous étudions cette question. Hier, on nous a demandé quelles étaient les intentions du gouvernement relativement à l'élargissement de la couverture du régime. On a parlé des médicaments;

on a également parlé des soins dentaires, que ce soit pour les enfants, que ce soit pour les femmes enceintes ou encore pour les assistés sociaux. Il y a certains choix à faire. Cette question sera reprise dès que possible, et pour le moment, je compte bien que cela peut peut-être donner lieu — tout comme par le passé — à un certain illogisme.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Dubuc a demandé la parole.

M. BOIVIN: Si je comprends bien l'esprit de la loi, tous les actes posés par le chirurgien en chirurgie buccale — qui est un spécialiste ayant comme base le cours d'art dentaire, en plus de cinq ans de spécialisation — seront payés par l'assurance-hospitalisation. Et l'annexe que vous avez semblé vouloir faire des distinctions avec les actes que poseront les chirurgiens-dentistes ordinaires. Est-ce que c'est là le sens de l'annexe?

M. CASTONGUAY: Non, l'annexe...

M. BOIVIN: Mais pourquoi se limite-t-on au chirurgien en chirurgie buccale qui est accepté dans les hôpitaux? Ce n'est pas au gouvernement de juger de la valeur de l'acte médical. Pour la juger, il y a le Collège des médecins, le Collège des chirurgiens en chirurgie buccale, l'Association des chirurgiens-dentistes. Ensuite, au bureau médical, dans les règlements des hôpitaux, on a tout ce qu'il faut pour reconnaître la compétence de tel chirurgien-dentiste qui peut poser tel acte à l'hôpital même. On paie l'acte médical peu importe par qui il sera posé, à condition que celui qui le pose soit capable de le poser. C'est de la qualité de l'acte médical qu'il s'agit. Je crois que le gouvernement s'embarque avec toutes ces choses...

M. CASTONGUAY: Docteur, est-ce que vous me permettriez de répondre à cela? La liste qui est donnée ici, la liste des actes reconnus comme des actes de chirurgie buccale...

M. BOIVIN: On n'a pas à les limiter, ce sont des spécialités qui ont dix ans d'études en chirurgie buccale. Ce sont deux collèges différents, celui des chirurgiens-dentistes et celui des chirurgiens en chirurgie buccale.

M. CASTONGUAY: Est-ce que je pourrais terminer ma réponse?

M. BOIVIN: Oui.

M. CASTONGUAY: La liste qui est donnée

ici est la liste des actes qui sont reconnus comme étant des actes de chirurgie buccale. Les spécialistes en chirurgie buccale sont évidemment préparés par leur formation à rendre ces actes. Tous les autres dentistes, même s'ils ne sont pas membres de l'association des spécialistes en chirurgie buccale, par le fait qu'ils appartiennent au Collège des chirurgiens-dentistes sont également habilités à le faire. Même si, de façon générale, en pratique, ils se limitent généralement à quelques-uns de ces actes.

Nous n'avons pas essayé de distinguer entre les personnes qui pouvaient faire tel type d'actes, tel type d'autres actes ne leur étant pas permis.

M. BOIVIN: Cela n'appartient pas au gouvernement davantage.

M. CASTONGUAY: D'accord, c'est pour cela que nous ne l'avons pas fait.

M. BOIVIN: Oui, mais pourquoi restreindre les actes? Vous arrivez à restreindre les actes que certaines personnes posent. Cela ne vous appartient pas; c'est à la loi de...

M. CASTONGUAY: Ce que nous voulons faire ici, c'est pas couvrir les soins dentaires pour l'ensemble de la population.

M. BOIVIN: Mais laissez...

M. CASTONGUAY: Nous avons donc défini la couverture exacte. On ne dit pas que cela doit être nécessairement un spécialiste en chirurgie buccale ou un chirurgien-dentiste qui doit les poser, on dit quelle doit être la couverture, un point c'est tout.

M. BOIVIN: Tous ces actes qui sont à l'annexe peuvent être posés par un chirurgien en chirurgie générale. Ils peuvent être posés par un chirurgien en chirurgie buccale, mais ce que je n'aime pas c'est qu'on se prononce sur la qualité de l'acte médical...

M. CASTONGUAY: Non, non.

M. BOIVIN: ... qui doit être jugé dans chaque hôpital. Dans chaque hôpital, il y a un bureau médical qui doit juger de la compétence. Il y a certains chirurgiens-dentistes qui sont même souvent sans avoir de diplôme, dans les régions très, très éloignées, intéressés à poser ces actes.

M. CASTONGUAY: Si vous regardez à l'article 3 b), vous verrez qu'on dit « par un chi-

chirurgien-dentiste dans un milieu hospitalier ». On ne dit pas « par un spécialiste ». Ici, tout ce que l'on fait dans l'annexe est de définir la couverture.

M. BOIVIN: Mais je n'aime pas la distinction entre chirurgien et chirurgien en chirurgie buccale; cet homme est qualifié pour poser tous les actes en chirurgie buccale. On n'a aucunement affaire à lui indiquer...

M. CASTONGUAY: Ils sont là, les actes en chirurgie buccale.

M. BOIVIN: Bien, je ne sais pas s'il n'y aurait pas des oublis, s'il n'y aurait pas...

M. CASTONGUAY: Bien...

M. BOIVIN: ... des techniques nouvelles.

M. CASTONGUAY: C'est la question que le député posait tout à l'heure, et nous avons dit que nous avons consulté toutes les associations ainsi que, le registraire du Collège des chirurgiens-dentistes.

M. BOIVIN: Pourquoi les limite-t-on lorsque le chirurgien en chirurgie générale a le droit de poser ces actes puisque sa préparation vient de la médecine.

M. CASTONGUAY: Bien, oui, mais ils seront dans l'article 3 a) à ce moment.

M. BOIVIN: Il faut préciser des choses, il y a des techniques nouvelles qui seront découvertes et vous serez obligés...

M. CASTONGUAY: On amendera la loi.

M. BOIVIN: ... de légiférer.

M. CASTONGUAY: On amendera.

M. LAFRANCE: M. le Président...

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): M. Lafrance.

M. LAFRANCE: ... pour répondre à la question du Dr Boivin l'annexe est là justement pour éviter les abus. C'est parce qu'on pourrait se présenter à l'hôpital à un moment donné pour faire une extraction, qui est tout de même un genre de chirurgie. C'est pour éviter les abus dans ce sens.

M. BOIVIN: Un oto-rhino-laryngologiste aura le droit d'aller chercher une dent incluse...

M. LAFRANCE: Oui, oui.

M. BOIVIN: Il en aura le droit, pourquoi un chirurgien-dentiste...

M. LAFRANCE: Dans le sens de la loi, le chirurgien-dentiste a le droit de le faire aussi. Il a le droit de le faire.

M. CASTONGUAY: En vertu de l'article 3 a).

M. LAFRANCE: C'est ça. C'est simplement pour limiter les interventions qu'on peut faire à l'hôpital; c'est pour éviter justement l'encombrement, pour éviter de faire...

M. BOIVIN: C'est parce qu'on se mêle là de porter un jugement sur l'acte médical qui va être posé à l'hôpital. Cela n'appartient ni à la loi, ni... Cela appartient au collège des gens concernés et au bureau médical de l'hôpital de juger la question. Il y a des gens qui ont des diplômes et il y a des restrictions de la part du bureau médical sur la qualité de l'acte qui doit être posé dans l'hôpital par ces gens.

M. CASTONGUAY: Docteur, à l'article 3 a) on dit « tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical », cela ne veut pas dire que le médecin de famille va rentrer à l'hôpital demain matin et dire: En vertu de l'article 3 a), je peux faire une opération à coeur ouvert. C'est la même chose pour les dentistes. On leur dit ce qui est couvert. Les hôpitaux ont leur bureau médical qui dit: Bien, dans cet hôpital-ci, tel médecin est habilité à faire tel acte. Pour les dentistes, ce sera la même chose. Ce n'est pas nous qui le déterminons. Regardez bien.

M. LAFRANCE: Il reste aussi une question de jugement. Le chirurgien-dentiste...

M. BOIVIN: Quand la loi est là il n'y a plus de jugement, c'est automatique.

M. LAFRANCE: Oui, mais écoutez, en ce qui concerne, par exemple les chirurgiens-dentistes de pratique générale, quand il sera question d'un cas particulier, le gars lui-même va juger et dire: Bien, moi, je ne suis pas capable de le faire, ou: J'aime mieux ne pas le faire, je vais le référer à un spécialiste en chirurgie buccale...

M. BOIVIN: De façon générale, ils s'en désintéressent là où il y a des spécialistes.

M. LAFRANCE: C'est ça. Mais même dans les milieux éloignés on les réfère aux spécialis-

tes. Comme je le disais tout à l'heure, il y aurait peut-être des modifications à apporter à l'annexe.

M. BOIVIN: L'annexe devient inutile.

M. LAFRANCE: Non, il y a des modifications à apporter à l'annexe.

M. CASTONGUAY: Il faut dire ce que l'on couvre; on ne peut pas recouvrir n'importe quoi. Maintenant, je vais demander qu'on regarde le pouvoir réglementaire de l'article 56, de telle sorte que si, à un moment donné, il devenait nécessaire, par suite de l'évolution de la pratique, d'ajouter à cette annexe un acte quelconque, cela puisse être fait par règlement au lieu d'être fait par un amendement à la loi.

M. BOIVIN: C'était le sens de ma demande.

M. CASTONGUAY: Je vais demander qu'on examine cela.

M. BOIVIN: Le principe que je n'aime pas, c'est que je ne voudrais pas que le gouvernement entre dans le champ d'un jugement qu'il doit porter sur la qualité de l'acte médical qui est posé dans l'hôpital.

M. CASTONGUAY: Regardez-bien la loi, docteur. Je vous garantis que ce n'est pas le but de la loi et qu'il n'y a pas de disposition à cet effet-là.

M. LAURIN: Je suis heureux de votre suggestion parce que, amender...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Saint-Sauveur.

M. BOIS: M. le Président, est-ce qu'il est possible ici que l'on confonde, si vous voulez, ce qui existe peut-être dans la bouche des gens par habitude et ce à quoi nous ont amenés souvent-fois les compagnies d'assurance elles-mêmes en disant que certains actes d'intervention en chirurgie buccale ne seraient faits que par des spécialistes qui auraient des diplômes spécifiques, par exemple. Dans la pratique, est-ce que tous les gens qui sortent des écoles d'art dentaire portent le titre de DDS? S'ils portent le titre de DDS, c'est drôle, mais moi je ne vois pas de problème pour autant que je suis concerné. C'est mon opinion.

M. BOIVIN: Tous les chirurgiens-dentistes ne s'intéressent pas à la chirurgie et tous ne

sont pas qualifiés pour faire toute chirurgie buccale.

M. LAFRANCE: Même s'ils portent le titre.

M. BOIS: Oui, je comprends, mais il faut tout de même s'en référer à la lecture du bill qui dit qu'un chirurgien-dentiste... Alors si quelqu'un sort de l'université avec le titre de DDS, « Doctor in Dental Surgery », le problème est réglé. Moi, pour autant que je suis concerné, c'est ainsi que je le vois.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Joliette.

M. QUENNEVILLE: Je ferai remarquer au docteur Boivin que je comprends que certains chirurgiens-dentistes ne sont peut-être pas habilités à poser tel ou tel acte, mais il reste quand même qu'à l'intérieur de l'hôpital la loi et les règlements des hôpitaux obligent l'hôpital, le directeur médical du moins, à fixer exactement ce à quoi le chirurgien-dentiste peut s'adonner comme travail dans l'hôpital. Pour tous les médecins, d'ailleurs. A ce moment-là, c'est réglé.

M. BOIVIN: Je n'ai pas d'objection qu'on donne certains droits aux chirurgiens pour autant que le bureau médical leur permet de faire telle...

UNE VOIX: C'est obligatoire ça.

M. BOIVIN: J'aimerais mieux qu'on réfère aux règlements des hôpitaux et qu'on les complète, même, plutôt...

M. CASTONGUAY: C'est ça. Mais regardez bien...

M. BOIVIN: ... que de dire dans une annexe: Tel acte médical est permis, tel acte médical n'est pas permis...

M. CASTONGUAY: Oui, mais ici, si vous regardez bien le but de l'annexe, c'est seulement de déterminer ce pourquoi le régime va payer. Quant à savoir qui peut en allant dans un hôpital faire tel type d'acte, comme le Dr Quenneville vient de le mentionner cela est fixé par les pouvoirs que la loi des hôpitaux et les règlements donnent au bureau médical de déterminer qui est apte à poser tel ou tel acte. Et la loi ici ne change absolument rien là-dedans. Y aurait-il lieu de modifier les règlements de la loi des hôpitaux à un moment donné? Bien là, c'est une autre question.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député d'Argenteuil.

M. SAINDON: Il est vrai que le conseil médical d'un hôpital ou le directeur médical peuvent déterminer les actes que posent les chirurgiens. Il reste une chose assurée, c'est que ce pouvoir peut être et est très souvent discriminatoire. On en a des exemples courants tous les jours. S'il y avait moyen de corriger cette situation au moment de ce bill-ci, ce serait certainement une bonne contribution.

M. CASTONGUAY: Vous savez, docteur, que la question de la réglementation de la loi des hôpitaux est un problème relativement complexe. Je pense que le député de Dubuc et le député de Montmagny peuvent vous en dire quelque chose. Depuis que ces règlements ont été approuvés, de nombreuses suggestions ont été faites pour les rendre encore plus conformes à la réalité. Je pense qu'on doit s'attendre que des règlements de cette nature, soient modifiés graduellement avec les changements dans la pratique, avec l'expérience.

J'ai demandé au Dr Quenneville de poursuivre le travail qui avait été fait, et ces suggestions, si elles n'ont pas déjà été faites par d'autres groupes, le Dr Quenneville va les noter. C'est notre intention de refaire périodiquement une évaluation des règlements en vertu de la Loi des hôpitaux pour corriger des situations comme celles que vous avez mentionnées.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Le député de Bourget.

M. LAURENT: Quant à moi, je suis très heureux de la déclaration d'intention du ministre de recourir à l'article 56 des règlements plutôt que d'amender chaque fois la loi. Amender la loi chaque fois qu'il y a un nouvel acte me paraît très onéreux pour la population. Je suis donc très heureux de cela. J'aurais deux questions d'information à demander. Si le même acte figurant à l'annexe est effectué par un chirurgien de chirurgie buccale ou par un médecin de chirurgie générale, est-ce que ce sera au même tarif ?

M. CASTONGUAY: Normalement, cela devrait être au même tarif si c'est exactement le même acte.

M. LAURIN: Voici mon autre question. Actuellement, en vertu de la Loi de l'assistance médicale aux indigents, est-ce qu'il y a des chirurgiens-dentistes qui posent ces actes en cabinet privé? Comme, par exemple, l'ablation d'une dent incluse? Est-ce que c'est actuellement fait en cabinet privé? Si c'est fait en cabinet privé, est-ce que la nouvelle loi va empêcher ces chi-

rurgiens-dentistes de continuer à poser le même acte en cabinet privé?

M. CASTONGUAY: Si c'est fait en cabinet privé, ce n'est pas rémunéré sous la Loi de l'assistance médicale. Les assistés sociaux se retrouvent sur ce point-là sur le même pied qu'avant l'adoption de la Loi de l'assurance-maladie.

M. LAURIN: Ce n'était pas rémunéré par la Loi de l'assistance médicale?

M. CASTONGUAY: Non. n y a tout simplement une entente de signée avec la Fédération des médecins spécialistes et la Fédération des médecins omnipraticiens pour l'application de la Loi de l'assistance médicale.

M. BOIVIN: Si c'était pratiqué par un otorhino-laryngologiste, l'ablation d'une dent incluse, ce serait payé.

M. CLOUTIER (Montmagny): Les déclarations du ministre nous rassurent sur ce problème de l'amendement à la loi qui aurait été nécessaire pour un seul acte posé par des dentistes. Je crois que c'est la meilleure solution pour assouplir cette législation.

Je voudrais demander au ministre si, à son avis, il y a des actes qui sont couverts et payés par la Loi de l'assistance publique, par la Loi d'aide sociale. Je comprends que ça ne change rien et que ce qui était couvert pour les assistés sociaux le demeure, même après l'abrogation de la Loi de l'assistance médicale. Il y a certains actes des dentistes, qui, après une négociation, pouvaient être inclus dans la Loi d'aide sociale comme un besoin spécial, n'y a rien dans la loi qui limite les avantages qui étaient donnés aux assistés sociaux?

M. CASTONGUAY: Dans les dispositions de la loi, il n'y a aucune modification sur la portée de la Loi de l'assistance publique au sujet de ce que vous mentionnez.

M. CLOUTIER (Montmagny): Avant que nous n'adoptions définitivement cet article, l'annexe sera révisée et selon la suggestion du député de Rivière-du-Loup qui est un dentiste, des modifications seront apportées avant que nous ne l'adoptions.

M. CASTONGUAY: On vous les proposera et lorsque nous arriverons à l'article 56, nous aurons probablement pu étudier la question et vous faire une proposition pour la modification de cet article.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Paragraphe b) adopté.

M. LAFRANCE: Un instant. J'aimerais savoir si, quand on parle de chirurgie buccale pratiquée par un chirurgien-dentiste, on réserve les actes qui sont mentionnés à l'annexe spécialement aux chirurgiens-dentistes en milieu hospitalier ou si un médecin de médecine générale peut pratiquer les mêmes actes et être rémunéré par...

M. CASTONGUAY: Il est habilité à le faire. Si, dans l'hôpital où il pratique on lui permet, en vertu des règlements du bureau médical, de les poser, il pourra les poser. On ne veut pas...

M. BOIVIN: Est-ce qu'il ne serait pas bon que ce soit mentionné, parce que je crains toujours que la qualité de l'acte médical ne soit jugé par le gouvernement à la suite de telle annexe? N'y aurait-il pas moyen d'avoir une référence au collège concerné et aux règlements des hôpitaux?

M. CASTONGUAY: On parle seulement du coût des services. Regardez le début de l'article... Le coût des services suivants qui sont rendus sera défrayé...

M. BOIVIN: Mais tous les gens vont penser qu'ils ont le droit de poser ces actes.

M. CASTONGUAY: Mais là, il y a la question de l'information et de la diffusion...

M. BOIVIN: N'y aurait-il pas moyen de référer, pour ce qui est de l'annexe, à leur collège respectif et aux règlements des hôpitaux?

M. CASTONGUAY: Vous soulevez là un point qui est extrêmement important. C'est celui de l'information à la fois de la population et de tous les professionnels qui vont être touchés par cette loi. Or, la régie a une responsabilité à jouer, elle a un programme d'information.

M. BOIVIN: C'est trop loin pour juger si telle personne est apte à poser l'acte.

M. CASTONGUAY: Les collègues vont être appelés, de même que les associations, à renseigner leurs membres. C'est un problème d'information que vous soulevez. Or, les collègues et les associations professionnelles vont avoir une responsabilité, de même que la régie. Pour autant que nous sommes concernés, notre première préoccupation, c'est que la régie...

M. BOIVIN: Mais la qualité de l'acte ne relève pas de la régie.

M. CASTONGUAY: Non, mais...

M. BOIVIN: Je veux que ce soit bien mentionné.

M. CASTONGUAY: Il n'y a rien dans la loi qui touche à ça. Demandez à vos conseillers juridiques de bien regarder la loi et, s'il y a un point qui touche à ça, j'aimerais le savoir et on pourrait analyser les modifications qui pourraient être apportées.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Rivière-du-Loup.

M. LAFRANCE: Je reviens un peu sur l'idée du Dr Boivin — excusez-moi, du député de Dubuc — au sujet de certains actes médicaux qui sont prodigués, je ne dis pas par des gens qui ne sont pas compétents, mais par des gens, qui souvent, manquent d'information. Cela nous arrive souvent, à cause de discriminations qui se produisent à l'heure actuelle dans les hôpitaux vis-à-vis des dentistes. On ne consulte même pas le principal intéressé alors qu'on pratique des actes qui, à mon sens, sont des actes, je ne dirai pas illégaux, mais presque.

Je vais vous mentionner un exemple. Je sais que s'il m'arrive un cas de fracture de maxillaire, je n'irai pas poser un plâtre avec un bandeau pour tenir le maxillaire en place.

M. BOIVIN: Il y a certains chirurgiens-dentistes qui sont capables de le faire.

M. LAFRANCE: J'ai vu tout de même dans un hôpital cet acte posé par un médecin quand nous, nous n'y touchons pas, référant le cas à un spécialiste de chirurgie buccale qui, lui, est habilité à faire le travail. Il y a différents cas comme ça, et je pense qu'il ne faudrait pas que l'assurance-maladie rémunère des types qui vont faire de tels actes. Ce sont des abus, mais il faudrait peut-être prévoir dans...

M. CASTONGUAY: Ce n'est pas dans cette loi ici qu'on va régler qui fait tel acte. Les médecins sont habilités, à partir du moment où ils sont admis au collège, à faire toute une gamme de choses; les chirurgiens-dentistes de même. Lorsqu'ils veulent pratiquer en milieu hospitalier, il y a des règlements pour limiter leur pratique, et ce n'est pas par cette loi qu'on va modifier les règlements — s'il y avait lieu de les modifier — qui touchent à cette question.

M. CLOUTIER (Montmagny): On pourrait peut-être suggérer qu'il y ait un sous-comité où siègeraient les médecins et les dentistes, afin qu'ils discutent de la limite respective de chacune des deux professions. J'ai noté — je ne voudrais pas changer le sujet si ce n'est pas terminé — que dans ses remarques, le ministre a dit que des actes médicaux de même nature posés par différents professionnels seraient rémunérés au même tarif. Il y a donc extension du principe du tarif unique qui existait pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes. Ce principe est aussi étendu aux dentistes et à tous les professionnels de la santé qui sont couverts actuellement par le régime et qui le seront. Je comprends que c'est un principe qui est retenu à la table des négociations dans les négociations avec les dentistes et avec les médecins.

M. CASTONGUAY: Pour autant, évidemment, qu'il s'agit exactement des mêmes...

M. CLOUTIER (Montmagny): ... des mêmes actes.

M. CASTONGUAY: Vous savez qu'il y a des problèmes de définition. S'il s'agit exactement du même acte, c'est le même tarif.

M. CLOUTIER (Montmagny): Oui, il était important de le mentionner parce que la loi actuelle légifère en fonction des catégories de professionnels et non pas en fonction des catégories de soins. C'est pour cela que je voulais que le ministre précise bien cette décision importante de maintenir le tarif unique dans les négociations.

M. LAFRANCE: D'après ce que je peux voir, il y a la restriction qu'il faut que ce soit fait en milieu hospitalier. Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen justement d'élargir cela, parce que le même acte peut être posé dans un cabinet privé...

M. BOIVIN: Cela coûterait moins cher au gouvernement.

M. LAFRANCE: Cela coûterait moins cher parce que si l'on va en milieu hospitalier, par exemple, pour l'ablation d'une dent incluse, on va être obligé de pratiquer l'anesthésie générale pour faire le travail. Or, on le fait en cabinet privé sans anesthésie générale.

M. CASTONGUAY: La clinique externe...

M. LAFRANCE: A condition qu'on soit équipé.

M. CASTONGUAY: De toute façon, j'ai mentionné tantôt que cela peut donner lieu à certains illogismes. Cela s'est produit dans la Loi de l'assurance-hospitalisation. Tant et aussi longtemps que la couverture ne sera pas complète, on est sujet à ce genre de problème. J'ai mentionné que la couverture des soins dentaires sur une base plus large est à l'étude, que dans l'une de nos priorités, nous voulons établir, élargir la couverture de ces soins dentaires. Pour le moment, malgré le fait que cela donne lieu à un certain...

M. BOIVIN: Est-ce que l'on peut avoir l'assurance que l'annexe sautera quand vous accepterez tous les soins dentaires?

M. CASTONGUAY: Pas nécessairement, pour une raison. Si la couverture des soins dentaires, de tous les soins dentaires, par exemple, n'était réservée qu'aux enfants, aux femmes enceintes ou encore aux bénéficiaires...

M. BOIVIN: Non, mais quand ce sera complet.

M. CASTONGUAY: Quand on en sera rendu à cette étape, on n'aura plus besoin d'annexe. On va retenir votre suggestion pour ce moment-là.

M. CLOUTIER (Montmagny): J'ai noté la suggestion du député de Rivière-du-Loup d'élargir la législation. Je ne sais pas si cette suggestion a plus de chance d'être entendue venant du côté de votre droite?

M. LAFRANCE: Il y aura certainement des difficultés parce que nous ne sommes pas assez nombreux à l'heure actuelle pour couvrir complètement les soins dentaires, justement.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Le député de Bourget.

M. LAURIN: J'aimerais quand même poser une autre question. On sait très bien qu'en médecine, lorsque l'assurance-hospitalisation a été instituée sans qu'il y ait une assurance-maladie, un tas de services ont été rendus à l'hôpital quand ils auraient dû être rendus en cabinet privé. On a parlé des examens généraux. Ce qui a augmenté considérablement les dépenses de l'Etat. Est-ce que l'on ne risque pas actuel-

lement de faire à peu près la même chose, c'est-à-dire d'amener, d'inciter ou même de forcer certains hôpitaux à construire des installations nouvelles qu'ils ne possèdent pas actuellement afin de permettre aux chirurgiens, mais surtout aux chirurgiens dentistes de poser des actes prévus à l'annexe? Est-ce que ceci, par exemple, n'amènera pas des agrandissements d'hôpitaux, l'érection de cabinets de chirurgiens-dentistes très élaborés dans les hôpitaux avec toutes les dépenses que cela implique, alors qu'il aurait été quand même plus facile de permettre aux chirurgiens-dentistes en cabinet privé de continuer à améliorer leurs installations de façon à pouvoir rendre une bonne partie des services qui sont prévus à l'annexe? A ce moment-là, la restriction du projet de loi, tout paradoxal que cela puisse paraître, va amener une augmentation des dépenses, d'une part; d'autre part, cela peut donner un mauvais pli, une mauvaise orientation aux hôpitaux, les faire se doter d'installations matérielles dont ils n'auront plus besoin lorsque les services seront étendus aux cabinets privés des chirurgiens-dentistes. Ce qui fait que pour éviter des dépenses, on va en faire davantage, et des dépenses d'immobilisation qu'il ne sera plus possible de rattraper par la suite.

C'est pour cela que je me demande s'il n'y aurait pas lieu quand même de prévoir quelques exceptions avec l'aide des spécialistes, des associations professionnelles ou des chirurgiens-dentistes pour que certains actes puissent continuer à être rendus en cabinet privé. Je sais que la chose a été faite, par exemple, pour les radiologistes. Lorsque vous avez étendu aux cabinets privés des radiologistes la possibilité de poser certains actes, c'était un peu pour soulager les hôpitaux qui autrement se voyaient encombrés de patients qui venaient recevoir à l'hôpital des services que les cabinets privés étaient parfaitement en mesure de dispenser à prix moindre.

Je me demande s'il n'y aurait pas lieu, quand même, de considérer un peu plus longuement la question.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Joliette avait demandé la parole.

M. CASTONGUAY: J'aurais un commentaire, si vous le permettez. La très grande majorité de ces actes, si vous regardez l'annexe, sont déjà faits en milieu hospitalier et nécessitent d'être faits en milieu hospitalier. Il y en a quelques-uns où il peut y avoir un choix, à savoir s'ils pourraient être faits dans un cabinet privé, oui ou non.

M. LAURIN: C'est pour ces quelques-uns.

M. CASTONGUAY: Pour ces quelques-uns, il y a aussi une autre possibilité: c'est qu'on les retranche de la liste tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas élargi la couverture, comme en a parlé tout à l'heure.

M. LAURIN: Je pense, par exemple, à ouverture et drainage d'abcès.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Joliette.

M. QUENNEVILLE: Pour répondre au député de Bourget, j'ai eu l'occasion depuis deux mois de visiter plusieurs hôpitaux de la province, même dans des endroits assez reculés, et je peux vous dire qu'en ce qui concerne l'installation de cabinet de dentiste à l'intérieur même des hôpitaux, on a sûrement au moins 70% des hôpitaux qui ont déjà cette installation.

M. LAURIN: Mais peut-être pas suffisante.

M. QUENNEVILLE: Ils ont une organisation qui est parfaite.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député d'Abitibi-Ouest demande la parole.

M. AUDET: A la suite du député de Bourget qui prétendait tout à l'heure que, dans certains cas, on essaierait d'économiser et qu'on dépenserait peut-être davantage, — cela ne se rapporte peut-être pas au sujet qu'il traitait — pour enchaîner dans ce sens, si on remettait l'argent que va coûter ce système d'assurance-santé à tous les individus, leur laissant le souci de se faire soigner eux-mêmes par le médecin de leur choix, ce serait beaucoup moins de casse-tête pour le gouvernement. Le gouvernement est fait pour légiférer, ce n'est pas un médecin. C'est de cette façon que nous voyons les choses: laisser la liberté complète à la personne humaine, lui laisser son pouvoir de payer.

M. CASTONGUAY: On a voté hier après-midi sur le principe de la loi et tous les députés qui étaient présents en Chambre se sont dits en faveur du principe de la loi. Nous n'allons pas recommencer sur le principe de la loi ici ce matin. On a discuté de toutes les dispositions. A ce jour nous avons montré que nous étions prêts à discuter sérieusement, mais nous n'allons certainement pas retourner au

stade où nous en étions avant l'adoption en deuxième lecture.

M. AUDET: Un mot en passant, pour continuer dans le même sens. Je crois que M. le ministre a l'intention de rendre réponse aux centrales syndicales qui ont demandé de le rencontrer. Je ne sais pas si oui ou non il les rencontrera. C'est donc qu'il a l'intention de rencontrer ces centrales syndicales, de prendre une certaine opinion dans la population...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Cela ne rentre pas dans le cadre de l'article discuté actuellement.

M. AUDET: Quand pourrais-je poser cette question?

M. LE PRESIDENT (Fortier): Peut-être qu'avant la prochaine séance, on vous donnera la permission de poser une question. Paragraphe b).

M. LAURIN: Simplement pour ajouter quelque chose. Dans mes remarques, je parlais surtout d'ablation des dents incluses ou partiellement incluses et d'infection. Il est bien entendu que je sais que la majeure partie de ces actes sont rendus dans les services chirurgicaux, mais je pensais à tout ce qui touche l'infection ou l'ablation simple. Je suis convaincu qu'il y a beaucoup de chirurgiens-dentistes qui sont capables actuellement, qui sont installés pour poser ces actes dans leur cabinet privé. C'est simplement sur ces points que je me demande s'il n'y a pas lieu d'assouplir la loi. Je ne crois pas que les dépenses seraient supérieures.

M. CASTONGUAY: M. Després va faire un relevé. Il me dit qu'il est en mesure d'obtenir les données quant à la proportion des actes posés en milieu hospitalier et dans les cabinets privés. Si, dans certains des cas la question se pose — et j'en conviens — il y a deux possibilités: soit qu'on les retranche, soit qu'on continue de les couvrir temporairement avec les restrictions indiquées. Il ne faut pas oublier aussi que les cabinets de dentiste ne sont pas soumis à une réglementation ou à un contrôle tellement sévère quant à l'hygiène. A ma connaissance, c'est le collège qui de temps à autre va faire des visites. Moi, je ne peux pas assurer que les conditions d'hygiène soient toujours respectées dans les cabinets de dentiste de la province. Il y a là aussi un aspect qu'on ne peut ignorer.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Joliette a la parole.

M. QUENNEVILLE: Je comprends que plusieurs de ces actes se faisaient en cabinet privé, n reste quand même une chose certaine, c'est qu'autrefois nous faisons nos points de suture au bureau. Aujourd'hui, nous sommes bien heureux de pouvoir les faire dans un milieu beaucoup plus aseptique, dans un milieu hospitalier où nous avons le service des infirmières. Ce serait la même chose pour les chirurgiens-dentistes, je pense.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Dubuc.

M. CASTONGUAY: Il faut évoluer, votre parti aim3 ça.

M. BOIVIN: M, le ministre, vous avez échappé un mot, le contrôle. Il s'agit de l'acte médical. Encore une fois, je reviens là-dessus. Vous venez dire que le contrôle de la médecine et la qualité de l'acte est mieux fait à l'hôpital que dans les bureaux privés.

M. CASTONGUAY: Ce n'est pas ça. J'ai dit que les conditions d'hygiène dans les cabinets de dentiste ne sont pas soumises à des inspections ou à des normes très rigides. La Loi des hôpitaux ne s'applique pas aux cabinets privés de dentistes. C'est le collège qui parfois envoie un inspecteur. Je n'ai pas parlé de la qualité de l'acte, j'ai simplement parlé des conditions d'hygiène, de salubrité et d'asepsie dans les bureaux de dentiste.

M. LAURIN: J'ai une dernière question à poser. Est-ce que le ministère a fait des études sur le coût probable de l'inclusion dans la loi d'une telle mesure? Est-ce qu'on peut avoir l'ordre de grandeur?

M. CASTONGUAY: L'ordre de grandeur, je l'ai dans le dossier, et non pas le coût réel. Je vais consulter le document. C'est environ \$1 million.

M. LE PRESIDENT (Fortier): La réponse satisfait le député de Bourget?

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce que le ministre a dans le même document l'estimation des coûts pour les services rendus par les optométristes? S'il veut vérifier, par la même occasion, parce que j'imagine que la même question va être posée. Je l'ai à l'idée, j'ai une bonne mémoire.

M. CASTONGUAY: Ordre de grandeur pour une année complète, \$7 millions.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le paragraphe b) est-il adopté?

M. CLOUTIER (Montmagny): Sous réserve de l'adoption... de tout le paragraphe et des modifications que le ministre va apporter à la suite des études additionnelles à l'article 56 ou à l'annexe.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le paragraphe c).

Optométrie

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, au paragraphe c) hier, quand on a traité de la section des professionnels, j'ai posé beaucoup de questions sur les optométristes. Je ne veux pas revenir sur les questions que j'ai posées. Tantôt, j'ai demandé le coût, le ministre nous a dit que l'estimation du coût pour les services des optométristes était de \$7 millions. J'ai posé hier mes questions et je laisse au député de Bourget...

M. LAURIN: La question qui m'intéressait était surtout l'ordre de grandeur des soins. La seule autre question est celle-ci: Est-ce que tous les problèmes qui existent entre les optométristes et les ophtalmologistes d'une part et les optométristes et les opticiens de l'autre sont en voie de règlement ou sont réglés actuellement à la satisfaction relative des intéressés? Sinon, quels sont les points contentieux qui restent?

M. CASTONGUAY: Il y a deux questions ici. Au plan des négociations, les négociations s'effectuent avec l'Association des optométristes quant à la couverture de l'assurance-maladie. C'est une chose. On va voir l'issue de ces négociations éventuellement. Quant à la pratique de ces professions que vous avez énumérées: l'ophtalmologie, l'optométrie et celle des opticiens d'ordonnances, je dois dire qu'à ma connaissance, il y a un certain nombre de problèmes.

Il y a eu plusieurs tentatives de faites dans le passé pour régler ces problèmes.

Il y eu peut-être du progrès de réalisé, mais à mon avis, il y a encore du progrès à réaliser. Je sais que, pour moi, il serait extrêmement important que ces professionnels, que ce soient des ophtalmologistes, des optométristes, des opticiens travaillent de façon très étroite, ensemble, que ce soit en milieu hospitalier, que ce soit dans des centres

communautaires ou des cliniques. Malheureusement, ce n'est pas le cas et c'est dans ce sens que je dis qu'il y a encore beaucoup de progrès à réaliser.

M. LAURIN: Peut-on savoir exactement, là où ça accroche?

M. CASTONGUAY: Bien, si les gens ici, dans la salle, avaient droit de parole, ils pourraient vous en dire beaucoup plus que moi. Maintenant, il y a ici un optométriste, qui pourra commenter, je crois, pour ma part, si vous me permettez une remarque, que chacun des groupes, à prime abord, ait des craintes excessives vis-à-vis des autres groupes, provenant de considérations d'ordre économique dans le passé. Avec l'avènement de l'assurance-maladie, ces considérations tombant dans une assez large mesure, il me semble que nous allons être en mesure de faire beaucoup plus de progrès dans l'avenir, si chacun est assuré qu'il peut tout en travaillant honnêtement, de façon professionnelle, gagner sa vie honorablement. Je pense que, dans le passé, une certaine partie des tensions entre ces groupes provenait du fait qu'il y avait une crainte sur le plan économique.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Jacques-Cartier.

M. SAINT-GERMAIN: Alors, M. le Président, relativement à ce problème — d'ailleurs il faut bien le placer dans son contexte — ce ne sont certainement pas les relations entre les médecins et les optométristes qui causent des problèmes. En somme en groupe, nous n'avons certainement pas de problèmes avec les omni-praticiens et nous n'avons pas de problèmes avec les spécialistes autres que les ophtalmologistes. Même, quelquefois, je me demande personnellement si c'est réellement un problème de groupe ou un problème de relations entre quelques représentants du groupe des ophtalmologistes. De toute façon, je crois que dans le contexte antécédent à cette loi, il était extrêmement difficile de s'entendre parce que quelques représentants du groupe des ophtalmologistes, pour des raisons que je ne connais pas, voulaient simplement, à mon avis, la disparition de la profession des optométristes. Alors, tant que l'on n'accepte pas la présence de la profession des optométristes, il est extrêmement difficile d'établir des bases de compréhension et de bonnes relations entre les groupes.

Cette agressivité ou ce manque de bonnes relations a été, à mon avis, absolument dété-

riorant relativement au bien-être de la population. Cela a créé, au niveau de la population et des services à rendre à la population, des inconvénients terribles; cela a créé aussi au point de vue du développement normal de la profession des optométristes, des inconvénients pratiquement insurmontables puisque, à un moment donné, sous l'influence du groupe des ophtalmologistes, le collègue des médecins avait défendu aux ophtalmologistes d'enseigner à l'école des optométristes. Ceci nous a privés d'une source de renseignements valables. Le collège et l'école d'optométrie ont été obligés de faire appel à des gens à l'extérieur du Québec pour avoir certains cours au niveau de l'école. Ces cours n'ont pas nécessairement été donnés par les gens les plus qualifiés ou du moins il aurait été très facile d'augmenter la valeur de la profession des optométristes si l'on avait eu la coopération des ophtalmologistes et de certains médecins, qui étaient compétents pour donner ces cours.

Je crois tout de même qu'avec cette loi, comme le ministre vient de le dire, c'est une reconnaissance officielle par le gouvernement de la profession des optométristes. La profession était déjà reconnue par la population puisque, dans un contexte d'entreprises privées, les optométristes, ont la grande partie des examens optométriques dans Québec. Alors, cette reconnaissance par le gouvernement mettra, à mon avis, une fin aux espoirs d'une certaine minorité d'ophtalmologistes qui voudrait voir la profession disparaître parce que, par cette loi, nous sommes reconnus et, comme disait le ministre, les buts que l'on s'était fixés ne peuvent plus être atteints, j'espère bien, que dans l'intérêt même de la population et que les relations, à l'avenir, seront meilleures.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de D'Arcy-McGee.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, un bref commentaire. Cela fait à peu près huit ans que je participe à des efforts de compréhension et de conciliation entre divers groupes, diverses professions. Il y a quelques années, j'aurais pu répondre à la question du député de Bourget, ayant siégé à une table autour de laquelle se trouvaient ophtalmologistes et optométristes. A l'époque, je connaissais assez bien la nature et l'envergure des problèmes, des différends. Aujourd'hui, malheureusement, je ne suis pas au courant de telles conversations. Je suis au courant quand même de certaines collaborations individuelles qui se font à l'intérieur de certains cabinets de consultation entre ophtalmologistes et optométristes, et qui vont assez bien.

Le problème qui est fondamental, que mon collègue de Jacques-Cartier vient de soulever, est celui de la restriction, de la défense absolue aux médecins d'enseigner dans des écoles d'optométrie. Ce n'est pas un problème québécois, c'est un problème presque mondial. C'est certainement un problème nord-américain et partout en Amérique du Nord le code de déontologie de la profession médicale défend formellement aux médecins d'enseigner aux optométristes. Or, il y a un besoin non seulement de promouvoir des conversations entre ces deux groupes, ophtalmologistes et optométristes, mais aussi d'étudier, dans le cadre auquel le ministre de la Santé a fait allusion dans son discours de deuxième lecture, le cadre d'une évolution d'un système de soins de santé s'il n'y aurait pas lieu d'établir des consultations sur un éventail plus large que simplement les conversations bipartites ou même tripartites avec un arbitre ou conciliateur. Il y aura lieu d'étudier tout ce problème pour arriver à une solution de la population.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Lafontaine avait demandé la parole.

M. LEGER: Unecourte question, au paragraphe c) de l'article 3. « Les services que rendent les optométristes », est-ce que cela veut dire les services rendus uniquement dans le milieu hospitalier ou dans leur bureau particulier!

M. CASTONGUAY: Dans leur bureau, partout.

M. LEGER: Pour quelle raison — j'espère que je ne reviens pas sur quelque chose qui a été dit — les optométristes peuvent-ils le faire à leur bureau et pas les chirurgiens-dentistes?

M. CASTONGUAY: Les services des optométristes sont des services qui sont très courants, examens de la vue, etc, qui peuvent se faire dans des cabinets privés et qui ne nécessitent pas tout l'équipement hospitalier, dans la grande partie des cas. Il n'y a donc pas de raison de les restreindre. Ici, l'intention était de couvrir tous les services rendus par les optométristes, les services que la loi les habilite à rendre, la Loi corporative des optométristes.

M. LEGER: Est-ce parce que pour les chirurgiens, c'est une question d'une difficulté de contrôle, comme vous le disiez tout à l'heure de...

M. CASTONGUAY: Dans le cas des chirurgiens-dentistes, on couvre uniquement la chirurgie buccale à ce stade-ci.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Jacques-Cartier.

M. SAINT-GERMAIN: Pour faire suite aux déclarations du député de D'Arcy-McGee et à ce que je vous ai dit tout à l'heure, j'ai appris de bonne source que l'Association américaine des médecins et l'Association canadienne des médecins avaient rescindé cette résolution défendant aux médecins d'enseigner à l'Ecole d'optométrie. C'est déjà un bon début.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Bourget.

M. LAURIN: Sans être un spécialiste de ces questions contentieuses, il me semble que les griefs se résument au fond à une seule question, c'est que les ophtalmologistes reprochent souvent aux optométristes de traiter le symptôme sans remonter à la cause et qu'ainsi ils peuvent compromettre la santé des clients qui vont les consulter. Ce qui exige, bien sûr, comme vous le dites, une collaboration qui devrait s'apprendre entre les deux professions.

Mais je me demande si, pour aider à régler ce litige, il n'y aurait pas possibilité ou utilité d'établir une liste des actes qui seraient couverts par la Loi de l'assurance-maladie pour les actes optométriques comme on l'a fait pour les actes de chirurgie buccale. C'est peut-être impossible, c'est peut-être...

M. CASTONGUAY: Voici pour quelle raison cela n'a pas été fait dans le cas présent. Dans le cas de la chirurgie buccale, il fallait prendre certains actes, à partir de tous les actes que peuvent poser les chirurgiens-dentistes de la liste spécifique des actes de chirurgie buccale. Donc, il fallait faire une liste parce que l'on en excluait. Ici, on couvre les services que les optométristes peuvent rendre en vertu de leur loi. On ne les limite pas. Vous avez mentionné vous-même que, si l'on établit une liste, cela peut créer des problèmes avec l'évolution. Dans ce cas, la Loi des optométristes contient une définition de ce que sont les actes que peuvent poser les optométristes. C'est cette définition qui a fait foi de tout.

M. LAURIN: Est-ce que ces listes apparaîtront aux règlements de l'assurance-maladie, la liste des actes médicaux, la liste des actes optométriques?

M. CASTONGUAY: Dans les ententes qui seront signées, il y aura la liste des actes avec les dispositions au point de vue salarial.

M. LE PRESIDENT (Fortier): M. le député de Montmagny.

M. CLOUTER (Montmagny): M. le Président, je voudrais dire que je suis très heureux d'avoir entendu la voix du député de D'Arcy-McGee et celle du député de Jacques-Cartier dans ce débat. Leur silence nous inquiétait dans un débat aussi important, celui de l'assurance-maladie. J'espère qu'ils auront encore l'occasion d'intervenir et d'apporter de judicieuses remarques à l'occasion de ce projet de loi.

M. CASTONGUAY: C'étaient des silences éloquentes qui montraient qu'ils étaient d'accord.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je voudrais demander au ministre de la Santé s'il a l'intention de donner une nouvelle vigueur à cette commission, de faire siéger cette commission qui avait été formée et qui, jusqu'à maintenant, n'a pas donné beaucoup de rendement ou de résultat concret, commission qui réunit autour de la même table les ophtalmologistes et les optométristes et qui pourra plus tard ajouter le groupe des opticiens, parce que ce sont trois groupes qui se rencontrent sur le terrain pratique. Je voudrais demander au ministre si c'est son intention de s'occuper de cette question et de voir à ce que cette commission siège en temps opportun.

M. CASTONGUAY: Nous n'avons pas donné d'instruction à la commission d'arrêter ses travaux. Selon les renseignements que j'ai obtenus, à moins qu'ils soient faux, on m'adit que le travail ne se poursuivait pas. Nous sommes dans une étape de négociation, négociation qui peut peut-être faciliter certains rapprochements. Nous avons également dit que nous entendions reviser les lois corporatives, que nous allions déposer le rapport de la commission sur les corporations. Il y a un certain nombre d'éléments nouveaux qui apparaissent dans le portrait général qui changent les conditions de pratique. Il y a des éléments nouveaux qui proviennent des travaux de la commission et, avant de déterminer si l'on doit poursuivre sous la forme de cette commission spécifiquement... S'ils reprennent leur travail, tant mieux. On ne leur a pas demandé de l'arrêter. Mais s'ils ne le reprennent pas, à savoir quels moyens devraient être pris pour l'avenir, je n'ai pas de décision à annoncer à ce sujet.

Il y a aussi un autre aspect de la question. Je vous ai parlé de la réglementation en vertu de la Loi des hôpitaux. H me semble aussi

qu'il y a certains gestes qui peuvent être posés à ce niveau et qui peuvent contribuer à faciliter des rapprochements.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Est-ce que le paragraphe c) est adopté ?

UNE VOIX: Sous la même réserve.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Sous la même réserve.

M. CLOUTIER (Montmagny): J'aurais des questions à poser au dernier paragraphe.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Dernier paragraphe.

M. LAURIN: Avant que nous arrivions au dernier paragraphe, j'aimerais de nouveau reprendre pour quelque moment la discussion d'hier puisque J'ai entendu des commentaires très intéressants du député de Louis-Hébert sur les médicaments. J'avais quelques questions qui me revenaient encore à l'esprit. La première remarque, c'est que les frais de chirurgie buccale et d'optométrie, bien que relativement élevés — \$8 millions — ne sont pas quand même à ce point considérables que cela obère d'une façon trop marquée le budget provincial.

Je me demande si, précisément sur la stricte question du coût, on ne pourrait pas penser à étendre, sans trop de dommages pour le budget provincial, la couverture des services.

Assurance-médicaments

M. LAURIN: Première remarque. Dans les observations du député de Louis-Hébert, hier, je remarquais qu'il parlait d'études qui ont été faites depuis longtemps, qui avaient été commencées sous l'ancien gouvernement et qui se poursuivaient sous le nouveau. Je tiens compte également des difficultés de juridiction, fédérale et provinciale, qui ont été faites, mais il reste quand même que toutes ses observations nous montrent que ces études doivent quand même se terminer un jour. Je pense que la population accepte difficilement que sur un problème

— malgré tout limité — comme celui des médicaments, on ait besoin d'étudier durant des années une question avant qu'on puisse en arriver à une solution. Surtout quand il faut peser d'un autre côté l'urgence, le caractère très important du service qui est couvert. Tout le monde le sait, à quoi sert à un patient d'aller voir un médecin si, à cause de sa condition de

vie, il ne peut pas ensuite se donner le traitement dont il a besoin, surtout par voie de médicaments.

Une autre remarque aussi, c'est que quand même une bonne partie des frais qu'implique la couverture des médicaments sont actuellement dépensés par la population et que, avec la méthode de contribution qui a été acceptée par le gouvernement, il s'agirait d'un transfert de fonds plutôt que de dépenses nouvelles, d'une redistribution nouvelle, d'une répartition nouvelle de dépenses actuellement effectuées par le patient. A ce moment-là, comme il s'agirait plutôt d'une modalité administrative que d'une question budgétaire, il semble que cela pourrait faire disparaître un des obstacles importants que pourrait avoir le gouvernement à l'extension de cette couverture en ce qui concerne les médicaments.

Egalement, je rappelle la suggestion que nous avons faite du « ticket » modérateur. Si cette question du coût que l'on pourrait craindre excessif continue d'être un obstacle à l'extension de la couverture, peut-être pourrions-nous régler ce problème par la question du « ticket » modérateur.

Une question qui me venait aussi à l'esprit à ce sujet-là: Est-ce que le ministère à l'intention de faire quelque chose en ce qui concerne les médicaments brevetés qui, justement, portent très mal leur nom puisqu'ils ne sont pas fabriqués à l'occasion d'un brevet scientifiquement établi par le directeur des Aliments et Drogues et qui, au fond, nuisent beaucoup à la santé de la population. Beaucoup plus qu'ils ne l'aident, et de bien des façons. D'abord, puisqu'ils font dépenser inutilement de l'argent à la majeure partie de la population qui est mal informée sur la nature des produits ou l'utilité des produits. Souvent, comme le ministre le sait, on vend ainsi en pharmacie non seulement des produits inutiles, mais des produits nocifs. L'extension de la couverture aux médicaments aurait pu permettre au ministère de légiférer en cette matière et de débarrasser le marché de ces produits souvent dangereux et nocifs. Autrement, on serait peut-être obligé d'attendre encore d'autres études, d'autres années avant que des mesures précises et vigoureuses soient prises par l'autorité législative à cet égard.

M. CASTONGUAY: En ce qui a trait à la couverture des médicaments, je suis d'accord avec vous lorsque vous dites qu'il n'y a pas de dépenses nouvelles mais transfert de dépenses, que des économies peuvent être réalisées, que c'est logique de couvrir les médicaments et non seulement les soins médicaux. Sur cela, je suis tout à fait d'accord. Je vous ai mentionné un certain

nombre des problèmes hier soir qui sont plutôt de nature administrative: l'établissement des mécanismes, les problèmes de négociations, les problèmes de contrôle. Je pourrais demander à M. Després, ici, s'il est capable aujourd'hui de nous dire, en toute certitude, s'il serait en mesure d'administrer un régime d'assurance-médicaments le 1er janvier prochain, sans nous définir la couverture, nécessairement, ou le groupe de population — parce que ce sont des éléments qui doivent être déterminés — sans dire spécifiquement s'il va y avoir des frais modérateurs dans tel cas.

Je n'ai pas consulté M. Després, mais je suis prêt à accepter sa réponse qui, j'en suis assuré, sera aussi objective que possible.

M. LE PRESIDENT (Fortier): M. Després.

M. DESPRES: Conformément au mandat que le gouvernement nous a donné, nous avons entrepris un certain nombre d'études que nous anticipons compléter le plus rapidement possible.

La première de ces études avait trait à la définition du problème, c'est-à-dire toute la dimension économique qui concerne les différentes parties impliquées dans l'assurance ou l'assistance-médicaments, à partir du grossiste, du fabricant, des prescripteurs, des consommateurs et des dispensateurs qui sont les pharmaciens. Ces études sur le plan économique ont été complétées.

Des études ont débuté sur les mécanismes de contrôle qui sont assez complexes, ainsi que sur les mécanismes de distribution. Il restera par la suite au comité d'étude sur les médicaments à revoir les travaux qui ont déjà été entrepris en vue d'arrêter un formulaire qui pourrait être acceptable et qui respecterait les droits de chacune des parties tout en visant à assurer le meilleur coût possible pour les médicaments, c'est-à-dire le coût le plus bas possible.

Toutes les parties intéressées seront également invitées à participer à ces travaux du comité d'étude sur les médicaments, de façon qu'elles puissent suivre l'évolution des travaux entrepris et être parfaitement au courant de la façon dont ils sont orientés. Quant à savoir si le tout pourrait être complété d'ici la fin de l'année, je peux vous dire que nous avons bon espoir de soumettre nos recommandations au gouvernement d'ici la fin de l'année pour qu'il possède les renseignements qui lui permettront de prendre les décisions qui s'imposent, parce qu'il y a des questions d'ordre économique, il y a des questions sociales, il y a également des

questions techniques, des questions professionnelles et, finalement, des incidences financières.

M. CASTONGUAY: Il semble que la date de la prochaine session ait été annoncée. Je ne crois pas que des décisions définitives aient été prises. Mais on se rencontrera sûrement à nouveau pour étudier de nouveaux projets de loi, et ce sera probablement un des premiers projets déposés.

UNE VOIX: Est-ce que je dois...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de D'Arcy-McGee a demandé la parole.

M. GOLDBLOOM: Cela serait simplement pour ajouter qu'il découle de ce que M. Després vient de dire qu'il ne s'agit pas simplement de couvrir le coût des médicaments; il s'agit d'établir une politique quant à l'économique impliquée. Depuis quelque temps, je reçois la visite de divers groupes de pharmaciens qui font des propositions, qui ont des formules à suggérer. Je dois dire que j'ai reçu récemment trois ou quatre groupes. J'ai entendu trois ou quatre opinions différentes.

J'ai aussi eu l'avantage d'aller, en compagnie de l'ancien député de Richelieu, dans trois pays européens pour étudier leur système de distribution des médicaments. J'ai donc des rapports à préparer et à soumettre à mon collègue, le ministre de la Santé. Ces renseignements seront ajoutés à ceux qui sont récoltés présentement par M. Després, et tout cela aura pour résultat la préparation d'une politique générale.

M. LAURIN: M. le Président, est-ce que je dois comprendre des remarques du président de la régie et du député de D'Arcy-McGee qu'il est probable que la régie pourrait compléter ses travaux d'ici quelques mois, serait en mesure de faire des recommandations au ministre de la Santé vers octobre ou novembre et que, dans cette éventualité, le ministre de la Santé affirmerait son intention de présenter une législation pour l'assurance-médicaments aux assistés sociaux qui pourrait entrer en vigueur au 1er janvier 1971, comme je le suggérais dans mon amendement?

M. CASTONGUAY: Une chose sur laquelle je n'ai pas voulu prendre d'engagement dans tout ce que vous venez de dire, c'est la date.

M. LAURIN: Mais est-ce que le ministre pourrait tout de même nous dire que cela sera à peu près...

M. CASTONGUAY: Comme nous le dit M. Després, si les travaux nous arrivent au cours des quelques prochains mois, les négociations pourront s'amorcer et le tout se déroulant normalement, on présentera à la prochaine session un projet de loi.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Dubuc.

M. LEGER: M. le Président, est-ce que J'ai perdu mon tour à cause de cela?

M. LE PRESIDENT (Fortier): Est-ce que c'est sur la même question? C'est parce qu'il y avait aussi une question sur les médicaments brevetés.

Le député de Lafontaine.

M. LEGER: C'est seulement un petit mot. M. Després disait tantôt qu'il y avait des incidences dans l'étude du travail économique, social, technique, professionnel et financier. Il ne fait pas mention du tout d'un problème de juridiction. N'y a-t-il pas un problème de juridiction et de chevauchement entre les responsabilités fédérales et provinciales, dans ces problèmes?

M. DESPRES: Comme je l'ai dit tout à l'heure, lorsque nous étudions un problème comme celui-là, nous sommes certainement obligés de nous pencher sur les mécanismes de contrôle qui sont établis pour assurer la qualité des médicaments. Et il va de soi qu'il y a certaines responsabilités qui sont de juridiction fédérale comme il y en a d'autres, qui sont de juridiction provinciale également, qu'il faudra répartir dans les recommandations que nous ferons tenir au gouvernement sur le sujet.

M. LEGER: Mais est-ce que le poids n'est pas beaucoup plus du côté de ces juridictions que de toutes les autres incidences que vous avez mentionnées?

M. DESPRES: Actuellement, je ne dirais pas.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Dubuc.

M. BOIVIN: Ce n'est peut-être pas le meilleur moment pour intervenir, et émettre les opinions que je vais émettre, mais on reviendra. Connaissant le président de la régie comme un parfait administrateur, avec la politique de restriction qu'on voit sur l'acte médical, sur les

personnes qui poseront ces actes médicaux, ne trouvez-vous pas, M. le ministre, que la taxe que la régie impose, 0.8% de celui qui doit se faire traiter et de l'employeur, sachant ce que l'employeur a déjà à payer à la Commission des accidents du travail, par exemple, ayant une double imposition, ne craignez-vous pas que la régie fasse de la banque avec ce qu'elle percevra de la population? Et le manque de souplesse de la loi qui devra étendre les avantages...

M. CASTONGUAY: Sur cela, je me sens très à l'aise pour répondre à votre question. La couverture est exactement la même qui avait été annoncée par le ministre de la Santé, au mois de décembre dernier. Les taux de contribution sont exactement les mêmes, sauf que la limite est sensiblement haussée pour ceux qui ont des revenus autres que salaires. Sur ce plan je ne crois pas...

M. BOIVIN: Il y a tout de même des restrictions dans les actes que vous avez posés.

M. CASTONGUAY: Bien, j'aimerais les connaître. Vous aviez parlé des soins optométriques. Vous aviez parlé de chirurgie buccale et vous aviez parlé de soins médicaux.

M. BOIVIN: Il y a certains médicaments... Prenez l'injection, par exemple, vous l'avez retirée.

M. CASTONGUAY: Je ne crois pas que, dans le communiqué de presse du mois de décembre, il était fait état de cela.

M. BOIVIN: Mais s'il arrivait que la régie percevait trop, que feriez-vous de cet argent-là? Il faudra attendre une nouvelle législation.

M. CASTONGUAY: Il y a deux possibilités. La régie peut percevoir un montant de contribution qui va excéder sensiblement les coûts ou encore cela peut être inférieur ou encore à peu près égal. Il y a trois possibilités. Dans chacun des cas, la loi prévoit ce qui peut se faire. Si la régie a des surplus, ils lui sont crédités et ils serviront à l'extension de la couverture. Si d'autre part, la régie n'en a pas suffisamment, elle peut emprunter et le taux de contribution sera haussé. C'est exactement le même problème auquel vous auriez eu à faire face avec votre...

UNE VOIX: S'il y a un excédent.

M. LAURIN: M. le ministre, est-ce que cela va susciter l'appétit des corps professionnels?

M.CASTONGUAY: Je peux vous dire qu'avant de déterminer s'il va y avoir excédent, il va falloir laisser passer un certain temps malgré tout. Il y a les délais précédant l'entrée des contributions. Il y a aussi une certaine demande accumulée à laquelle il va falloir faire face. Alors, avant qu'on en arrive à une expérience relativement stable et qui puisse nous permettre de déterminer si réellement, il va y avoir surplus ou déficit, cela va prendre un certain temps. M. Després me disais récemment, justement, que sur ce point, il ne pourrait pas nous donner de données spécifiques assez justes avant un an, si ma mémoire est fidèle. Et même, vous alliez plus loin si je me souviens bien.

M. CLOUTIER (Montmagny): De toute façon, ce que voulait faire ressortir le député de Dubuc, c'est que la première version de la loi étant une loi-cadre, elle est plus souple dans ses mécanismes d'extension. Si la régie s'apercevait, par la rentrée des contributions et le rythme des paiements effectués qu'il peut y avoir un surplus en fin d'année, le gouvernement aurait été tenté à ce moment-là, aurait eu la possibilité d'étendre la couverture du régime. C'est dans ce sens-là que le député de Dubuc a posé sa question. Si cela se produisait, si la régie avait des surplus d'opération, il demande quelle serait l'attribution qu'on en ferait, si on en profiterait pour modifier la loi et permettre une extension des soins plus rapide que celle qui avait été prévue. La loi étant plus précise, n'étant pas une loi-cadre, les articles étant précisés quant aux professionnels et quant aux soins couverts et, n'ayant pas la notion de biens, l'extension du régime n'est pas possible sans modification de la loi. C'est dans ce sens-là que le député de Dubuc a posé sa question et je crois bien que, s'il y avait des surplus, le ministre de la Santé saurait où les placer dans son ministère.

M. CASTONGUAY: Bien, on ne peut pas les sortir de la régie. Mais cela revient toujours à la même question: C'est la différence entre le choix d'une loi-cadre et d'une loi spécifique. Et le choix qui a été fait, je l'ai expliqué pourquoi hier.

M. BOIVIN: Est-ce que l'on peut penser que l'employeur sera soulagé pour autant à la commission des accidents du travail?

M. CASTONGUAY: Est-ce que l'on pourrait sur ces questions-là?

M. CLOUTIER (Montmagny): C'est expliqué dans l'autre article.

M. CASTONGUAY: Mais, si vous me permettez, je pourrais faire un commentaire sur le dernier paragraphe. Vous avez vu... Ah! Il y a les médicaments brevetés, excusez-moi.

Les médicaments brevetés. Vous savez que, présentement, la loi du Collège des Pharmaciens, dans ses dispositions détermine dans une assez large mesure, la façon dont les médicaments peuvent être distribués dans la province de Québec. C'est une question qui a été étudiée par la commission sur deux plans: d'abord, au plan de l'objectif de cette loi, dans le cadre de la révision de toutes les lois corporatives et, deuxièmement, il y a eu une étude qui a été effectuée, une étude de nature plutôt économique sur les mécanismes de distribution des médicaments, de certains types de prothèses, les prothèses auditives. Je me demande si on ne couvrirait pas également les verres, les lunettes. Cette étude sera rendue publique très bientôt. C'est à partir de ces études qu'un certain nombre de changements seront apportés en ce qui a trait au mécanisme de distribution des médicaments. A titre d'exemple, vous avez mentionné le problème des médicaments brevetés; ceci en est un, j'en conviens, il y en a d'autres aussi. Je trouve étrange, qu'on restreigne, par exemple, la distribution des médicaments aux personnes non hospitalisées, aux pharmacies d'officine. Dans certaines régions et surtout à certaines heures, si l'on pouvait avoir accès aux pharmacies d'hôpitaux, je pense que la population y gagnerait largement. Dans d'autres cas, elle y gagnerait aussi quant à la qualité des services reçus. Alors, il y a plusieurs problèmes qui touchent à la distribution des médicaments. Je crois que sur cela vous n'avez pas à craindre, les études sont faites grâce à la prévoyance de l'ancien gouvernement et au travail de la commission que j'ai présidée.

M. LAURIN: Est-ce qu'il y a aussi un problème de juridiction en ce qui concerne les médicaments brevetés? Qui donne l'autorisation de vendre en pharmacie ces horreurs?

M. CASTONGUAY: De mémoire, tout le problème m'échappe, à un moment beaucoup plus familier avec toutes les ramifications de contrôles ou la législation. J'hésiterais à donner une réponse parce que je pourrais vous induire en erreur ou vous avez probablement plus de renseignements que j'en ai sur la question. De mémoire, malheureusement, je ne suis pas en mesure de répondre à votre question.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Alors, si l'on peut continuer, au dernier paragraphe...

Prothèses

M. LAURIN: Excusez-moi, M. le Président, je voudrais revenir sur cette question des prothèses. Dans l'amendement que je présentais hier, je parlais de prothèses orthopédiques, mais je parlais aussi d'autres prothèses dont peuvent avoir besoin certains patients. On vient de mentionner les prothèses auditives, et on sait à quel point c'est important, à quel point c'est dispendieux. Je penserais aux verres de contact qui sont des améliorations que la technique moderne nous a apportées, qui sont extrêmement utiles pas seulement au point de vue esthétique mais même au point de vue scientifique, c'est beaucoup mieux quand c'est bien accepté.

Dans les études dont le ministre vient de faire état, est-ce qu'on mentionne le coût approximatif de pareilles prothèses pour l'ensemble de la population, que ce soient les prothèses orthopédiques, comme celles qui ont été développées à l'Institut de réhabilitation qui montre la voie au monde entier dans ce domaine, les prothèses auditives — je ne parle pas des prothèses dentaires, parce que ce serait un autre gros problème? Mais dans les études peut-on déjà avoir une idée du coût de ces prothèses pour l'ensemble de la population?

M. CASTONGUAY: Dans l'étude qui a été effectuée par M. François Lacasse de l'Université de Montréal, un économiste, je me souviens clairement qu'il avait eu extrêmement de difficultés à obtenir des données assez précises. Prenez le cas des prothèses auditives, il n'y a pas de corporation professionnelle, ce sont des agents libres. Quant aux coûts de ces prothèses, au niveau du manufacturier et au niveau de celui qui les achète, je pense qu'il y a des écarts assez considérables dans certains cas. Assez souvent on m'a parlé d'abus quant à la vente de ces prothèses auditives. Il y a des données qui ont pu être recueillies avec la marge d'erreurs qui ne peut être évitée, en l'absence d'un système de collecte de données plus précis. Il y a des ordres de grandeur dans cette étude.

M. LAURIN: Mon impression, même si je ne suis pas un spécialiste de la question, c'est que le coût total de ces services, s'ils étaient assurés, ne dépasserait pas beaucoup les \$7 millions que l'on mentionne pour les optométristes. Même cela aurait des chances d'être inférieur. D'autant plus que certaines de ces prothèses sont déjà payées à l'occasion d'autres lois, par exemple la Commission des accidents du travail, la loi-cadre d'aide sociale. Là aussi, il s'agirait

d'un transfert de fonds non seulement par des citoyens qui paient déjà pour ces services, mais même le gouvernement qui assume en vertu d'autres lois, le coût de certains de ces services. Il s'agirait en somme d'intégrer, encore une fois, d'accélérer les études techniques, pour qu'on puisse au plus tôt uniformiser, faire profiter toute la population d'une mesure qui, au fond, ne coûterait pas tellement cher, si les travaux techniques pouvaient être accélérés.

Et je me demande si, même dans ce domaine des prothèses auditives, orthopédiques en particulier, le gouvernement ne pourrait pas prévoir dès janvier 1971, étant donné le coût relativement peu élevé de l'extension de ces services, en regard des immenses services que cela rendrait à la population, je me demande si l'accélération de ces travaux ne pourrait pas permettre au gouvernement de présenter une nouvelle loi là-dessus, une extension de la couverture, dès janvier prochain.

M. CASTONGUAY: Je ne voudrais pas revenir sur tout ce que j'ai dit, mais je pense qu'il y a un facteur qu'il ne faut pas ignorer. C'est qu'avec l'établissement de l'assurance-maladie, avec la couverture — même si elle est limitée — le budget des familles va être passablement soulagé, des familles à revenu moyen et des familles à faible revenu si on regarde le niveau des contributions, par rapport à la valeur des services qu'elles vont pouvoir obtenir. Dans cette mesure, déjà cela facilite l'accès à d'autres services qui ne sont pas couverts.

Je reviens sur le reste de votre question ou de vos arguments. Je suis d'accord avec vous qu'il faut faire diligence, mais il y a toute une série de contraintes, ce n'est pas une contrainte particulière relative aux études, malgré qu'il y ait encore des travaux. Mais toute la question des négociations, la question des mécanismes administratifs, de contrôles, d'établissement de priorités et je pense — nous sommes au 3 juillet, le gouvernement a été formé le 12 mai — qu'en agissant aussi rapidement qu'on l'a fait au sujet de l'assurance-maladie, on indique un désir sincère, l'intérêt qu'on a dans cette mesure de rendre sa couverture aussi complète que possible.

M. LAURIN: Par ailleurs, ce qui me fait poser la question, c'est que, même si le coût global de ces prothèses réparti sur toute la société, ne me paraît pas excessif, c'est que le coût individuel de ces prothèses, pour l'individu qui est affecté, est souvent très élevé, précisément à cause des progrès de la technique. Les verres de contact coûtent sûrement plus

cher que les lunettes. Le bras artificiel du docteur Gingras coûte infiniment plus cher que la jambe de bois de jadis. Cela peut obérer considérablement le budget d'une famille lorsqu'il se trouve un accidenté, un traumatisé, par exemple, qui a besoin, à un moment précis — alors que c'est une famille économiquement faible — d'un appareil qui est nécessaire à sa santé, à son mieux-être, mais qu'il ne peut vraiment pas se le procurer.

M. CASTONGUAY: Je suis d'accord avec vous.

M. GOLDBLOOM: Surtout quand il s'agit d'un enfant qui, à cause de son développement, est obligé de changer de prothèse plusieurs fois peut-être, au cours de sa jeunesse. Le coût est très élevé.

M. LAURIN: Et que ces gens-là ne tombent pas dans la catégorie des gens couverts par la loi-cadre d'aide sociale.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Alors, messieurs, nous allons ajourner les travaux de la commission à 2 heures. Nous étudierons le premier paragraphe de l'article 3.

M. CASTONGUAY: Nous sommes tellement d'accord, docteur Laurin, pourquoi ne venez-vous pas vous asseoir de ce côté-ci de la table?

Reprise de la séance à 14 h 13

M. FORTIER (président de la commission de la Santé): A l'ordre, messieurs. Le dernier paragraphe de l'article 3.

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre avait des commentaires à faire sur ce paragraphe, cela répond peut-être à ma question, alors, je l'écouterai d'abord.

Transfert de juridictions

M. CASTONGUAY: Le seul commentaire, au départ, c'est que les syndicats ouvriers ont exprimé une crainte à l'effet que l'article 81 c'est-à-dire le dernier paragraphe de l'article 81, pourrait permettre au gouvernement de soustraire la Loi des accidents du travail, la « couverture » des soins prévus par cette loi et que les employeurs continuent de contribuer au même tarif qu'ils contribuent à la Loi des accidents du travail et que les travailleurs n'en obtiennent pas davantage...

M. CLOUTIER (Montmagny): Les travailleurs ou les employeurs?

M. CASTONGUAY: ... que les employeurs de payer les primes et puis que les travailleurs perdent des avantages de la Loi des accidents du travail si on les transportait à la Loi de l'assurance-maladie. Alors, ils se sont basés sur l'article 81. Je veux dire que l'article 3 est clair. Les services qui sont couverts par une autre loi du Québec ne peuvent pas être couverts par la Loi de l'assurance-maladie en vertu de l'article 3, ici. Donc, pour transporter la juridiction des accidents du travail à la Loi de l'assurance-maladie, il faudrait modifier à la fois cette loi-ci et modifier l'autre loi. Je voulais faire ce commentaire parce qu'il y a eu une crainte de formulée par les centrales syndicales, qui était basée sur un article et cet article, si on le lit bien, ne justifie pas cette crainte.

M. CLOUTIER (Montmagny): De toute façon, les médecins, qui sont à l'emploi de la Commission des accidents de travail, seront rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie. Est-ce que c'est exact?

M. CASTONGUAY: Les médecins salariés, comme le docteur Bellemare à l'Institut de réadaptation, vont continuer d'être rémunérés par la commission. Il est un employé salarié...

M. CLOUTIER (Montmagny): Les médecins

qui font des actes médicaux seront rémunérés par la régie?

M. CASTONGUAY: Non, ils vont continuer d'être rémunérés par la Commission des accidents du travail. La loi n'est pas modifiée.

M. CLOUTIER (Montmagny): Oui mais, M. le Président, à ce moment-là...

M. CASTONGUAY! Pour autant que ce sont des actes couverts par la Loi des accidents du travail.

M. CLOUTIER (Montmagny): A ce moment-là, il y a pas de partage possible avec le gouvernement fédéral en vertu de la Loi de l'assurance-maladie. Est-ce que le contraire aurait été possible?

M. CASTONGUAY: Voici, pour faire ce partage, il faudrait transporter la juridiction de la Loi des accidents du travail à la Loi de l'assurance-maladie et, étant donné que les employeurs contribuent à la Loi des accidents du travail, que les travailleurs considèrent que la protection qu'ils ont en vertu de cette loi, ce sont des droits acquis, il faudrait modifier la Loi des accidents du travail de telle sorte que les travailleurs ne perdent pas ces avantages, qu'ils leur soient donnés sous une autre forme. Cela comporterait une certaine étude du dossier et c'est un travail qu'il n'a pas été possible de faire au cours des deux derniers mois.

M. CLOUTIER (Montmagny): Quelles sont les sommes d'argent qui sont actuellement versées aux médecins de la Commission des accidents du travail et qui pourraient plus tard, éventuellement, être couvertes par le régime d'assurance-maladie?

M. CASTONGUAY: M. Després peut donner une estimation plus juste.

M. DESPRES: Ce serait approximativement \$12 millions.

M. CLOUTIER (Montmagny): \$12 millions qui pourraient être partagés avec le gouvernement canadien.

UNE VOIX: Oui.

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre peut-il prévoir que, dès la réouverture de la Loi de l'assurance-maladie, le dossier des étu-

des à ce sujet, sera complété et par la Commission des accidents du travail et par le ministère de la Santé et la régie, pour permettre cette modification et cette récupération importante d'argent?

M. CASTONGUAY: Vous savez qu'avant la dissolution de la Chambre la question avait été soumise par l'ancien ministre du Travail et de la Main-d'Oeuvre au conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre. La réaction semble-t-il aurait été assez neutre de la part des employeurs et de la part des travailleurs. Une des choses que nous voulons faire serait de reprendre l'étude de cette question pour tenter d'en arriver à des modifications à la Loi des accidents du travail qui rendent justice aux travailleurs et qui permettent le transfert de cette juridiction à la Loi de l'assurance-maladie. Encore là, sera-t-il possible de terminer le travail au moment où la Loi de l'assurance-maladie pourrait nécessiter des amendements au plan de la juridiction par exemple? Je l'espère.

M. CLOUTIER (Montmagny): Y a-t-il d'autres provinces qui ont actuellement fait ce transfert de juridiction?

M. CASTONGUAY: Pas à ma connaissance, non.

M. CLOUTIER (Montmagny): Quelles sont les autres lois que celle des accidents du travail qui pourraient être touchées par cet article et qui pourraient faire l'objet éventuel d'un transfert? Est-ce que la Loi de l'hygiène ou la Loi de l'unité sanitaire pourraient aussi faire...

M. CASTONGUAY: M. Després pourrait donner d'autres renseignements, mais je crois que la loi, en vertu de la Loi de l'hygiène en vertu de laquelle les unités sanitaires fonctionnent, est un exemple...

M. DESPRES: Oui, cela pourrait être éventuellement intégré au régime de l'assurance-maladie pourvu que ces loi-là soient modifiées en conséquence. Aussi, il faudra déterminer, je pense au plan financier, s'il est plus avantageux que les coûts se partagent en fonction de la loi fédérale sur les soins médicaux ou en fonction de d'autres programmes à frais partagés auxquels le gouvernement fédéral contribue tel que subventions d'hygiène, etc.

M. CLOUTIER (Montmagny): Actuellement, dans le cas des unités sanitaires sauf erreur, si ma mémoire est fidèle, cela est supporté en-

tièrement par le gouvernement provincial, sauf des programmes spéciaux d'hygiène, comme les soins à domicile où les frais des médecins, à l'intérieur du programme, sont défrayés en vertu d'un plan conjoint. Mais, de toute façon, il sera intéressant, dès que le ministre aura terminé les études de pouvoir, à l'occasion des prévisions budgétaires, non pas cette fois-ci, mais à une autre reprise, de prendre connaissance du dossier.

M. DESPRES: D'ailleurs, même si les coûts qui doivent être déboursés en vertu de la loi régissant les unités sanitaires demeuraient tels quels, c'est-à-dire qu'ils n'étaient pas amendés ni intégrés au régime d'assurance-maladie, certains de ces coûts peuvent être quand même récupérés du gouvernement fédéral, en vertu de la Loi sur les soins médicaux.

M. LAURENT: M. le Président, a-t-on une idée des coûts de ces programmes-là, par exemple les unités sanitaires, des coûts annuels défrayés entièrement par le Québec, d'honoraires médicaux versés à..?

M. CASTONGUAY: Ce sont des médecins, des infirmières, en personnel administratif qui sont à l'emploi d'unités sanitaires, ils sont rémunérés sur une base salariale. Lors de l'étude des crédits du ministère de la Santé, on pourra prendre justement...

M. LAURIN: Non, je parle des services dispensés par les médecins des unités sanitaires. On n'a pas une idée de ce que cela coûte au Québec, chaque année?

M. CASTONGUAY: On peut avoir la masse salariale des médecins rémunérés qui travaillent au sein des unités sanitaires.

M. LAURIN: Est-ce que ceci aurait pu être inclus dans le présent projet d'assurance-maladie, ce qui serait devenu partageable à ce moment-là, et qui aurait pu apporter des économies?

M. CASTONGUAY: Il y a toute la question de la loi en vertu de laquelle fonctionnent les unités sanitaires qui devrait être réévaluée et c'est une entreprise assez considérable.

M. LAURIN: Pour revenir à la Commission des accidents du travail, est-ce que cela veut dire que, tant que le transfert d'une loi à une autre n'aura pas été fait, nous allons perdre la moitié des contributions qui pourraient nous être versées éventuellement, par le gouvernement fédéral?

M. CASTONGUAY: Je ne crois pas qu'il soit juste de dire que c'est une perte de moitié. Si on examine bien la loi fédérale sur les soins médicaux, la formule de contributions du gouvernement fédéral est la suivante: on prend le coût global pour le Canada, on en arrive à un coût per capita et ce coût per capita est divisé de moitié et il est versé à une province, selon le nombre de personnes couvertes par le régime dans cette province. Alors, on n'augmente pas le nombre de personnes couvertes au Québec en transférant la juridiction des accidents du travail. Donc, s'il s'agit de \$12 millions, il faudrait ajouter ces \$12 millions à la masse des coûts de tous les régimes provinciaux dans l'ensemble du pays. Si c'est de l'ordre, par exemple, de \$600 millions, cela augmenterait cette masse à \$612 millions et, si on calcule sur une base de 20 millions d'habitants, on voit que cela changerait le per capita très peu, surtout que le fédéral n'y contribue que pour la moitié. Au niveau du Québec, transférer les coûts de la Loi des accidents du travail à la Loi d'assurance-maladie ne signifierait pas une récupération de \$6 millions si le coût en est de \$12 millions. Au contraire, cela pourrait signifier un montant passablement plus faible, peut-être de l'ordre de \$3 millions, \$2.5 millions, \$4 millions. Je dois faire remarquer à ce sujet-là qu'aucune des autres provinces ne fait ce transfert. Il se pose un certain problème. Vous savez comme moi que les commissions des accidents du travail au Québec et dans d'autres provinces, ont établi leur propre service de réadaptation. Vous en avez un ici, ce sont des services qui fonctionnent d'une façon intégrée avec le personnel salarié, etc., dans une certaine mesure, et ils font appel à des médecins de l'extérieur. Il y a aussi le fait que les travailleurs considèrent que ce sont des droits acquis, les avantages qu'ils ont avec toute cette loi, je crois que c'est exact. Avant de faire le transfert, il faut étudier ce qui peut leur être remis comme avantages équivalents. Et il y a un certain nombre de formules qui peut être envisagé, et c'est assez délicat.

M. LAURIN: Et justement parce que c'est délicat, cela montre bien la difficulté où nous met le régime fédéral du fait que ces législations concurrentes sont extrêmement difficiles à harmoniser à concerter. On s'aperçoit bien que des difficultés de cette concertation, de cette harmonisation, peuvent naître des désavantages financiers certains pour le Québec.

Cela est un point. Il y a aussi un autre point, en ce qui concerne les médicaments,

on l'a vu dans mes interventions antérieures. Toute cette difficulté d'obtenir les changements législatifs nécessaires en ce qui concerne, par exemple, les brevets, les importations, les licences obligatoires pour l'importation, l'abolition des droits de douanes, tout cela finit par se solder par des dépenses importantes que supporte le budget du Québec.

Au sujet des médicaments, J'aimerais demander au ministre si des pressions ont déjà commencé à être effectuées auprès de son homologue fédéral pour que les droits de douane soient abaissés ou éliminés, ce qui serait beaucoup plus juste? Est-ce que les pressions ont été faites également, en ce qui concerne l'abolition des brevets ou la réduction de la durée des brevets? Est-ce que des pressions ont été faites également pour que la loi sur les marques de commerce soit modifiée de façon que le nom générique apparaisse sur une étiquette à côté du nom de la marque de commerce? Il y a là des problèmes techniques et bien sûr, administratifs, mais également une incidence financière importante. Que les médicaments soient inclus ou non dans la loi, cela ne change rien, c'est quand même le peuple du Québec qui se trouve à en souffrir.

M. CASTONGUAY: Voici, pour la première question, la difficulté d'intégration de la Loi des accidents du travail à la Loi de l'assurance-maladie. Le même problème se poserait, que le Québec soit indépendant ou non. Cette loi a été passée en 1928, si ma mémoire est fidèle. Aujourd'hui avec l'adoption de la Loi de l'assurance-maladie, il faudrait faire le transfert pour intégrer les lois de même nature dans un même texte, et les mêmes difficultés se poseraient. La difficulté ne se pose pas vis-à-vis de la récupération, en vertu de la loi fédérale sur les soins médicaux, mais plutôt par suite du fait que les travailleurs considèrent qu'ils ont des droits acquis en vertu de la Loi des accidents du travail. Je n'accepte donc pas votre commentaire à l'effet que cette difficulté d'intégration des soins médicaux présentement couverts en vertu de la Loi des accidents du travail soit retardée par le fait que nous sommes dans un régime fédéral.

M. LAURIN: Dans l'optique d'un Québec souverain, il reste qu'on n'aurait pas à payer de frais supplémentaires. Actuellement, si nous ne pouvons pas le mettre sous la partie payée à moitié par le fédéral, ça se solde par une diminution de \$2 ou \$3 millions.

M. CASTONGUAY: Il n'y a pas une autre province qui ait transféré les coûts des acci-

dents du travail à la loi fédérale. Nous ne perdons donc rien. Le jour où nous le ferons, nous serons en avant des autres provinces, ce seront elles qui paieront pour nous. Sur ce plan-là, je ne crois donc pas que l'on perde quoi que ce soit.

Quant aux autres questions touchant aux médicaments, si vous me le permettez, je suggérerais qu'on en reprenne la discussion lors de l'étude des crédits du ministère de la Santé. M. Després et certains officiers du ministère sont allés à une récente conférence fédérale-provinciale, une conférence technique, sur la question du coût des médicaments. Ils pourront vous donner passablement de renseignements. Je ne voudrais pas pour le moment anticiper.

M. LAURIN: Non, c'était juste pour savoir — peut-être que l'ancien ministre me répondrait aussi bien — si des pressions ont été exercées. Une brève information suffirait.

M. CASTONGUAY: Est-ce que cela ne retarde pas l'étude de cette loi, à ce moment-ci? La semaine prochaine, nous pourrions reprendre la question.

M. CLOUTIER (Montmagny): D'accord.

M. LE PRESIDENT (Fortier): L'article 3 est adopté sous réserve.

M. CASTONGUAY: Sous réserve de quoi?

M. CLOUTIER (Montmagny): Sur l'annexe des clauses chirurgicales et la réglementation prévue à l'article 56.

M. CASTONGUAY: A l'article 56.

M. LE PRESIDENT (Fortier): D'accord. Article 4.

Bénéficiaires

M. CLOUTIER: M. le Président, les articles 4, 5, 6, 7 sont des articles qui traitent du même sujet. Pour ma part, j'ai posé des questions hier, en ce qui concerne les provinces limitrophes, le Nouveau-Brunswick particulièrement. Je n'ai donc pas à ce moment-ci à y revenir, les explications qui m'ont été données sont suffisantes.

M. LAURIN: Moi, j'en aurais une, M. le Président, au sujet de l'article 4. Est-ce qu'on peut demander au ministre ce qui arriverait, par exemple, pour des personnes qui résident au Qué-

bec mais qui, sans être des immigrants, sont ici en service commandé? Je pense, par exemple, aux employés des consulats, des ambassades. Est-ce que le coût des services dispensés à ces personnes serait couvert par le service d'assurance-maladie?

M. CASTONGUAY: Alors, c'est la même chose, je crois, que pour le Régime des rentes du Québec, pour toutes les autres législations de nature identique, si le consulat engage du personnel résident, des Québécois, ces gens-là sont traités comme tous les autres.

M. LAURIN: Evidemment.

M. CASTONGUAY: Pour le personnel du consulat même, ces gens ne sont pas considérés comme des résidents, ils gardent leur statut sur tous les plans de citoyen du pays d'origine. En vertu d'une mesure comme celle-ci, ils seraient couverts s'il y avait une entente, à partir de ce moment-là, et la loi permettrait la signature d'ententes réciproques, tout comme pour les ressortissants canadiens dans les ambassades, les consulats dans les pays étrangers.

M. LAURIN: Est-ce à dire qu'actuellement, tant que l'entente ne sera pas passée, ils seront obligés de se faire soigner à leurs frais?

M. CASTONGUAY: Ou encore à leurs frais, ou encore si les lois qui les couvrent dans leur pays d'origine prévoient des dispositions en ce sens alors qu'ils sont à l'extérieur. Bien là, c'est assumé en vertu de ces lois. La situation varie selon les pays, selon les circonstances.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Alors, article 4, adopté. Article 5. Article 6. Article 7.

M. LAURIN: Attendez, quand même.

M. CLOUTIER (Montmagny): Là-dessus, il n'y a pas de modification par rapport à la première version, alors j'ai moins de questions à poser.

M. CASTONGUAY: C'est comme un rapport de la commission d'enquête, quand c'est l'ancien projet, c'est devenu bon. C'est comme le rapport de la commission, c'est bon après...

M. CLOUTIER (Montmagny): Non, j'ai moins de questions à poser parce que j'en ai posé antérieurement, au moment de la préparation de la loi.

M. LAURIN: Bon, cela va. De toute façon...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Article 8.

Inscription

M. LEGER: M. le Président, concernant les personnes qui doivent être inscrites, je pense que M. Després a envoyé à toute la population, une formule à compléter pour l'inscription au régime. Je comprends très bien que c'est une chose qui se prépare — il faut préparer d'avance tout le système — mais il y a eu quand même des réactions dans la foule, des gens qui, n'étant pas tellement bien informés, craignaient qu'en envoyant cette formule cela leur faisait accepter de se faire imposer une taxe éventuelle. D'abord, quel est le pourcentage des réponses que vous avez reçues jusqu'à maintenant sur toutes les formules adressées? Et, qu'est-ce qui arrive aux personnes qui n'auraient pas retourné leur formule et qui l'auraient peut-être égarée? De quelle façon peuvent-elles s'enregistrer? Quels avantages avez-vous vus à ce système qui précède les négociations et la loi?

M. DESPRES: Vu que le régime était universel, il nous fallait songer à une méthode pour inscrire environ 6 millions de résidents du Québec. La méthode qui nous a paru la plus plausible dans les circonstances était celle du préenregistrement. La façon dont nous avons procédé, c'est qu'à l'aide de différents fichiers qui existaient au gouvernement, nous avons bâti un fichier provisoire des résidents du Québec. Et, à la lumière des renseignements que nous possédions, nous les avons imprimés sur un formulaire que nous leur avons envoyé leur demandant de bien vouloir vérifier l'exactitude des renseignements qui y étaient contenus. Nous avons envoyé environ 5,300,000 formulaires. Nous avons reçu jusqu'à ce jour environ 4,100,000 réponses. Quant à ceux qui n'étaient pas sur nos fichiers, à ce moment-là, nous avons opté pour une méthode par laquelle nous faisons paraître des annonces dans les journaux demandant aux gens qui n'avaient pas reçu de formulaires de bien vouloir compléter un coupon et que nous leur adresserions un formulaire sur lequel ils pourraient s'inscrire. Jusqu'à aujourd'hui nous avons reçu environ 100,000 de ces coupons. Il est difficile de déterminer le nombre de personnes que cela représente parce qu'habituellement, le coupon est complété par le chef de famille et nous ne saurons, évidemment, le nombre exact de personnes, que lorsqu'ils nous auront retourné le formulaire d'inscription. C'est donc dire que

nous anticipons à ce stade-ci que nous avons sur nos fichiers environ les 2/3 de la population, ce qui, pour un premier essai, nous semble satisfaisant.

M. LEGER: Je voudrais féliciter M. Després là-dessus, surtout en entendant la réponse, cela prouve que la méthode était efficace. Mais les coupons dont les gens se servaient pour inscrire leur demande étaient dans les journaux?

M. DESPRES: Oui.

M. LEGER: Maintenant, est-ce que vous continuez à les publier régulièrement?

M. DESPRES: Oui.

M. LEGER: Est-ce qu'il y a une façon autre de s'inscrire que par l'utilisation du coupon?

M. DESPRES: Nous vous en publions régulièrement. Les gens téléphonent à nos bureaux de renseignements. Au lieu de les forcer à écrire, à compléter un coupon, les jeunes filles complètent elles-mêmes, un coupon au nom du résidant. Enfin, le ministre de la Santé, d'autres membres de l'Assemblée, ainsi que la régie, recevront des demandes de gens. Alors, dans ces circonstances nous complétons nous-mêmes les coupons pour leur faciliter la tâche.

M. LEGER: Ils remplissent les coupons au téléphone?

M. DESPRES: Oui.

M. CASTONGUAY: Je pense aussi qu'en toute objectivité on doit dire que, pendant la campagne électorale, c'était un peu désagréable. Les gens nous disaient que le gouvernement se servait de ces formules pour faire croire à la population que l'assurance-maladie était une chose faite. La régie était habilitée d'après la loi, et devait, en vertu de l'article 2 et, de la loi de la Régie de l'assurance-maladie, se préparer afin de mettre en place, avant le 1er juillet 1970, les mécanismes administratifs requis pour l'instauration du régime. Je veux mentionner cela parce qu'il y a eu pas mal de commentaires qui se sont glissés au cours de la campagne et je pense que M. Després et ses collègues de la régie ont agi conformément à la loi, au mandat qu'ils avaient reçu.

M. CLOUTIER (Montmagny): J'ai entendu avec plaisir, M. le Président, la mise au point

du ministre de la Santé et je n'en suis point surpris parce que je connais son souci d'objectivité. Je sais que, si la régie n'avait pas pris ce moyen à ce moment-là, il serait impossible de penser même actuellement, au 1er août, à la mise en place du régime d'assurance-maladie dans ses mécanismes administratifs. Cette opération a été bien menée, elle n'est pas terminée, évidemment. Le député de Lafontaine a posé des questions au sujet de l'enregistrement; je voudrais savoir maintenant si, au moment de l'entrée en vigueur du régime, quand un citoyen va se présenter à un bureau de médecin et qu'il n'aura pas de carte, ne sera-t-il pas enregistré au régime? Quel sera le mécanisme? Est-ce que ce sera le médecin à ce moment-là qui devra compléter certaines formalités?

M. DESPRES: Le mécanisme prévoit que tous les contribuables ou tous les résidants qui se seront enregistrés recevront une carte d'assurance-maladie qui permettra au médecin de préparer l'identification du patient et de s'identifier lui-même automatiquement lorsqu'il aura à préparer son relevé d'honoraires. Ceci ne veut pas dire cependant que, pour recevoir des soins, le résidant devra avoir sa carte parce que le régime est universel. S'il n'a pas sa carte, il faudra qu'il fournisse au médecin son nom, son adresse, son numéro d'assurance sociale s'il l'a et le médecin devra s'identifier. Il recevra les soins quand même, il n'y aura pas de retard dans le paiement. Toutefois ce que la régie fera, lorsqu'elle recevra un tel relevé d'honoraires, elle examinera si la personne n'est pas inscrite sur son fichier ou si elle avait perdu sa carte, et à ce moment-là si elle ne l'est pas, nous lui enverrons un formulaire lui demandant de bien vouloir s'inscrire parce que c'est plus avantageux pour elle, parce qu'elle est identifiée au moment où elle se présente chez un professionnel de la santé. D'un autre côté, cela facilite la tâche du médecin qui a à compléter le relevé d'honoraires.

Donc, la carte d'assurance-maladie n'est pas une condition, au terme du projet de loi, pour obtenir les soins d'un professionnel de la santé.

M. LAURIN: Dans la réponse que vient de donner M. Després, j'ai entendu la mention d'un numéro d'assistance sociale. Est-ce que le numéro d'assistance sociale est inscrit sur la formule d'assurance-maladie?

M. DESPRES: C'est-à-dire que c'est un numéro d'assurance-maladie qui est basé sur le numéro d'assurance sociale avec l'addition d'un préfixe ou d'un suffixe pour identifier chaque membre d'une famille.

M. LAURIN: Le numéro d'assurance sociale du fédéral?

M. DESPRES: Le numéro d'assurance sociale du fédéral et du Régime de rentes du Québec, qui est converti pour les fins de la régie en un numéro d'assurance-maladie, qui devient un numéro d'assurance-maladie,

M. LAURIN: On sait que, dans l'assurance sociale du fédéral, les enfants et les femmes ne peuvent pas entrer en ligne de compte, dans le régime de rentes non plus?

M. DESPRES: Il n'y a aucun empêchement à ce qu'un enfant, quel que soit son âge ou le conjoint, si vous le voulez, puisse obtenir un numéro d'assurance sociale.

M. LAURIN: Mais, il n'aura pas une carte. Il a une carte distincte avec un numéro distinct?

M. DESPRES: Il peut avoir une carte distincte, son numéro d'assurance sociale ne sera pas sur la carte qu'il utilisera pour l'assurance maladie parce que se sera une carte avec un numéro différent.

M. CASTONGUAY: En fait le numéro d'assurance sociale est utilisé pour le régime d'assurance chômage. Il est utilisé pour le Régime de pension du Canada, le Régime de rentes du Québec et, dans chacun des cas, ce ne sont pas des régimes universels.

Pour le paiement d'une prestation, il faut que la personne ait un numéro. La plupart du temps, ce qui se produit, c'est que, pour les enfants, les gens attendent qu'il y ait une prestation d'orphelin, de veuve, qui soit payable avant d'obtenir un numéro. C'est pourquoi, ici, il a fallu prévoir des extensions pour couvrir le reste des gens qui n'étaient pas numérotés et, en même temps, comme M. Després l'a indiqué, pour la collecte des statistiques, permettre des regroupements sur une base familiale.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Alors, l'article 8 adopté?

M. LEGER: Est-ce que, quand le patient passera chez le médecin, il aura besoin d'avoir cette carte pour être inscrit sur la formule du médecin qui réclame ses honoraires?

M. DESPRES: Non. On le recommande fortement, parce que cela facilite son identification. C'est une obligation de s'inscrire, mais ce n'est

pas une obligation d'avoir sa carte pour recevoir les bénéfices prévus à la loi.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Alors, article 8 adopté. Article 9.

Remboursement

M. LEGER: M. le Président, à l'occasion des négociations avec les médecins, je voyais ce matin dans le journal *Le Devoir* qu'une des raisons, parmi tant d'autres, par lesquelles les médecins semblent vouloir rompre les négociations, concerne justement l'article 9. Les médecins semblent reprocher au gouvernement le fait que des médecins de l'extérieur qui soigneraient des patients du Québec en voyage seraient remboursés par le Québec. Je lis également ceci: « Que ceci accentue la discrimination exercée par l'ancien projet à l'encontre du médecin québécois en faveur du médecin étranger. » Immédiatement, je vois dans l'attitude des médecins cet esprit de l'assurance-médecin beaucoup plus que l'assurance-patient. Le projet que vous voulez mettre de l'avant est, en effet, une assurance-maladie pour le patient et non pas une assurance spécialement pour le médecin. Un cas comme celui-ci favorise le patient, et le médecin y voit l'occasion de perdre un certain honoraire. Est-ce que le gouvernement a l'intention de céder sur ce point-là, ou s'il a bien l'intention de poursuivre l'esprit du projet?

M. CASTONGUAY: Le projet de loi a été déposé à l'Assemblée nationale; il a été voté hier en deuxième lecture; nous en poursuivons l'étude, article par article, en commission, je pense que c'est le processus parlementaire normal. Ce jour nous avons adopté huit articles et il y en a, un parmi ces huit, si ma mémoire est fidèle, qui est gardé en suspens. L'article 1 est maintenant adopté. Ce n'est pas mon intention de suspendre le travail de la commission. Si les membres de la commission sont d'accord avec les articles qui sont approuvés, nous allons faire rapport à la Chambre et il y aura le vote en troisième lecture. Il n'y aura pas, en parallèle, une étude de ce projet avec qui que ce soit à l'extérieur de cette commission ou à l'extérieur de l'assemblée.

M. LEGER: Quel rapport y aurait-il entre les négociateurs qui n'accepteraient pas un texte de loi comme celui-ci? Est-ce qu'il faudrait revenir à la Chambre?

M. CASTONGUAY: Je ne crois pas que les articles contenus ici, dans le projet de loi, soient

des dispositions qui doivent faire l'objet des négociations. Je l'ai dit hier à la Chambre, je l'ai dit lors de la présentation de ce texte en deuxième lecture, ce texte définit un cadre aux négociateurs. Il poursuit maintenant les étapes de l'adoption par l'Assemblée nationale, et le cadre se précise évidemment à mesure que nous acceptons les articles.

M. LE PRESIDENT: Le député de Dubuc.

M. BOIVIN: Dans une région limitrophe, en vertu de votre article qui dit que 3% des médecins peuvent se désengager, disons que nous sommes à Rouyn-Noranda et que c'est une région où les médecins se sont désengagés. Le médecin de Rouyn-Noranda pourra toucher 75% des honoraires, alors qu'un médecin de Timmins Ontario, pourra toucher 100% d'un québécois déménagé à Timmins pour quatre mois.

Il y a donc plus d'avantages pour un médecin étranger qu'il n'y en a pour un médecin qui réside dans la province. Je ne sais pas si vous comprenez mon objection.

M. CASTONGUAY: Il y a une partie de cette question qui mériterait d'être clarifiée lorsque nous arriverons aux articles 11, 12, etc, parce que vous dites de 3% dans une région, et si vous remarquez bien, au plan des régions, on dit que les dispositions relatives au désengagement ne seront pas jugées à partir de ces 3%; le critère qui va permettre de déterminer ce que la régie va faire, c'est le désengagement en nombre trop considérable pour permettre aux citoyens d'obtenir les services sur une base uniforme.

En fait, ce sont à peu près les mêmes dispositions que l'on retrouve dans l'ancien bill. Les médecins ont le privilège de négocier, comme toute autre personne, leurs conditions de travail. Es peuvent adhérer à l'entente, s'ils n'y adhèrent pas, ils peuvent se désengager. Et au plan des régions, ce ne seront pas les 3% qui vont fonctionner, c'est plutôt cette disposition explicitée, à l'article 12.

Et pour les médecins dans les régions limitrophes, vous savez que le même problème s'est posé lorsque le régime d'assistance médicale a été établi. Le but de l'article 9 est évidemment pour les cas où la personne est réellement en voyage à l'extérieur. Si, dans une région limitrophe, les gens sont obligés, de façon régulière, de faire appel à un médecin qui n'est pas à l'intérieur du Québec, la régie pourra prendre les dispositions nécessaires de telle sorte qu'il n'y ait pas de discrimination.

M. LE PRESIDENT (Fortier): M. le député de Montmagny.

M. CLOUTIER (Montmagny): Nous revenons à la question du député de Dubuc, articles 11 et 12. Je voudrais faire préciser, à ce moment-ci, ce qu'il m'intéresse de savoir particulièrement: quels sont les contrôles que la régie va avoir sur la pratique médicale, le dossier du médecin, pour un médecin qui pratique à l'extérieur du Québec, dans les zones frontalières? Je pense à Hull-Ottawa, en particulier, c'est une zone où cela se produit régulièrement. Le médecin, évidemment, fera des réclamations courantes à la régie, presque même à une fréquence aussi grande que d'autres médecins de cette région qui sont domiciliés dans le Québec. Alors quels seront, pour la régie, les contrôles et les mécanismes de la régie quant à la pratique médicale de ces médecins-là?

M. DESPRES: En vertu des articles 9 et 10, au plan du paiement pour les résidents du Québec qui se font traiter à l'extérieur de la province, il y a deux possibilités: premièrement, celle où le résident s'est lui-même acquitté directement au médecin de ses honoraires, à ce moment-là, il n'a qu'à compléter un relevé nous fournissant les renseignements dont nous avons besoin pour apprécier quantitativement sa réclamation et nous lui faisons tenir le chèque en paiement. Si nous avons besoin de renseignements additionnels, tout comme c'est le cas pour les compagnies d'assurance, il nous autorise à les demander à son médecin, pour s'assurer qu'il y a une conciliation possible avec l'acte posé, le diagnostic et le montant des honoraires réclamés. Si un tel résident, par contre, pour une raison ou pour une autre, n'a pu acquitter sur le champ le coût des services qui lui ont été dispensés, il peut nous fournir les renseignements et nous demander de transiger directement avec le médecin pour acquitter les honoraires qui lui sont réclamés. A ce moment-là, il est évident que nous communiquerons avec le médecin qui réside à l'extérieur du Québec pour obtenir le même type de renseignements que nous exigeons de ceux qui pratiqueront à l'intérieur du régime au Québec. Ce qui veut dire que nous aurons, au plan de l'historique du patient, la nomenclature des soins qu'il aura pu recevoir, tant au Québec qu'à l'étranger, et forcément, nous aurons, sur les médecins de l'extérieur qui dispenseront des soins, les renseignements correspondant aux traitements qu'ils auront pu accorder à des résidents du Québec.

M. CLOUTIER (Montmagny): Faisant abstraction des articles 11 et 12, cette disposition qui permettra à ce médecin, qui n'est pas enregistré dans le régime québécois, de retirer 100% de ses honoraires, faisant abstraction de cela, parce que nous y reviendrons tantôt, est-ce que c'est l'avis du ministre de la Santé, ou du président de la régie, s'il ne peut l'exprimer, que ce médecin est dans une position plus avantageuse par rapport aux médecins du Québec, quant à sa pratique médicale dans ces zones limitrophes comme Hull et Ottawa, ou Saint-Jean au Nouveau-Brunswick et les villes qui sont situées dans le Québec, à la frontière?

M. CASTONGUAY: Les médecins du Québec, en premier lieu, ou les autres professionnels vont être rémunérés en vertu d'ententes signées par leur fédération. Si, dans un cas particulier, un médecin n'est pas satisfait des conditions négociées, il peut se retirer. Cela vaut pour les médecins du Québec. En ce qui a trait — et là il y a diverses dispositions, vous avez dit: Faisant abstraction...

M. CLOUTIER (Montmagny): Oui.

M. CASTONGUAY: Si un médecin de l'extérieur, dans les zones limitrophes aime les dispositions négociées par les fédérations ou les associations au Québec, il va donner ses soins et il va être traité exactement comme les autres médecins du Québec. S'il ne les aime pas, c'est lui qui a, en définitive, le choix d'accepter ou de refuser des patients. Si quelqu'un à Ottawa, en provenance de Hull, le médecin peut dire: Ecoutez, je n'ai pas de rendez-vous. Le médecin a le droit de refuser. D'ailleurs c'est dit ici. S'il n'aime pas les conditions négociées, il va se retirer lui aussi. Donc, en définitive, chacun est placé exactement sur le même pied, pour autant que je suis concerné, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des limites du Québec. La seule différence, c'est que le médecin à l'extérieur des limites du Québec ne peut pas, n'étant pas membre des associations ou fédérations québécoises, avoir droit au chapitre lors des négociations. C'est la seule chose.

M. BOIVIN: Mais vous le considérez déjà comme un médecin engagé, même s'il est de l'extérieur de la province.

M. CASTONGUAY: Oui, mais qu'est-ce que vous voulez, il ne négocie pas. Si lui a une entente, il soigne des gens; s'il ne l'aime pas, il n'a pas besoin de se désengager formellement, il ne les soigne pas.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Bourget.

M. LAURIN: La question que je voulais poser touchait également aux régions frontalières. J'ai écouté les réponses aux questions du député de Dubuc et du député de Montmagny, mais il reste certaines imprécisions dans mon esprit. Supposons qu'un résidant de Hull a pris l'habitude de se faire traiter par un médecin d'Ottawa depuis dix ans, depuis quinze ans. C'est son médecin. Et on sait à quel point le dialogue qui s'établit entre un malade et son médecin est extrêmement important, la confiance qu'il peut éprouver à l'endroit du médecin, ce plaisir qu'il a à le consulter. Supposons que ce résidant de Hull veut continuer à se faire traiter par le médecin d'Ottawa, est-ce que le régime va permettre qu'un résidant du Québec puisse continuer à se faire traiter d'une façon régulière, persistante, par un médecin d'une région frontalière qui n'appartient pas au pays du Québec?

M. CASTONGUAY: La réponse est oui.

M. LAURIN: Est-ce que, quand même, ce n'est pas anormal — bien sûr, il y a un principe de la relation médecin-malade — mais, au point de vue financier, est-ce que c'est quand même normal qu'un Italien aille se faire traiter par un Français? Est-ce qu'il y a des régimes qui existent, en Europe, par exemple qui permettent un régime comme ça? Je sais que vous êtes allé en Europe. Je ne sais pas si vous vous êtes préoccupé de cette question.

M. CASTONGUAY: Sur les questions des frontières entre les pays, en Europe, à savoir exactement comment on procède, de mémoire, je ne me souviens pas. Mais l'inverse s'applique également. Vous avez certaines régions comme le Nouveau-Brunswick, par exemple, où les gens peuvent préférer aller du côté québécois pour se faire traiter; ce genre de problème

existe un peu partout. Je pense qu'on ne peut pas l'éviter.

M. LAURIN: Mais je pense à la région de Hull, parce qu'à côté, à Ottawa, c'est une ville universitaire, c'est plein de spécialistes. Les médecins de Hull que j'ai rencontrés à quelques reprises se plaignent que la proximité d'Ottawa les empêche de faire venir un peu les installations, les spécialistes qui donneraient à leur ville le prestige qu'ils aimeraient avoir. Le docteur Quenneville sourit, je ne sais pas s'il a fait enquête sur le sujet.

M. QUENNEVILLE: Je ferai remarquer au

député de Bourget qu'il n'a probablement pas rencontré les mêmes médecins de Hull que moi; ces gens-là sont débordés de travail et ne cherchent pas à en avoir davantage.

M. GOLDBLOOM: M. le Président, une chose me frappe, que c'est mon collègue, le député de Bourget, vient de dire, il y a quelques instants, que l'assurance devrait être une assurance-malades plutôt qu'une assurance-médecins.

M. LAURIN: Mais à propos de ça aussi, il peut peut-être poser des problèmes sur la question des reçus d'honoraires.

UNE VOIX: Québec sait faire!

M. LAURIN: Est-ce que ce sera toujours facile pour le patient de recueillir tous les reçus d'honoraires que le patient aura payés du fait que les autres médecins justement appartiennent à un système différent?

M. CASTONGUAY: Sur cette question, le même problème se produit périodiquement, ou le même genre de question se soulève dans les régimes privés d'assurance. Je crois qu'il n'y a pas un organisme, soit public ou privé, qui accepte de payer sans qu'il y ait une preuve pour justifier le paiement. Cela peut donner lieu, dans certains cas, à certaines difficultés, mais les mécanismes d'assurance fonctionnent depuis assez longtemps, et ce ne sont pas des difficultés insurmontables.

M. DESPRES: Surtout que le patient a toujours le choix s'il veut nous dire: J'ai été traité par tel médecin, communiquez avec lui et voyez à lui faire parvenir le paiement auquel j'ai droit. Alors, il y a une souplesse des deux côtés. S'il n'y a pas de reçus, on peut acquitter...

M. CASTONGUAY: Les médecins trouvent généralement le moyen d'être payés pour les services qu'ils rendent.

M. LAURIN: Il reste une dernière question, cependant. Supposons que dans Hull, 99% — comme je le souhaite grandement — des médecins s'engagent, se « conventionnent », pour employer l'anglicisme usuel, est-ce que ceci ne mettra pas les médecins du Québec dans une certaine position désavantageuse par rapport aux médecins de la région d'Ottawa, du fait que les médecins étrangers seront remboursés à 100%, alors que les médecins du Québec « dé-conventionnés » seront remboursés seulement à 75%? Ceci est pour le 1%. Mais quand même,

pour ceux qui seront « conventionnés », est-ce que l'on peut penser que le tarif d'honoraires du fait qu'il est plus élevé en Ontario, n'introduira pas un décalage entre les situations de ces régions limitrophes?

M. LE PRESIDENT (Fortier): A l'article 11, on va pouvoir en discuter.

M. LAURIN: Oui, peut-être.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Article 9, adopté. Article 10.

M. CLOUTIER (Montmagny): C'est un nouvel article qui permet de rembourser les médecins dans les cas, comme le disait M. le Président, où le patient n'aurait pas acquitté lui-même son médecin.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Article 10, adopté. Article 11.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, nous entrons dans une série d'articles extrêmement importants, qui ont fait l'objet de discussions et l'objet du débat en deuxième lecture. Je crois bien que nous ne pouvons pas dissocier l'étude de l'article 11 de celle de l'article 12. De toute façon, vous nous permettrez sans doute d'empiéter sur les deux articles à la fois.

M. LE PRESIDENT (Fortier): D'accord.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je crois qu'il serait à l'avantage du comité, avant que nous entreprenions la discussion détaillée, que le ministre de la Santé, s'il le veut bien, nous expose clairement la portée de ces deux articles de façon à guider la discussion, après quoi nous pourrions entreprendre une discussion détaillée.

Désengagement

M. CASTONGUAY: Si vous me le permettez, je vais retourner à l'ancien bill 8. D'ailleurs, j'ai traité de toute cette question dans mon discours en deuxième lecture, mais pour reprendre d'une façon peut-être un peu différente, je vais retourner à l'ancien bill 8. Dans l'ancien bill 8, lorsqu'une entente était signée avec une catégorie de professionnels, elle devait lier tous les professionnels de cette catégorie. Et, à partir du moment où l'entente était signée, où tous les professionnels étaient liés, un professionnel pouvait demander d'être « dé-

conventionné » ou d'être désengagé de cette entente. A partir de ce moment, le professionnel désengagé, s'il traitait un Québécois autrement que dans une situation d'urgence, ne recevait plus aucune rémunération.

Les analyses qui ont été faites de ce bill — je me souviens de certains articles dans les journaux, je me souviens de représentations qui ont été faites, d'analyses qui ont été faites par les fédérations, je me souviens de l'analyse également que nous avons faite de la question — signifiaient en définitive que les médecins qui, pour des raisons d'âge, de partage dans leurs activités professionnelles, pour diverses raisons, n'avaient qu'un pouvoir théorique de se désengager.

C'est l'argument majeur qui était apporté, ce pouvoir de se désengager. On disait: Signifie au plan économique, en fait, est annulé au plan économique. Alors, dans le réexamen de la législation...

M. CLOUTIER (Montmagny): Si le ministre le permet, j'ai peut-être une chose à ajouter, c'est que, dans ces cas-là, le médecin devait avertir son patient qu'il n'était pas « conventionné ». Je pense que cela complète mon commentaire.

M. CASTONGUAY: Exactement.

M. CLOUTIER (Montmagny): Oui, oui.

M. CASTONGUAY: Je dois maintenant faire remarquer que l'ancien bill 8 — je l'ai dit avant l'élection, je ne veux pas me cacher de cela — respectait selon moi les principes d'un régime d'assurance-maladie, d'assurance sociale; dans les grandes lignes, il était conforme au rapport de la commission que j'avais présidée. Lorsque nous sommes arrivés à ces dispositions, ce que, dans l'analyse de ces dispositions, nous avons voulu faire, ce fut de donner une signification un peu plus concrète au pouvoir de désengagement, en permettant, pour l'ensemble de la province, lorsque moins de 3% des médecins ou des professionnels d'une catégorie se désengagent, de pouvoir obtenir un certain remboursement. Mais comme il s'agissait, à partir du moment où le médecin est désengagé, d'un médecin qui choisit de ne pas faire affaires, en définitive, avec le régime public, nous avons cru que le même tarif ne devait pas être versé. C'est la raison des 75%. Passé cette limite de 3%, nous croyons que c'est aller plus loin que la simple reconnaissance d'une possibilité pour les Québécois d'obtenir les services à des conditions unifor-

mes. C'est pourquoi nous avons mis cette limite de 3%. Le problème se posait également au plan des régions et au plan des spécialités. L'application d'un critère général comme celui-ci dans une grande ville comme Montréal, où il y a un grand nombre de médecins et où le fait qu'un certain nombre de professionnels aient pu se désengager, ne limitait pas la possibilité d'accès à des services pour les citoyens de ces régions. Au plan des régions rurales, toutefois, au plan des spécialités dans certaines régions, également, le simple retrait d'un petit groupe de professionnels pouvait ou aurait pu mettre en cause l'application du régime, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir les services à des conditions uniformes.

C'est pourquoi nous retrouvons, à l'article 12, des dispositions particulières. Et là, comme il n'est pas possible d'établir des normes, étant donné qu'il y a des situations qui diffèrent, selon la qualité, selon les régions, on a dit que ce serait fait par règlement. De la sorte, il ne serait pas, dans l'application du régime, possible que, par le truchement du désengagement, on prive la population.

Ces règlements comment vont-ils être formulés? Là, il y a une question de négociations, en ce sens que les fédérations ont un rôle à jouer, veulent assumer un rôle dans cette question d'assurer que leurs services vont être disponibles. Quels seront donc les meilleurs mécanismes d'appréciation, si le nombre de professionnels désengagés est trop considérable? Ces questions seront discutées à la table des négociations. Mais, une fois la discussion terminée, elles feront l'objet de règlements.

M. LE PRESIDENT: Le député de Montmagny.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je veux remercier le ministre d'avoir tracé, le cadre précis dans lequel s'inscrivent ces dispositions. Il y a le principe général pour la profession médicale. Ensuite, tenant compte des problèmes particuliers de certaines localités, de certaines régions, on a encore restreint les conséquences, dans la pratique, de cette disposition numéro 11. Le ministre nous parle des règlements, il nous dit que ces règlements feront maintenant l'objet de discussions que l'application pratique de cette restriction fera l'objet de discussions.

Est-ce que le ministre peut, à ce moment-ci, aller un peu plus loin et nous donner les critères qui seront exposés à la table des négociations, si ce n'est déjà fait? En fait, sur quelles études va-t-on se baser? Quelle va être la ré-

partition des effectifs qui va servir de base? Enfin, peut-on savoir tout ce que le ministre pourra nous donner à ce moment-ci pour apprécier véritablement quelles vont être les difficultés, en pratique, de trouver à la table des négociations des critères acceptables par les deux parties?

Est-ce que le ministre peut aller un peu plus loin dans son idée, en prenant un cas concret, en prenant une région que tout le monde connaît? On peut prendre la région des Îles-de-la-Madeleine, la Gaspésie, votre région, M. le Président.

M. CASTONGUAY: Je ne crois pas qu'il soit possible d'établir des critères objectifs susceptibles d'être appliqués pour toutes les régions, étant donné que chaque localité, chaque région peut devenir pratiquement un cas d'espèce, et que le problème se pose au niveau des spécialités. La régie va être informée des désengagements. Je crois qu'une possibilité — et c'est une des possibilités qui va être explorée avec les fédérations —, c'est de faire apprécier, par une partie aussi compétente mais aussi objective que possible, quel est dans une région l'effet du désengagement d'un, de deux ou de trois spécialistes.

Si l'analyse des répercussions par cette personne ou partie compétente et objective indique que les gens ne sont pas en mesure d'obtenir les soins, les services, à des conditions uniformes, les dispositions vont prendre effet à l'effet que la régie ne remboursera plus.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce que le ministre peut nous dire quels vont être les documents de base qui seront utilisés à la table des négociations? Est-ce que ce sera la répartition actuelle des effectifs dans le territoire? Est-ce que d'autres documents de travail seront fournis par les fédérations, par le ministère de la Santé ou la régie? Est-ce que ce sont ces documents-là? Je pense bien que, dans la négociation, on prendra les régions une par une pour déterminer ce qui est applicable à une région et ce qui ne l'est pas dans une autre? Est-ce que le ministre pourrait nous préciser un peu?

M. CASTONGUAY: Je ne crois pas que cela puisse être fait à partir de données relatives à la distribution des effectifs des diverses catégories de professionnels sur le territoire, étant donné qu'il y a trop d'hypothèses possibles. Vous avez une région comme Gaspé, où il y a sept médecins...

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Dix.

M. CASTONGUAY: ... Dix. On a à peu près 90 possibilités, à savoir si un ou deux se retirent. Ce n'est pas nécessairement les deux mêmes et ça se regroupe par spécialité, n'y a un nombre trop élevé de possibilités seulement pour une place comme Gaspé, à préciser à l'avance. C'est pourquoi je crois qu'il va falloir établir un mécanisme d'appréciation, de jugement. À partir des données recueillies par la régie sur les désengagements, la régie va être informée. Chaque fois qu'un professionnel est désengagé, on pourra demander si le désengagement de ce professionnel peut avoir, dans une région donnée, l'effet d'empêcher les résidents de cette région d'obtenir les services à des conditions uniformes.

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre parle d'un mécanisme de surveillance dans l'application de ces règlements et des difficultés qui peuvent se poser en pratique. Est-ce que ça sera un mécanisme nouveau, spécial, qui sera mis sur pied? Est-ce qu'il relèvera du ministère de la Santé?

M. CASTONGUAY: Je crois, pour ma part, que le ministère de la Santé a une responsabilité et que ledit ministère devra être présent. La régie va certainement nous approvisionner par les renseignements qu'elle obtient. Est-ce que les fédérations qui expriment le désir de participer à l'assurance-maladie et qui veulent que ce soit un succès ne devraient pas être là aussi pour être informées? C'est une autre des possibilités. Il va falloir en discuter avec elles.

M. CLOUTIER (Montmagny): De toute façon, les négociations sur ce terrain ne sont pas tellement avancées, parce que je comprends que la table des négociations devait d'abord prendre connaissance de la législation avant de s'engager dans la discussion.

M. CASTONGUAY: C'est cela.

M. CLOUTIER (Montmagny): Mais à ce moment-ci, il n'y a rien qui permette au ministre de...

M. CASTONGUAY: La semaine dernière, jeudi dernier, le projet de loi a été déposé. Cela ne fait donc que huit jours. Les fédérations, les associations ont d'ailleurs demandé de faire un tour d'horizon de la législation avant que les séances se poursuivent. Les premières séances ont eu lieu, si ma mémoire est fidèle, à la suite du dépôt de la loi, lundi ou mardi dernier. Cette

question spécifique n'a donc pas été abordée, à ma connaissance.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce que le ministre entrevoit, en pratique évidemment, toutes les difficultés d'appliquer une telle disposition, étant donné que les conclusions ou les décisions que sera appelé à prendre ce comité de surveillance sont basées sur des critères qui peuvent être modifiés très rapidement, tels que les effectifs dans la région, et aussi les facilités de l'équipement, et enfin les habitudes de consommation de la population?

M. CASTONGUAY: Je crois que toute cette loi doit être analysée, à partir non pas de cas d'exception, mais de l'hypothèse que les professionnels de la santé vont participer à cette loi et vont vouloir fonctionner à l'intérieur de cette loi. Si leur attitude est à l'effet qu'on veut en compliquer l'application, cette disposition en est une qu'on peut utiliser, car on peut, comme l'expérience l'a montré dans d'autres juridictions, prendre toutes sortes de moyens pour rendre plus difficile l'application d'un tel régime. Je l'ai dit, hier, à la fin de ma réplique, je pense qu'en définitive le succès de l'application d'un tel régime repose, en tout premier lieu, sur les professionnels de la santé. Ce sont eux qui donnent les services; la loi est un mécanisme pour les payer pour ces services; elle n'a pas pour effet de modifier leur statut, leur condition d'activité professionnelle. Même si on tentait, par le truchement de toutes les dispositions de la loi, de tout prévoir, si les professionnels jouent le jeu, le régime va fonctionner. S'ils ne jouent pas le jeu, peu importe les gymnastiques que vous voulez faire, cette loi-là ne fonctionnera pas. C'était exactement la même chose en ce qui a trait à l'ancien bill.

M. BOIVIN: Je trouve que, par cet article de 75% et de 3%, vous pénalisez d'abord le médecin. Le patient de Hull n'aura qu'à se faire traiter par un médecin d'Ottawa, il sera payé à 100%. Quand il se fera traiter par un médecin désengagé de la province de Québec, le patient ne retirera que 75% des honoraires. Je trouve que cette phobie du désengagement, qui a fait introduire dans la loi ces articles, n'est pas justifiée.

M. CASTONGUAY: Pourquoi n'expliquez-vous pas cela au docteur Robillard?

M. BOIVIN: Je vais vous poser deux questions, pour vous enlever cette crainte, cette phobie du désengagement. Dans l'assistance médicale, combien y a-t-il de médecins qui se sont désengagés, sur les 6,000?

M. CASTONGUAY: Très peu.

M. BOIVIN: Très peu, est-ce qu'il y a un nombre?

M. CASTONGUAY: J'ai dit hier soir...

M. BOIVIN: Je pense que...

M. CASTONGUAY: ... si ma mémoire est fidèle, que c'est moins de douze, à peu près, en tout.

M. BOIVIN: Quelle a été la réaction, c'est ma deuxième question, des médecins vis-à-vis de l'assurance privée? Parce que au sujet de la Croix Bleue, au début, il y avait l'engagement et le désengagement. Ce sont les médecins eux-mêmes qui couraient après l'engagement, parce que les services payés à certaines personnes dans le grand besoin l'étaient par l'assurance et les gens utilisaient cet argent pour d'autres fins que pour payer leur médecin. Je n'ai aucune crainte — je l'affirme et je l'ai affirmé déjà dans des études antérieures — du désengagement, et je trouve mal justifiée l'introduction de ces articles. Prenez, par exemple, Rouyn-Noranda. Il n'y a pas là toutes les spécialités; par d'oto-rhino-laryngologiste, par d'ophtalmologiste, on a de la misère à se trouver des radiologistes.

Dans ce cas, que veut-on dire par 3% d'un médecin qui ira s'installer là, par exemple, un oto-rhino-laryngologiste?

M. QUENNEVILLE: La région n'est pas une raison.

M. BOIVIN: Il est seul pour toute la région. S'il y a un radiologiste pour toute la région de l'Abitibi-Est et l'Abitibi-Ouest...

M. CASTONGUAY: Dans un exemple comme le vôtre, revenons au cas de la région.

M. BOIVIN: Pourquoi introduire cette crainte, cette phobie du désengagement? Les médecins ont manifesté assez de bonne volonté! Je vous dis qu'actuellement vous les pénalisez. Ils payent des taxes à la province, les médecins de la province. Des gens iront se faire traiter par des médecins d'Ottawa, ils retireront 100% des honoraires. Lorsqu'ils seront traités par un médecin désengagé, même s'il est désengagé dans la province, ils retireront 75% des honoraires. Vous compliquez toute la situation avec cette phobie du désengagement à laquelle je ne crois nullement de la part de la profession médicale.

M. CASTONGUAY: Dans l'ancien bill 8, il

n'y avait aucun remboursement possible. Donc, dans le cas du patient auquel vous faites allusion, qui pouvait aller à Ottawa...

M. BOIVIN: Il était perfectible.

M. CASTONGUAY: ... il était joliment plus pénalisé que dans le nouveau bill.

M. BOIVIN: Il était perfectible. Qu'on accepte 100%, étant donné la façon dont on traite les médecins étrangers.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Le député de Joliette.

M. QUENNEVILLE: Je pense bien qu'en rapport des 75%, si vous dites qu'il n'y a pas énormément de médecins qui se désengageront, cela joue aussi dans l'autre sens. A ce moment, il n'y a donc pas de problème. S'il n'y a qu'un faible pourcentage de médecins de la province de Québec qui se désengageront, il n'y a qu'un faible pourcentage de médecins dans la province de Québec qui seront pénalisés.

M. BOIVIN: Je me demande pourquoi manquer de confiance envers les médecins de la province. De là à les placer dans un carcan...

M. QUENNEVILLE: C'est un frein.

M. BOIVIN: Qu'on les paie à 100% comme les médecins étrangers.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Est-ce que le député de Saint-Sauveur désire prendre la parole maintenant?

UNE VOIX: Dr Boivin...

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Un instant, le député de Saint-Sauveur a demandé la parole.

M. BOIS: J'ai très bien relu le texte des articles 11 et 12. Pour autant que je suis concerné, l'article 11 semble déjà une punition extrêmement forte et même suffisamment pesante à l'endroit des professionnels, malgré que je sache bien qu'un professionnel aura toujours plus de facilité à s'en tirer que l'individu lui-même. Ce que je trouve extrêmement cruel, dans l'article 12, est que s'il fallait, à un moment donné, qu'on applique ce texte d'une façon intégrale, celui qui aura payé — surtout — et qui est l'individu, n'aura pas de remboursement.

Le ministre sait déjà, et les gens le savent, que les médecins, à l'heure actuelle, n'ont

certainement pas, contre le bill 8, les objections que certains peuvent leur attribuer. Je crois, comme le représentant de...

UNE VOIX: Dubuc.

M. BOIS: ... de Dubuc l'a mentionné que les médecins accorderont beaucoup de coopération, s'ils le font dans une saine liberté. Dès qu'on met dans un article comme celui-ci quelque chose qui devient astreignant et qui sert, à un moment donné, on pourra toujours s'en servir. A la longue, c'est l'individu que cela frappe, et non pas les grosses corporations. Une corporation peut toujours se défendre. Elle peut toujours plaider ses droits personnels devant le gouvernement.

M. CASTONGUAY: Que proposez-vous?

M. BOIS: Je propose simplement ceci — que j'avais considéré, parce que je crois qu'on s'est vraiment trompé, en faisant cet article — en amendement l'article de la façon suivante: Que l'article 12 du bill 8 soit amendé, en remplaçant, lorsque mentionnés, les mots « Au Québec » et « Du Québec » par les mots « Hors du Québec ». Je crois que c'est...

M. CASTONGUAY: Je ne saisis pas la portée de l'amendement.

M. BOIS: En fait, toutes ces choses devraient s'appliquer — si on les prend telles quelles — à des personnes ou à des médecins qui sont à l'extérieur du Québec. Dans le Québec, comme le représentant de Dubuc le mentionnait, si vous n'avez qu'un médecin qui soit radiologiste ou oto-rhino-laryngologiste dans une région, à un moment donné, cela crée un problème extrêmement crucial dans une ville qui pourrait être située à 40 ou 50 milles d'une autre ville.

M. CASTONGUAY: Si ce médecin est engagé et ne se désengage pas, il n'y a pas de problème. Il sera payé par la régie.

M. BOIS: Je comprends, M. le ministre.

M. CASTONGUAY: S'il se désengage et que cela prive la population, est-ce qu'on continuera à le payer et encourager le désengagement? Là, il pourra charger des suppléments d'honoraires, et nous retomberons dans deux niveaux de la médecine.

M. BOIS: M. le Président...

M. CASTONGUAY: Voulez-vous me laisser terminer, s'il vous plaît?

A ce moment-là, s'il se désengage et prive la population de ses services, je crois que la régie ne doit plus payer et que le ministère a d'autres moyens et pourra, par ces moyens, s'assurer que la population aura accès à des soins médicaux.

Si le médecin ne veut pas faire affaires avec le régime, on ne peut pas le forcer. C'est son choix. Vous parlez au nom de la liberté, nous avons deux choix, c'est d'enrégimenter tout le monde ou de leur donner un pouvoir de désengagement. Si on leur donne le pouvoir de désengagement — Et ça, c'est au nom du respect de la liberté de cette catégorie de professionnels — on tombe dans des difficultés comme celles que nous voyons au niveau de l'article 11 et l'article 12.

M. BOIS: M. le Président, je pourrais répondre à ceci qu'en tout temps, vous avez déjà une punition suffisamment lourde dans le fait que vous mettiez 75% de versement de la réclamation. On sait que l'individu — il y aura 75% de versés sur sa réclamation — qui se verra demander la différence devra forcément dire à son professionnel: Cher monsieur, au moins, ici, je verrai à déménager de bureau pour essayer de me trouver un autre endroit où je me ferai soigner.

Dès ma première lecture du bill 8, à l'article 11, j'ai mis en bas le mot « dictature ». Je l'ai écrit il y a une semaine. Cela ne veut pas dire que c'est juste parce que c'est moi qui l'ai écrit... Incidemment, M. le Président, je crois encore que l'article, que nous avons ici est péjoratif et pousse un peu trop l'emprise du gouvernement sur l'individu afin d'amener une confrontation qui est très mauvaise pour les groupes, plus tard, et même pour l'avenir du projet.

M. CASTONGUAY: Qu'est-ce qui se produit présentement? Au nom de la liberté des médecins, un grand nombre de personnes de la province de Québec n'ont pas accès à des soins médicaux. Qu'est-ce qui arrive? C'est dans un régime libre? Le médecin s'établit où ça fait le mieux son affaire, à toutes sortes de plans professionnels, au plan des revenus qu'il peut obtenir, etc. Si les médecins désengagés peuvent continuer à charger des suppléments d'honoraires et si la régie leur rembourse 75%, qu'est-ce qui va arriver? Les médecins vont se désengager et avoir le beau jeu des deux côtés. Ils vont aller chercher un supplément d'honoraires et, encore une fois, on va retomber dans la si-

tuation où ce sont encore les gens qui ont les plus hauts revenus qui ont le premier accès aux soins médicaux. A l'autre extrémité, ce sont les assistés sociaux, qui sont couverts par une loi de l'assistance médicale, qui vont avoir accès aux soins médicaux. Toute la classe entre les deux va demeurer dans la situation actuelle. Je pense que les statistiques que j'ai citées l'autre jour démontrent assez clairement qu'il y a dans la province de Québec, des gens qui n'ont pas les soins qu'ils devraient recevoir.

Il y a un problème d'équilibre et nous avons essayé de l'atteindre dans l'ancien bill 8. La réaction a été que c'était de l'enrégimentation. On a essayé de l'assouplir dans une certaine mesure. L'ancien ministre de la Santé a dit: Est-ce qu'on a rompu l'équilibre en allant trop dans la direction des médecins? Il s'est posé l'interrogation. Vous, d'autre part, vous dites que c'est de la dictature. Je dis que c'est un effort sincère pour en arriver à un équilibre qui respecte la liberté des professionnels, mais qui, en même temps, ne met pas en cause l'accessibilité aux services de santé.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Un instant.

M. BOIVIN: Mais qu'est-ce que vous faites d'un médecin étranger à qui vous payez 100%?

M. CASTONGUAY: Vous prenez le cas — on est revenu sur cette question tantôt — où le médecin étranger, s'il n'est pas satisfait des 100%, n'a qu'à refuser ses patients. Il est dans la même situation que le médecin de la province de Québec qui se dit: Je m'engage et je me désengage. Il fait son choix exactement de la même façon. La seule chose, c'est que le médecin étranger n'a pas voix au chapitre lors de la négociation,

UNE VOIX: Mais vous le payez à 100%.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Le député de Saint-Sauveur.

M. BOIS: M. le Président, j'aurais quelque chose à ajouter aux remarques du ministre de la Santé. Il ne faudrait pas confondre, ici, une situation qui existe de fait, présentement avec la possibilité de revenus ou de moyens qu'ont les gens de s'offrir des soins médicaux, avec la liberté qui est constituée, alors qu'on va chercher des taxes chez la population pour dire: On offre un plan d'assurance-maladie. Je ne crois pas que cet article, qui devient une chose tout à fait en dehors, viendrait de cette façon s'inclure dans le plan pour faire une camisole de

force. On a déjà un article qui est coercitif, ici, l'article 11. Je crois que vous avez bel et bien pris vos précautions, il n'y a pas d'erreur, en insérant l'article 12, qui est absolument à mon avis, un article dictatorial.

Ici, ce n'est pas tant la profession que j'envisage comme telle que tous ceux qui auront à payer et qui, éventuellement, n'auront même pas de remboursement de leur cotisation.

M. CASTONGUAY: Mais ils iront voir les professionnels engagés.

M. BOIVIN: Vous favorisez le supplément d'honoraires?

M. CASTONGUAY: Voyons donc, docteur, c'est le contraire.

M. BOIVIN: Mais pour les 25%, le médecin désengagé chargera 100%. Qui va avoir à payer les 25% que vous lui enlevez? C'est le patient.

M. CASTONGUAY: Vous voulez donc un régime plus dictatorial que le député de Saint-Sauveur?

M. BOIVIN: Qu'il soit payé 100% comme les autres.

M. CASTONGUAY: Même le professionnel désengagé?

M. BOIVIN: Bien oui!

M. CASTONGUAY: Pourquoi ne l'avez-vous pas dit dans votre ancien bill 8?

M. BOIVIN: On gardait le silence là-dessus, parce qu'on était sûr que personne ne se désengagerait...

M. CASTONGUAY: Voyons donc! La belle affaire! On garde le silence et on...

M. BOIVIN: Que la quantité serait si minime.

De plus, il était perfectible, il n'était pas rendu en deuxième lecture.

M. CASTONGUAY: Voyons donc!

M. QUENNEVILLE: Qu'est-ce que ça donne à quelqu'un de s'engager, à ce moment-là!

UNE VOIX: C'est la même chose, il est payé à 100%.

M. BOIVIN: C'est la population que vous punissez, parce que les honoraires...

M. CASTONGUAY: Dr Boivin, je m'excuse, mais l'ancien bill 8, je pense, doit être interprété tel qu'il a été imprimé. Si c'est autrement, ça me donne une autre indication que l'ancien gouvernement procédait de façon plus ou moins curieuse.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Messieurs, tel que convenu, si vous voulez...

M. CASTONGUAY: S'il faut avoir, en plus du projet de loi, d'autres intentions cachées pour l'interpréter, moi, je ne me comprends plus.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, nous allons donner un répit au ministre de la Santé et nous reprendrons mardi prochain.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Tous les députés ont fini leurs travaux.

M. LEGER: Juste une information très rapide...

UNE VOIX: Elle va être longue.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Tous les députés ont fini leurs travaux partout et il y en a qui partent de bonne heure.

Nous ajournons les travaux de la commission à mardi matin prochain, vers onze heures ou onze heures trente. Merci.

(Fin de la séance; 15 h 27)