



Assemblée nationale

journal des Débats

Première session — 29^e Législature

Commission permanente de la Santé

Crédits du ministère de la Santé

Le 15 juillet 1970 — No 19

Président : l'honorable Jean-Noël Lavoie

DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

TABLE DES MATIÈRES

Fusion des deux ministères	B-929
Régimes d'assurance	B-931
Autonomie des hôpitaux	B-934
L'hôpital d'Asbestos	B-939
Institutions hospitalières	B-940
Consultation	B-942
Programme législatif	B-942
Dépenses des hôpitaux	B-943
Coûts comparatifs	B-945
Problème des urgences	B-946
Administration hospitalière	B-948
L'Association des hôpitaux	B-949
Sels d'argent	B-950
Régionalisation	B-951
Comités de planification	B-953
Médecine préventive	B-954
Services psychiatriques	B-958
Programmes conjoints	B-958
Recherche médicale	B-960
Construction d'hôpitaux	B-961
Alcoolisme	B-970
Ministres d'Etat	B-971

PARTICIPANTS

M. Guy Fortier, président
M. Claude Castonguay
M. Jean-Paul Cloutier
M. Camille Laurin
M. Roch Boivin
M. Robert Quenneville
* M. Jean-Paul Marcoux
* M. Jacques Brunet
M. Guy Gauthier
M. Armand Russell
M. Clément Vincent
* M. Gilles Lambert
M. Montcalm Simard

* M. Jean-Paul Marcoux, sous-ministre adjoint, M. Jacques Brunet, sous-ministre et M. Gilles Lambert, directeur adjoint à la direction générale de la psychiatrie, ont été interrogés par les membres de la commission.

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

Crédits du ministère de la Santé

Séance du mercredi 15 juillet 1970

(Onze heures vingt-trois minutes)

M. FORTIER (président de la commission permanente de la Santé): Crédits du ministère de la Santé. Avant d'entreprendre l'article 1, le ministre a-t-il une déclaration à faire? Je ne sais pas si vous voulez comme hier, faire une déclaration générale ou commencer l'étude des crédits article par article.

M. CASTONGUAY: M. le Président, hier le député de Montmagny a suggéré qu'on fasse un tour d'horizon avant de passer à l'étude détaillée des crédits. Pour moi, — c'était ma première expérience, c'est une procédure qui m'apparaît intéressante — je serais prêt à procéder de la même façon aujourd'hui, si les membres de la commission le désirent. Ce tour d'horizon s'est fait à partir de questions des membres de la commission. Au lieu de faire une déclaration ou un exposé, je serais prêt à procéder de la même façon qu'hier.

Hier également au début de la séance, j'ai présenté les fonctionnaires du ministère de la Famille et du Bien-Etre social. Ce matin, avec votre permission, je vous présenterai les fonctionnaires du ministère de la Santé. Je vais leur demander de se lever lorsque je nommerai leur nom.

J'ai à ma gauche ici le docteur Jacques Brunet, le sous-ministre, M. Jean-Paul Marcoux, sous-ministre adjoint et directeur général de l'assurance-hospitalisation, le docteur Gilles Lambert, directeur adjoint de la direction générale de la psychiatrie — le docteur Dominique Bédard, étant en vacances — M. Jean-Pierre Fournier, directeur des finances à la direction générale de la psychiatrie, M. Jules Lavoie, directeur des finances à la direction de l'assurance-hospitalisation, le docteur Jean-Marc Frenette, directeur du registre de la population, M. Louis-Philippe Langlois, directeur du service des études techniques et d'approbation des plans d'hôpitaux, le docteur François Gagnon, service d'études techniques et d'approbation des plans d'hôpitaux, M. Robert Bernier, directeur des ententes fédérales-provinciales, M. Gérard Gagnon, comptable en chef, M. Jean-A. Roy, directeur général de l'hygiène du milieu, M. Adrien Gaumont, direction générale du personnel, M. René LeCarpentier, direction générale du personnel, M. Paul-D. Trudel, ententes fédérales-provinciales, enfin, M. Maurice Roy, secrétaire du comité des finances.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, nous retenons la même formule que celle adoptée hier pour l'étude des prévisions budgé-

taires du ministère de la Famille et du Bien-Etre. Nous avons fait d'abord, durant quelques heures, un tour d'horizon du ministère à partir de questions générales. Et, comme l'a dit le ministre c'était une expérience qui avait été tentée précédemment et qui s'est toujours avérée, je crois, la meilleure formule. Cela permet de procéder plus rapidement à l'étude, article par article, d'autant plus que dans le contexte actuel, c'est un budget qui avait été préparé et qui a subi certaines modifications que nous discuterons. Pour ma part, je suggère que nous adoptions encore cette méthode et je ne crois pas que les autres groupes de ce côté-ci de la table, aient objection.

Je remercie le ministre de nous avoir présenté l'équipe des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé qui l'accompagnent. Comme je l'ai dit hier, c'est une occasion importante pour eux, de prendre connaissance de l'ensemble du ministère parce que dans leurs fonctions précises — ils sont appelés à diriger — ils ont des responsabilités dans un secteur particulier du ministère. L'étude des prévisions budgétaires à laquelle ils assistent leur permet de prendre la dimension de tout le ministère auquel ils appartiennent.

Fusion des deux ministères

M. CLOUTIER (Montmagny): Alors, M. le Président, les questions générales que l'on peut poser au ministre et sur lesquelles peut-être sans entrer dans trop de détails, il y aura moyen d'étudier article par article et d'obtenir certains détails plus précis. Mais la discussion de ce matin prendra une allure plutôt générale. La première question a été traitée hier. Il est peut-être bon d'y revenir très succinctement afin que tous ceux qui sont ici, les fonctionnaires particulièrement, entendent la déclaration du ministre. C'est une déclaration qui les touche de très près. Il s'agit de la fusion des deux ministères. Le ministre n'a pas besoin de répéter évidemment tout ce qu'il a dit hier, chacun pourra consulter le journal des Débats. Mais j'aimerais, pour les fins de l'étude des prévisions budgétaires du ministère de la Santé, qu'il nous résume la déclaration qu'il nous a faite hier sur son intention bien arrêtée de créer un ministère des Affaires sociales sous lequel seront regroupés le ministère de la Santé, le ministère de la Famille et du Bien-Etre social, et qui ajouteront à sa responsabilité d'autres organismes comme la Régie des rentes.

M. CASTONGUAY: M. le Président, à la question de savoir si l'intégration des deux ministères se produirait ou serait réalisée ou non, ou si on emploierait une autre formule, c'est-à-dire celle peut-être d'un coordonnateur, je dois dire que c'est notre intention d'intégrer les deux ministères, tout en tenant bien compte du fait que cette intégration doit, d'une part,

s'effectuer graduellement ou de façon très bien préparée, de telle sorte que l'action des deux ministères puisse se poursuivre. Je dois dire, deuxièmement, qu'une telle intégration amène nécessairement un certain nombre de changements dans les structures, dans les fonctions, dans les responsabilités du personnel. Il faut donc s'assurer, au moment de ces changements, que les hauts fonctionnaires et le personnel du ministère, ou des deux ministères, puissent continuer à assumer des responsabilités à un niveau aussi élevé que celles qu'ils pouvaient assumer avant l'intégration.

Il y a donc à la fois une grande nécessité de procéder avec une certaine diligence, d'une part, et, d'autre part, il faut s'assurer que les deux ministères vont continuer à fonctionner efficacement. Il faut également s'assurer que les changements au plan du personnel, des responsabilités et des fonctions n'auront pas pour effet d'enlever quoi que ce soit à la motivation du personnel.

La raison majeure de cette intégration, je l'ai mentionnée hier, c'est qu'il semble de plus en plus difficile d'établir des frontières disons entre les services de santé et les services sociaux. Par exemple, j'ai simplement mentionné hier la question des personnes placées en institution. A un certain moment, pour un groupe de personnes, on peut n'avoir qu'une fonction d'hébergement dans une institution, mais avec le passage des années, bien souvent, on constate que ce même groupe a vieilli et nécessite un niveau de services différents, plutôt que les simples services d'hébergement.

Dans d'autres secteurs, il y a d'autres problèmes. La distinction entre services sociaux et services de santé devient extrêmement artificielle et difficile à tirer. Je pense par exemple, à l'enfance inadaptée ou à certains problèmes qui se posent dans ce secteur. Il y a donc une première nécessité à ce plan.

De même, étant donné que l'action, les politiques ou les programmes des ministères de la Santé et de la Famille et du Bien-Etre social doivent être coordonnés avec les programmes d'autres ministères — je pense en particulier au ministère de l'Éducation, aux programmes du ministère du Travail et de la Main-d'Oeuvre — il est nécessaire que cette intégration, à tout le moins des deux ministères, se fasse de telle sorte que la coordination et l'orientation des politiques de ces deux ministères avec les politiques et les programmes des autres ministères puissent s'effectuer.

Il y a aussi dans cette opération un danger qui a d'ailleurs été souligné hier. C'est que nous en arrivions à une structure monstre ou à un ministère trop gros et qui devienne difficile à administrer et perde également contact avec la population. D'autant plus que les services dispensés ou qui sont la responsabilité des institutions ou des agences qui relèvent du ministère doivent être très adaptés aux besoins des

diverses populations. Cette intégration des deux ministères devra accompagner, lorsque le mouvement n'est pas commencé, ou encore accentuer le processus de régionalisation, avec délégation de pouvoirs de décision, lorsque nécessaire, au niveau soit régional, soit local.

Enfin, dans certains cas, étant donné qu'à notre avis un ministère de services comme celui dont nous parlons doit plutôt concentrer son action au niveau de la recherche, de la planification, de la programmation, du financement, de l'établissement de normes, de l'évaluation du rendement des programmes, c'est aussi notre intention de reporter certaines activités de nature administrative à d'autres organismes, pour reprendre l'idée du député de Montmagny, à la Régie des rentes du Québec, pour en nommer un spécifiquement.

De la sorte, dans les fonctions purement administratives ou l'application de lois nécessitent plutôt des fonctions administratives, mais dans lesquelles les orientations ou l'application de ces lois sont fixées de façon très claire et précise dans la législation, le ministère sera soulagé de ces fonctions et pourra concentrer son action au niveau des fonctions que je viens d'énumérer.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce qu'il y aurait d'autres organismes que ceux de la Régie des rentes et la nouvelle Régie de l'assurance-maladie qui pourraient tomber sous la responsabilité de coordination du ministre de la Santé et du ministre de la Famille?

M. CASTONGUAY: Vous savez qu'au cours du débat de deuxième lecture ou au moment de l'étude en commission, nous avons discuté de la couverture des soins en vertu de la Loi des accidents du travail. Nous avons dit que le transfert de cette couverture à la Régie de l'assurance-maladie ou au régime de l'assurance-maladie n'avait pu être effectué, à cause du temps disponible depuis la formation du gouvernement, mais que c'était une question que nous voulions étudier afin de proposer, aussi rapidement que possible, un transfert de cette couverture d'un régime à l'autre. C'en est un exemple. Il y en aura sans doute d'autres.

M. LAURIN: Depuis l'adoption du régime d'assurance-maladie, nous nous trouvons devant deux grands programmes d'assurance: l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation. Un de ces régimes a...

M. CLOUTIER (Montmagny): Si le député de Bourget me le permet, pour finir la première question, ce que le ministre vient d'expliquer l'intégration des deux ministères, va entraîner des problèmes de restructuration du ministère. Je pense donc qu'on devrait traiter tout de suite des problèmes de restructuration en fonction du ministère de la Famille et du Bien-être,

quitte à attaquer ensuite le sujet de la politique globale du ministère de la Santé. Une des étapes importantes a été le régime d'assurance-maladie. Si le député de Bourget n'a pas d'objection...

M. LAURIN: C'était au point de vue des structures.

M. CLOUTIER (Montmagny): Au point de vue des structures.

Régimes d'assurance

M. LAURIN: Je voulais souligner que, depuis l'adoption de cette loi, nous nous trouvons devant deux grands régimes d'assurance, un qui touche à l'hospitalisation et l'autre qui touche à la maladie.

Un des systèmes sera administré par une régie plus ou moins autonome bien qu'elle ait des rapports étroits avec le gouvernement, alors que l'autre régime d'assurance est administré directement par le ministère. Nous savons que, dans d'autres pays, ces deux grands systèmes d'assurance -hospitalisation et d'assurance-maladie sont régis par un même organisme qui a des relations à déterminer avec l'Etat. Est-ce l'intention du ministère de rassembler, un jour, dans une même régie, dans un même organisme de direction, ces deux grands régimes d'assurance afin de faciliter la coordination entre ces deux régimes, puisque tous les deux s'inscrivent sous le signe de l'assurance?

M. CASTONGUAY: Dans le cas de l'assurance-hospitalisation, comme vous le savez, le ministère finance les opérations des hôpitaux. Ces hôpitaux et ces institutions ont un large degré d'autonomie. Il devenait possible que cette fonction de financement, avec tout ce qui s'y rattache, puisse être assumée directement par le ministère puisque cette fonction était liée directement à la politique du ministère. La fonction administrative elle-même, dépend de ces corporations hospitalières qui ont ce degré d'autonomie auquel j'ai fait allusion. Dans les structures du ministère il était possible d'assumer cette fonction tout en permettant aux corporations hospitalières d'avoir voix au chapitre, de garder une autonomie qui m'apparaît nécessaire dans tout le contexte dans lequel nous vivons.

En ce qui a trait à l'assurance-maladie, étant donné que, nous touchons là plutôt à des individus qui doivent négocier avec l'Etat et à des individus qui ont un statut — on en a discuté lors de la Loi de l'assurance-maladie — provenant du caractère de leurs activités professionnelles, un statut qui est différent de celui des employés salariés dans le domaine des relations de travail. Il est apparu nécessaire de faire administrer ce programme par une régie afin que, dans l'application de l'assurance-maladie, une certaine représentation soit possi-

ble, une certaine participation des parties intéressées soit possible. Alors que dans le cas des hôpitaux, cette participation ou ce contrepoint pouvait être effectué au niveau des corporations hospitalières et surtout, par le degré d'autonomie qui en résultait.

C'est ce qui explique que l'on ait deux programmes et deux structures différentes. On n'a qu'à se reporter quelque peu en arrière, pour constater qu'en ce qui regarde le domaine de la santé, les choses ont évolué assez rapidement; elles n'ont pas fini d'évoluer.

Au plan purement théorique ou plan d'une recherche d'efficacité administrative, je crois qu'il est exact de dire que l'intégration des deux programmes faciliterait les choses. Mais je crois qu'il est extrêmement important de s'assurer qu'au-delà de cette recherche d'une efficacité administrative on évolue graduellement et que la motivation des personnels soit soutenue, que leur participation soit assurée et que le statut des institutions comme des individus ne soit pas brusquement modifié.

Je suis assuré que pour l'avenir, il y aura une meilleure coordination, ou une certaine intégration entre les deux programmes. Par quels mécanismes, exactement? Je crois que l'on peut en imaginer un certain nombre. Je sais que la commission d'enquête sur la santé et sur le bien-être social s'attarde sur cette question et fait des propositions assez précises. Je crois que ce sont des propositions ou que c'est un problème qui ne peut être résolu que graduellement, pour les raisons que je viens de mentionner.

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre a parlé surtout du plan administratif, concernant ce rapprochement possible ou cette intégration partielle et désirable de ces deux programmes. Je sais que le ministre ne peut pas engager le gouvernement à ce moment-ci, c'est une décision collective, mais est-ce que la possibilité de modifier le système de financement des coûts de l'assurance-hospitalisation pourrait être étudiée et aussi, apporter un critère d'assurance, dans un système de financement de l'assurance-hospitalisation? On sait que tout le coût actuel de ce programme est financé au moyen des revenus généraux du gouvernement. Est-ce que cela irait jusqu'au plan du financement du programme, en plus du rapprochement administratif des deux programmes?

M. CASTONGUAY: Lorsque nous avons étudié la Loi de l'assurance-maladie, on a vu qu'il y avait une distinction très nette qui avait été établie entre la couverture par le régime d'une part et le mode de financement d'autre part. Tout résident du Québec est couvert par le régime d'assurance-maladie, qu'il paie des contributions ou non, même s'il est inscrit ou non. S'il n'est pas inscrit, des pénalités peuvent être prévues mais la couverture est assurée à tous les

résidents du Québec. On a donc une couverture analogue à celle de l'assurance-hospitalisation. Au plan du financement, dans le cas de l'assurance-maladie, nous avons dit qu'il nous apparaissait important de fixer, dans une certaine mesure, pour la personne mariée, pour le célibataire, en tenant compte des proportions, et également pour les travailleurs salariés, pour les travailleurs autonomes, un certain coût pour ce régime et d'adapter ces coûts à la capacité de payer des individus. Par exemple, si l'on part du niveau de \$15,000 ou de \$25,000, pour un travailleur autonome, et si l'on tombe jusqu'à un niveau de \$2,000 ou de \$4,000 là, il n'y a plus de contribution à payer. Dans le cas de l'assurance-hospitalisation, en 1960 ou 1961, on avait choisi de financer cette mesure d'une façon tout à fait dissociée, par les impôts généraux, par le système général de la fiscalité.

Est-ce qu'il y aurait lieu de réintroduire un tel mode de financement ou d'introduire un mode de financement analogue à celui de l'assurance-maladie? Je crois qu'il y a là deux questions.

Cette question-là d'abord, à mon avis, devrait être abordée dans le contexte d'une certaine réforme de la fiscalité, parce que, si on transférait le financement de l'assurance-hospitalisation à un système de contributions, comme dans le cas de l'assurance-maladie, il faudrait, dans la même mesure, soulager les contribuables de telle sorte qu'ils ne paient pas deux fois, qu'ils ne continuent pas de payer le même niveau d'impôt et en même temps payer de nouvelles contributions. Je pense que nous sommes passablement d'accord sur ce point. Il faudrait donc envisager cette possibilité au moment d'une certaine réforme de la fiscalité.

Deuxièmement, dans le cas de l'hospitalisation, les coûts sont extrêmement élevés comparativement aux coûts des soins médicaux et des autres soins. Extrêmement... Bien ils sont plus élevés. Est-ce qu'il serait possible de transférer ces coûts à un système de contributions tout à fait autonome? Il pourrait en résulter des primes passablement élevées. En plus, nous touchons aussi un autre problème. Nous avons discuté hier des institutions privées; plus tôt, ce matin, nous avons discuté des services institutionnels qui, présentement, se divisent entre le secteur bien-être, le secteur santé, où les lignes de démarcation devront, dans l'avenir, s'estomper graduellement pour éventuellement peut-être disparaître.

Alors un système qui identifierait trop précisément, dans son financement, un groupe particulier d'institutions, pourrait contribuer, comme je crois que cela a été l'expérience de l'assurance-hospitalisation au cours des dernières années, à un développement peut-être trop important d'un type de ressources institutionnelles par rapport à d'autres types de ressources institutionnelles.

Sur ce point-là donc, d'un financement qui s'apparenterait au financement de l'assurance-

maladie, pour l'assurance-hospitalisation, j'ai encore beaucoup de points d'interrogation et, à mon avis, la question ne pourrait être abordée que dans le contexte d'une réforme fiscale et, aussi, lorsqu'un certain nombre de gestes auront été posés et un certain nombre de décisions auront été prises en ce qui a trait au développement des ressources institutionnelles aussi bien dans le domaine de la santé que dans le domaine du bien-être social.

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre a apporté des arguments sérieux qui retiennent son attention, qui me paraissent pas des objections définitives, mais qui mériteraient davantage de pousser les études. Je ferai remarquer au ministre que, dans tous ces grands programmes qui vont relever de lui, l'assurance-maladie est financée au moyen d'un système de contributions et aussi une partie importante, dont 50 p.c., provient du fédéral à même les impôts généraux. Il y a le programme de la Régie des rentes qui est financé par un système de contributions, un système d'assurance. Il a fait allusion aussi aux accidents de travail qui ont ce caractère d'assurance parce qu'il y a une contribution des employeurs et des employés. Il reste donc, dans tout cet éventail, de grandes mesures qui relèvent... de grands programmes qui relèvent de son ministère: l'assurance-hospitalisation.

Je comprends que, pour les raisons qu'a énoncées le ministre, il a certaines hésitations pour les motifs qu'il a mentionnés; en particulier, que le secteur institutionnel inclus, ou directement impliqué dans ce régime ait un développement qui soit fait au détriment d'autres services, alors que les trois autres programmes s'appliquent davantage à la personne et ne mettent pas en cause les institutions.

De toute façon, je crois que la question mérite d'être étudiée. Le ministre a une autre observation à faire?

M. CASTONGUAY: Si vous me le permettez, il y a un autre élément dans cette question. Lorsque nous discutons d'assurance-maladie dans le cadre des expressions utilisées ici, le régime d'assurance-maladie vise à rémunérer des personnes, des travailleurs. Alors, le niveau de rémunération de ces travailleurs, à moins que dans certains secteurs il y ait du rattrapage, normalement, ne devrait pas s'écarter pour l'ensemble des professionnels protégés de la hausse générale des revenus. On sait également que nous sommes dans un système d'impôts qui, malgré ses déficiences, présente un caractère de progressivité. Alors, à mesure que les revenus augmentent, les rendements en contributions vont augmenter, et, quant aux paiements aux professionnels, il va être possible de maintenir un certain équilibre.

Ce caractère donc, en ce qui a trait à l'assurance-maladie, on le retrouve en ce qui a trait au régime des rentes. Il permet d'identifier

des coûts. Que la population soit raisonnablement consciente de la progression de ces coûts et si elle demande des services en quantité plus grande, il est possible d'évaluer ce qu'il en coûte dans l'ensemble, et on sait à l'avance qu'il va y avoir une certaine relation avec l'évolution des revenus.

Dans le cas de l'hospitalisation, on est en dehors, dans une certaine mesure, dans une large mesure, d'accord. Les frais d'hospitalisation vont, ou les coûts de l'assurance-hospitalisation, vont au paiement du personnel. Mais ce paiement de personnel, même s'il représente une portion assez élevée des coûts, est aussi lié à bien d'autres éléments, c'est-à-dire le développement du réseau et l'évolution du nombre de personnes requis pour le traitement des patients. On sait, par exemple, qu'il y a quinze ou vingt ans, le chirurgien n'était assisté peut-être que de deux ou trois personnes, une ou deux personnes, même pour une opération assez sérieuse. Aujourd'hui, l'équipe est beaucoup plus nombreuse. Avec ces transformations du système, avec le développement des ressources, on a vu, au cours des neuf ou dix dernières années, les coûts de l'hospitalisation augmentés à un rythme beaucoup plus rapide que l'évolution des revenus.

En 1961, si on avait voulu, par exemple, lier les coûts de l'hospitalisation à un système aussi rigide que dans le domaine de l'assurance-maladie, graduellement, il y aurait eu deux choix à faire éventuellement: soit, hausser rapidement le niveau des taux de contributions ou encore, assumer graduellement une partie décroissante du coût du régime. Et là, à partir du moment où on assume une partie décroissante du coût du régime, un des principaux motifs vient de disparaître, soit celui d'identifier les coûts; que la population en soit consciente et qu'elle les assume directement par une contribution identifiée.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je voudrais ajouter, M. le Président, ceci: ce financement partiel... Parce que même dans l'assurance-maladie il y a un financement direct par contribution, mais il y a aussi un financement à même les impôts généraux, la partie qui vient du gouvernement central. Il y a aussi les personnes à faibles revenus qui ne contribuent pas au régime. Alors, le régime se trouve à financer autrement la participation de ces gens à faibles revenus. Dans le régime de rentes, on peut faire les mêmes considérations sauf que la partie de contribution fédérale ne s'applique pas. Dans ce critère de financement, par une contribution directe, même si ce n'est pas au total, parce que je comprends qu'il s'agit ici d'un budget dans l'assurance-hospitalisation de \$636 millions, s'il fallait imposer un système de primes pour financer une telle somme, je pense que le montant serait onéreux et la contribu-

tion serait trop élevée pour nombre de familles et nombre de contribuables.

Mais même si le prix des chambres privées et semi-privées a ce caractère de contribution personnelle, — et on peut l'assimiler facilement à des frais modérateurs — il reste qu'on pourrait chercher et sur cela, je retiens les objections du ministre, et je voudrais savoir si les études se poursuivront pour connaître quelles seraient les possibilités de transformation, non pas radicale, mais mitigée de ce système de financement de l'assurance-hospitalisation, afin que la population se rende bien compte que l'utilisation qu'elle fait de ces services, c'est en définitive elle qui la paie. Quand elle la paie au moyen de fonds généraux, des impôts qui s'en vont, comme pour l'éducation, dans le fonds général, l'appréciation est moins directe, mais il peut se produire plus facilement des abus alors que, lorsqu'il y a, même si elle n'est pas totale, une contribution exigée pour un service donné, cela sert, en même temps, de frein modérateur.

Ce n'est pas mon intention d'obtenir aujourd'hui du ministre une réponse définitive, mais je pense que le problème vaut la peine d'être étudié. J'ai eu d'ailleurs l'occasion d'en discuter avec lui à quelques reprises, au moment où il était président de la commission. Je sais que c'est un domaine où il vaut la peine de réfléchir et de voir, dans le contexte général de la réforme de la fiscalité, s'il n'y a pas là des modifications à apporter. D'autant plus que deux commissions ont siégé sur des problèmes particuliers dans le domaine des institutions hospitalières. La commission Trahan, à deux reprises, a enquêté sur deux hôpitaux en particulier. Elle a fait des recommandations non pas sur la question du financement, mais sur une régie des hôpitaux. Je sais que le ministre ne peut pas actuellement, s'engager là-dessus non plus, mais, à l'occasion d'une transformation possible d'organismes administratifs, ce serait aussi l'occasion de revoir la question du financement de l'assurance-hospitalisation.

M. le Président, voici ma première question: La fusion des deux ministères, et la possibilité, dont nous assure le député de Bourget, d'agencer ou d'intégrer davantage ces deux programmes, l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie, nous amènent aux structures du ministère, indépendamment de ce que nous venons de discuter, même s'il n'y a pas de transformation radicale. J'imagine que même à l'intérieur du ministère, étant donné que la restructuration du ministère de la Santé est un problème d'actualité, qui a déjà fait l'objet de beaucoup de discussions entre les officiers supérieurs du ministère et les ministres précédents, je pense bien, dis-je que le ministre a l'intention de donner suite à ces travaux commencés. Sans doute a-t-il l'intention de restructurer le ministère de la Santé, d'abord pour lui-même, à l'intérieur du ministère, et aussi en tenant compte de l'intégration future des deux minis-

tères, c'est-à-dire en tenant compte de l'organigramme du ministère de la Famille.

Est-ce que le ministre pourrait élaborer un peu sur la restructuration possible du ministère de la Santé, dire quelles sont les différentes étapes qu'il entrevoit et quel est le moment où il pourra annoncer une restructuration totale du ministère?

M. CASTONGUAY: Il y a quelques aspects à cette question. Vous savez que les deux ministères fonctionnent en vertu de deux lois organiques distinctes. Il y a donc un problème qui se pose au plan législatif. Il faudra modifier les deux lois de telle sorte que, si un ministère des Affaires sociales, par exemple, est établi, une loi soit préparée pour ce ministère. Cela, c'est sur le plan législatif.

Au point de vue administratif, j'ai par ailleurs mentionné hier que les structures du ministère de la Famille et du Bien-Être sont, dans leur conception, bien différentes de celles du ministère de la Santé. Le ministère de la Santé a des structures qui de façon générale, sont identifiées à des programmes. Vous avez par exemple, tout le service de l'assurance-hospitalisation. Alors, l'assurance-hospitalisation, c'est un programme.

Vous avez également les services psychiatriques qui ont leur propre réseau d'hôpitaux, qui financent également les départements psychiatriques dans d'autres hôpitaux. Encore là, vous avez un programme de services psychiatriques qui est administré, au niveau du ministère, par les services psychiatriques. Vous retrouvez la même chose en ce qui a trait aux unités sanitaires, etc.

Du côté du ministère de la Famille et du Bien-Être, vous avez des structures qui, à partir de celles qui existaient, il y a quelques années, ont évolué graduellement vers des structures que je qualifierais de fonctionnelles. A titre d'exemple, vous avez une direction générale des finances, une direction générale de la planification et de la recherche. Avant de penser en termes d'intégration, je crois qu'il serait nécessaire d'harmoniser dans une certaine mesure, les structures des deux ministères, pour nous diriger graduellement vers des structures fonctionnelles. Un trop brusque changement pourrait créer une certaine panique — je l'ai mentionné plus tôt — au niveau des relations humaines, des relations de travail, de la motivation du personnel, de la sécurité. Il faut continuer de fonctionner.

Il y a donc du côté du ministère de la Santé un certain nombre d'étapes à franchir. C'est dans ce sens que j'ai mentionné hier que nous avions retenu les services d'un conseiller en administration, M. Page, qui a déjà fait des travaux dans l'élaboration, la mise en place de la Régie de l'assurance-maladie, et qui s'est acquitté de ses fonctions de façon excellente, qui a acquis, conséquemment, une certaine

connaissance du fonctionnement du ministère de la Santé. M. Page a aussi travaillé pour le ministère de la Fonction publique. Il a assumé divers mandats, par exemple, un dans l'établissement du centre de traitement électronique des données. Il connaît assez bien les organismes gouvernementaux, leur fonctionnement. C'est dans ce sens que les services de M. Page ont été retenus et qu'au début, son travail consistera plutôt à me conseiller et à conseiller les officiers du ministère, dans le but de modifier, de s'engager dans ce processus de modifications des structures du ministère de la Santé qui, elles, n'ont pas évolué comme celles du ministère de la Famille et du Bien-Être social, au cours des dernières années. C'est la première étape qu'il m'apparaît important de franchir.

Combien de temps cela prendra-t-il exactement? Je ne suis pas en mesure d'y répondre, étant donné que sur certains plans on voit la nécessité de procéder avec une certaine hâte, et sur d'autres plans, on voit la nécessité d'y aller avec une certaine prudence.

M. LAURIN: Plusieurs observateurs...

M. LE PRESIDENT (Fortier): Le député de Dubuc a demandé la parole; je ne sais pas si c'est sur le même sujet.

Autonomie des hôpitaux

M. BOIVIN: Lorsque vous parlez de l'assurance-hospitalisation, vous insistez beaucoup sur l'autonomie. Les fédérations qui ont le devoir de négocier leur convention collective ne doivent-elles pas jouir aussi, d'une certaine autonomie dans l'organisation professionnelle, dans la façon de poser des actes médicaux, en vertu du bill 8? Lorsque vous parlez d'assurance-hospitalisation, vous avez toujours parlé d'une plus grande autonomie dans les hôpitaux. Alors, est-ce que les fédérations qui ont à négocier les conventions collectives n'auront pas une certaine autonomie?

M. CASTONGUAY: J'ai dit que dans le système hospitalier actuel, par le maintien des corporations hospitalières, les administrations hospitalières ont retenu un certain degré d'autonomie. Evidemment, à partir du moment où le gouvernement a assumé la presque totalité des coûts de fonctionnement, le gouvernement a son mot à dire dans la détermination des objectifs, dans l'établissement de normes, dans l'établissement de certains contrôles, en vertu de la Loi des hôpitaux, de la réglementation; alors, il est demeuré un certain degré d'autonomie.

Quant à l'assurance-maladie, justement pour respecter cette nécessité que les professionnels retiennent un degré d'autonomie compatible avec la nature de leurs activités, leur régime a

été conçu de telle sorte que, premièrement, les attributions qui appartenaient au collègue continuent d'appartenir au collègue, c'est-à-dire celles qui touchent à l'activité professionnelle proprement dite, à la déontologie, à la discipline.

Deuxièmement, en ce qui a trait à la fixation des conditions de travail, à plus court terme, c'est-à-dire le niveau des rémunérations, les relations avec la régie, le paiement des honoraires, la conciliation des différends... ces questions sont, soit l'objet de négociations qui se poursuivent présentement, ou, en ce qui a trait aux différends, il y a eu un mécanisme de prévu, de telle sorte que les différends puissent être ventilés, discutés, analysés par les commissions d'appréciation des différends.

C'est ce même désir de garder un degré d'autonomie compatible avec la nature des activités des professionnels qui a fait opter pour ce type de régime, tout comme le gouvernement précédent avait opté pour un régime qui respectait le droit à la négociation des professionnels.

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

M. LAURIN: La question que je veux poser maintenant est difficile. Elle touche à des aspects qui sont difficiles à pondérer, qui font état d'un certain malaise, qui ont été souvent soulignés par les observateurs de la chose médicale au Québec. La question est celle-ci: il a semblé à plusieurs personnes qu'il y avait une difficulté de coordination, ou de concertation, entre les agents qui, au ministère, s'occupent de l'administration des hôpitaux, et les autres, qui s'occupent de la politique générale des hôpitaux.

Par exemple, si quelqu'un veut agrandir son hôpital, c'est d'abord avec l'assurance-hospitalisation que les premiers contacts sont pris. Mais, on se rend bien compte que ce n'est pas la fonction première des autorités du service de l'assurance-hospitalisation. Pourtant ce sont elles qui reçoivent d'abord ces demandes. Je sais qu'un organisme vient d'être établi, l'organisme de planification des hôpitaux. Mais on sent bien que c'est simplement pour répondre à des difficultés concrètes qui ont été soulevées justement par l'évolution de la situation hospitalière.

Je me demande s'il y a des études, ou des mesures, auxquelles on a songé pour améliorer la coordination entre les organismes administratifs, comme l'assurance-hospitalisation, chargée d'administrer un régime, et les autres organismes, qui sont plutôt chargés de la politique générale du ministère en ce qui concerne l'implantation d'hôpitaux, mais aussi en ce qui concerne la protection de l'ensemble de la population, pour une amélioration de l'équipement sanitaire et une amélioration de la santé de la population.

Je ne sais pas si ce malaise a été ressenti avec

une acuité égale, au sein du ministère, comme il a été ressenti dans les hôpitaux ou chez ceux qui s'occupent ou qui se sentent responsables des questions de santé au sein de la population.

M. CASTONGUAY: Je pense que la source du problème — parce que je l'ai constaté également au cours de mes travaux au sein de la commission d'enquête, on m'a fait part de ce genre de représentations à plusieurs reprises — provient du type de structures à l'intérieur du ministère de la Santé.

A mon avis, les fonctions d'un tel ministère, d'une façon générale, sont les suivantes: un tel ministère doit d'abord faire la recherche nécessaire pour savoir quels sont les besoins, de quelle façon on peut y répondre, prévoir l'évolution, mesurer l'évolution, faire des études de nature épidémiologique, etc.

En plus de cette recherche, il faut également faire une planification, non seulement au plan des ressources institutionnelles, mais aussi au plan du développement des effectifs, des implications au plan financier, de telle sorte qu'on puisse envisager des solutions, à plus long terme, aux problèmes, voir dans quelle direction nous engageant certaines initiatives qu'il pourrait être nécessaire de prendre, s'assurer qu'il y a une répartition adéquate des ressources financières entre les divers secteurs d'activité ou les divers besoins. C'est la deuxième des fonctions.

La troisième des fonctions, est celle, de la programmation. Une fois qu'on aura dépassé l'étape de la planification, qu'est-ce qu'on fait dans le concret? Comment le fait-on? Comment aide-t-on les organismes à se former, fonctionner? C'est la troisième fonction celle de la programmation. Après cela, il y a celle du financement, étant donné qu'au-delà des ressources humaines, ce sont les ressources financières qui animent tout le système. Ce système de financement ou cet aspect du financement doit être cohérent dans l'ensemble des attributions du ministère, de telle sorte qu'il ne se crée pas, à un certain moment, entre un programme et un autre des illogismes, des contradictions. Et après cette question de financement, intervient celle de l'évaluation des résultats obtenus, de l'évaluation des rendements. Est-ce que tous les organismes fonctionnent au même degré d'efficacité ou d'inefficacité? Il faut l'évaluer. Il faut évaluer ces rendements. En plus, il y a certaines autres fonctions connexes comme celles des relations de travail qui touchent à la négociation celle de la législation, celles des contrôles pour l'application de la législation des normes.

Vous avez donc, une certaine série de direction et de fonctions. A ces fonctions devraient correspondre des directions générales et ces directions devraient assumer les responsabilités à l'égard de tous les programmes. Présentement, lorsqu'on examine les structures du ministère

de la Santé on s'aperçoit que les structures — comme je l'ai mentionné — sont en vertu de programmes. Lorsqu'on veut parler de financement, on peut en parler avec un certain nombre de personnes, selon qu'on en parle pour un hôpital qui a l'aide de l'assurance-hospitalisation ou qui relève des services psychiatriques ou qui s'agit — et cela devient plus complexe — d'un service psychiatrique à l'intérieur d'un hôpital général, etc. Si on veut parler de développement de ressources, le même problème se pose. Il y a le financement, il y a la planification. Un des problèmes est celui-là, à mon avis.

Deuxièmement, il y en a un autre. Dans le passé, les corporations hospitalières étaient totalement autonomes — je remonte à une certaine époque —. A ce moment-là, chaque corporation décidait des services qu'elle voulait bien offrir à la population, de la taille de son établissement, et c'est elle qui faisait sa planification en fonction des besoins ou des exigences de son milieu particulier.

Le maintien des corporations hospitalières malgré le fait qu'aujourd'hui, il est clairement reconnu, que le ministère de la Santé doit assurer des services à l'ensemble de la population, malgré tout, le maintien des corporations hospitalières a perpétué une espèce de système de planification qui vient de la base.

Chaque hôpital veut et croit être en mesure de juger des services qu'il doit offrir et de l'ampleur que ces services doivent prendre, alors que cette fonction devrait normalement appartenir au ministère, qui a la fonction, la responsabilité — et lui seul l'a — d'assurer à l'ensemble de la population une gamme de services adéquats. Pour assurer cette gamme de services, il faut voir au-dessus d'une corporation, il faut voir l'ensemble des besoins de la population, voir les ressources existantes, déceler les déficiences ou les pénuries et les combler. Il va falloir également transférer cette fonction de planification des unités ou des corporations au sommet. Présentement, il y a eu une espèce d'équilibre qu'on a voulu rejoindre. Les hôpitaux, après avoir fait des plans d'expansion, de rénovation ou de modification de leurs services, soumettent leurs plans au ministère. Là, il y a une espèce de système de pression qui se met en marche jusqu'à ce qu'une solution raisonnablement acceptable à toutes les parties soit atteinte.

Il faut, à mon avis, changer ce système-là, ce qui ne veut pas dire pour autant que les hôpitaux n'aient pas leur mot à dire dans la planification, que les communautés locales n'aient pas un mot à dire. C'est pourquoi j'ai mentionné la nécessité qu'on régionalise les services et qu'il y ait des structures régionales, de telle sorte que l'on ne décolle pas cette fonction, qu'on ne la détache pas trop non plus des populations dans chaque localité, dans chaque région.

M. LAURIN: J'aimerais aussi, M. le Président, attirer l'attention du ministre de la Santé sur le caractère limitatif du mot "assurance-hospitalisation". On sait très bien qu'avec l'évolution des formules d'assistance médicale aussi bien que psychiatrique, il est possible, pour ne pas dire beaucoup plus utile et scientifiquement sûr parfois, de donner des services qui ne se dispensent plus dans les hôpitaux. Je pense, par exemple, aux cliniques communautaires, aux cliniques régionales, à l'assistance à domicile, aux foyers protégés, à toute sorte d'autres formules qui doivent actuellement être financées à même le régime hospitalier, parce que c'est le seul que nous connaissions. Mais ces formules d'assistance vont continuer d'évoluer et il est probable qu'on peut entrevoir un moment où la moitié des services de santé seront dispensés par ces organismes communautaires. Il n'y a aucun organisme, au fond, qui est en charge de l'administration, du financement de ce nouveau type d'institutions que je n'appelle plus institutions d'ailleurs, que j'appelle plutôt services. Je me demandais si c'était dans les plans du ministère de prévoir quelque chose de spécifique, ou un prolongement du régime existant, pour le nuancer de façon à pouvoir correspondre exactement à cette nouvelle réalité.

M. CASTONGUAY: Je veux simplement dire que la création des structures dont j'ai parlées, par exemple une direction générale des finances, une direction générale de la programmation, va en quelque sorte viser à l'abolition de ces barrières entre les catégories de service. Déjà, même présentement, en volume, les services donnés sous forme externe ou tout à fait en dehors de l'hôpital sont beaucoup plus nombreux que ceux qui sont donnés sous forme interne. On sait également — et je crois que le député de Montmagny peut le confirmer — que la formule de l'assurance-hospitalisation, telle que conçue, telle qu'appliquée en 1961, a donné lieu à un développement disproportionné d'une catégorie de services. On a essayé de contrebalancer une situation au Québec par le développement des services externes ou des consultations externes alors que, dans les autres provinces, même le développement des consultations externes ne semble pas aussi poussé qu'ici. C'est une formule qui a pris un caractère trop rigide et qui doit être corrigée à mon avis.

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre vient de mentionner un point extrêmement important.

C'est que dans le domaine de la Santé, il y a beaucoup de programmes conjoints et l'assurance-hospitalisation en est un. Ce que nous avons souligné, lors des conférences fédérales-provinciales sur la santé, est le manque de souplesse de ces transferts de programmes au fur et à mesure de l'évolution de la santé. Nous

avons souligné — je crois que le point de vue du Québec a retenu l'attention des autorités du gouvernement central — que ces programmes étant trop rigides, il y a un écart de temps, il y a trop de temps apporté au changement des programmes jusqu'à la permission d'initier des programmes de substitutions. L'exemple le plus éloquent est le remplacement des ressources institutionnelles, dans la mesure du possible, par des services à domicile. Si ces programmes étaient initiés plus tôt, au fur et à mesure que l'on constate que l'évolution de la dispensation des soins de santé requiert de nouveaux programmes, alors on éviterait de s'engager trop loin dans des programmes déjà existants. L'assurance-hospitalisation en est un. Il y a des mesures de substitution, comme des services, des réseaux de soins à domicile; il y a d'autres mesures aussi, comme d'autres types d'institutions pour malades chroniques, ou séjours de patients dans d'autres institutions mieux indiquées, qui soulagent, qui enlèvent la pression sur la demande de lits pour traitements actifs.

Nous avons indiqué ce point et il a fait l'objet de travaux importants au sein du comité d'étude des coûts de la santé. Je crois que beaucoup de souplesse est nécessaire, surtout dans des programmes qui sont conjoints, qui sont initiés souvent par le gouvernement central. Le gouvernement central évidemment étant plus loin que les gouvernements provinciaux de l'application de ces programmes, de l'évaluation de ces programmes, comme vient de dire le ministre ne se rend pas compte assez vite de l'urgence d'apporter des programmes de substitutions. C'est de là que vient l'importance d'apporter de la souplesse dans tous ces programmes conjoints afin que l'évolution se traduise par des changements, par des substitutions de programmes, là où c'est nécessaire.

Je suis satisfait que le ministre ait mentionné ce problème-là, je crois que dans les années à venir aussi, ce sera un sujet de discussion constant avec les autorités fédérales dans le développement de distribution et de financement des soins de santé.

J'ai retenu notamment certaines observations du ministre. Il a identifié cinq points principaux: la recherche, la planification, la programmation, le financement et l'évaluation du rendement. J'ai cru comprendre, et je crois que c'était là le sens de l'intervention du ministre, que ces grandes têtes de chapitre vont correspondre à des directions générales, ou vont retenir l'attention du ministre dans la restructuration du ministère de la Santé. Si on parle de recherche, il y aura une direction générale de la recherche et de la planification comme il y en a une à la Famille et au Bien-Etre social et peut-être, à plus long terme, dans l'intégration; il n'y aura pas de problème d'intégration de ces deux directions générales dans un seul organisme.

Je dirai au ministre qu'il y avait hésitation chez les fonctionnaires du ministère et dans

l'esprit du ministre aussi, à faire une structure unique, au début, d'avoir deux départements qui auraient pu être reliés par certains systèmes de coordination, mais, pour raison de motivation et parce qu'une direction, d'une part, existe et est très bien structurée et que d'autre part elle est éparse. Nous avons l'intention de rapatrier, comme l'a fait le ministre, des éléments de la commission Castonguay, les ressources qu'a utilisées la commission Castonguay. Alors, je crois que c'est à partir de cela, on a commencé par rapatrier le ministre... A partir de ces ressources qui étaient assez considérables au sein de la commission...

M. CASTONGUAY: Un rapatriement qui a dépassé vos espérances!

M. CLOUTIER (Montmagny): Nous n'avons pas fixé de limites au rapatriement. Cela m'amène à relever une observation que le ministre a faite antérieurement dans la discussion du projet de loi numéro 8, alors qu'il avait mentionné, lors de la première séance, qu'il était difficile pour le ministre de la Santé, à certains moments, de recruter toujours du personnel de choix ou des hommes de valeur. J'ai été tenté de lui dire, à ce moment-là, que dans le cas de la commission Castonguay, en ce qui concerne le président, la suite nous a donné raison.

Les structures correspondraient, dans l'ensemble, aux têtes de chapitres qu'a mentionnées le ministre. Cela veut dire qu'au poste du financement, les services financiers qui sont actuellement répartis dans tous les articles ou dans toutes les sections du ministère, à l'assurance-hospitalisation, au traitement des maladies mentales, aux hôpitaux psychiatriques, aux unités sanitaires, seraient regroupés sous une seule direction générale qui serait la direction du financement du ministère de la Santé.

M. CASTONGUAY: C'est éventuellement l'objectif. Si vous me permettez seulement un mot. Ce sont les aspects fonctionnels qui ont été énumérés. J'ai seulement fait allusion aussi au fait qu'il y a d'autres nécessités que l'on appelle en anglais le "staff". Par exemple: relations de travail, le personnel, les services administratifs, qui doivent apporter leur concours à ces directions fonctionnelles ou à ces structures fonctionnelles. Je pense qu'il faut aussi mentionner que le tout ne sera pas intégré parce que là on retomberait dans le même panneau.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, je ne sais pas si...

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Est-ce que les membres sont d'accord que nous suivions l'horaire de la Chambre et que nous ajournions de midi et demi, jusqu'à deux heures, pour continuer de deux heures jusqu'à six heures?

M. CLOUTIER (Montmagny): C'est justement ce que je voulais proposer, M. le Président, parce que nous entreprendrions l'étude d'autres sujets, la politique...

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Il reste trois minutes.

M. LAURIN: J'ai encore deux questions sur les structures et ce sera tout.

M. CASTONGUAY: D'autant plus que mes amis d'Asbestos viennent à une heure et demie.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Il reste trois minutes. Si vous voulez continuer pendant trois minutes.

M. CLOUTIER (Montmagny): Ils étaient aussi mes amis.

M. LAURIN: Si j'ai le temps de poser une de ces questions... A l'intérieur même du régime hospitalier du Québec, il existe encore une dichotomie entre les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux. On connaît très bien les origines historiques de ce problème. C'est l'exclusion par la loi fédérale du financement des hôpitaux psychiatriques de la loi 320,

Quand M. le ministre a fait le tout des structures, il a entériné ce fait, en disant qu'il y avait une direction des services psychiatriques à côté de l'assurance-hospitalisation. Je pense que bien des représentations lui ont été faites, pendant qu'il présidait la commission des services de santé, à l'effet que cette dichotomie était complètement anachronique, qu'il ne fallait plus séparer les soins donnés aux malades psychiatriques des soins administrés aux malades atteints de maladies physiques, mais cela prendra du temps avant qu'on corrige les effets de ce préjugé. Ce préjugé s'est incrusté dans les lois, ce préjugé s'est incrusté dans des structu-

res, ce préjugé s'est incrusté dans des modes de financement. Est-ce que je comprends bien le ministre quand il a dit, tout à l'heure, que dans la nouvelle optique du ministère, cette dichotomie sera véritablement enlevée?

M. CASTONGUAY: Déjà, au cours des dernières années, on a vu dans le domaine des services psychiatriques, une évolution de ces formules de financement qui, au début, ont effectué une certaine brisure, mais brisure qui existait bien avant l'assurance-hospitalisation. L'assurance-hospitalisation, en fait, au moment où elle a été établie, a suivi les préjugés et s'est adaptée à une situation. Et à mesure que cette situation-là a évoluée, la loi fédérale n'a pas été adaptée; mais les services ont continué d'évoluer malgré tout. Et c'est de cette façon, qu'on retrouve aujourd'hui, dans les hôpitaux généraux, des services psychiatriques par exemple.

Alors cette dimension de l'assurance-hospitalisation n'empêchera pas, ne constitue pas, un frein à ce que je viens d'exposer. Il y a également le fait que les accords relatifs aux retraits du programme d'assurance-hospitalisation vont venir à stabiliser même la question au plan du financement.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Si les membres le veulent, nous allons ajourner. Je demanderais au ministre, comme le temps est limité, s'il aimerait mieux ajourner à 2 h 30?

M. CASTONGUAY: Non, non, 2 heures. Si parfois j'étais en retard de quelques minutes, c'est que les conversations se prolongeraient un peu.

M. CLOUTIER (Montmagny): On n'adoptera pas les crédits sans vous.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Nous ajournons les travaux à 2 heures.

Reprise de la séance à 14 h 34

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

L'hôpital d'Asbestos

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, avant l'ajournement, nous avons commencé l'étude des problèmes généraux. Le ministre nous a annoncé que, durant l'intermission, il allait rencontrer un groupe au sujet d'un projet hospitalier à Asbestos. Sans entrer tout de suite dans les détails, dans le problème des ressources, je voudrais demander au ministre, dans l'intérêt des membres de la commission, s'il a une communication à nous faire au sujet de cette rencontre, étant donné que c'est une question qui a été posée en Chambre et qui intéresse l'opinion publique dans toute la province. Est-ce que le ministre pourrait nous faire une déclaration au sujet de sa rencontre avec les gens d'Asbestos?

M. CASTONGUAY: J'essaierai de résumer, aussi fidèlement que possible, en quelques minutes, pour ne pas retarder l'étude des crédits, d'autant plus qu'on a discuté avec eux pendant environ quarante minutes. Je crois que nous avons là un exemple du besoin de planification, non pas à partir des institutions, au plan local, qui exercent leur pression, mais un besoin de planification sur un plan plus général à partir, soit d'un plan directeur, soit d'un schéma d'organisation, à partir duquel on puisse évaluer les besoins des ressources dans une région, de voir quelles sont les ressources existantes et de voir comment la différence peut être comblée; Puis discuter avec la population pour que cela soit réellement adapté à ses besoins et aussi que ce soit conforme à toutes les exigences d'un milieu.

Au cours de cette rencontre, on nous a dit que depuis 1948, on promet un hôpital à cette ville et à cette population. On peut imaginer qu'après 22 ans, même si au moment où on a donné l'ordre de fermer l'hôpital, il n'y avait que sept patients à l'intérieur, on peut imaginer, si leurs efforts, leurs pressions n'ont pas donné de résultats, le genre de ressentiment qui a pu s'accumuler dans une population comme celle-là. J'ai clairement mentionné ce que j'avais dit en Chambre peu de temps après que le gouvernement eût été formé.

Nous avons reçu une lettre de la supérieure nous rappelant qu'au mois de février, un ordre de fermeture avait été donné; ordre qui, par la suite, avait été contremandé et que là elle nous demandait de lui faire connaître, dans les plus brefs délais, la décision officielle du ministère. La lettre était datée du 31 mai. Le 3 juin on a envoyé deux officiers du ministère et dès la réception de leur rapport, nous indiquant que le site ou que la sécurité des gens hospitalisés

pouvait être mise en cause du fait qu'on était rendu si près de la mine, que les conditions d'hygiène minimum n'étaient plus respectées, là, on a donné l'ordre.

Je leur ai alors rappelé ces faits et je leur ai dit qu'on aurait aimé pouvoir leur annoncer ce que nous entendions faire; mais on croyait que ce serait discuté entre les parties intéressées d'autant plus que le dossier n'était pas complété comme pour l'évaluation des besoins, des ressources. Evidemment, lorsque le sujet a été lancé dans le public cela a changé un peu la dimension de la question. Nous n'avions pas voulu, nous, relancer cette histoire-là dans la population, compte tenu des longs délais qui auraient pu se dérouler. Je leur ai exposé ce sur quoi nous travaillions présentement, c'est-à-dire un ensemble de services qui répondraient le mieux possible aux besoins de la population et je leur en ai donné une énumération, quitte à préciser, après avoir évalué plus précisément les besoins. Et je leur ai dit que d'ici une douzaine, une dizaine de jours — je leur ai dit de ne pas mettre le chronomètre en marche et de calculer dix jours à partir du moment où ils quittaient le bureau — que d'ici une dizaine de jours nous communiquerions avec eux et que nous leur exposerions ce que nos études indiquent. Et là, en discussion avec eux, avec les parties intéressées, les ajustements nécessaires pourraient être apportés après quoi nous donnerions priorité, dans la mesure du possible, à ce projet, de telle sorte que la population ait les services dont elle a besoin.

Je leur ai annoncé les offres de collaboration faites par l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke, le centre hospitalier universitaire de l'Université de Sherbrooke, aussi bien quant à la possibilité pour les médecins d'hospitaliser leurs patients que de les traiter dans ces hôpitaux. Il y avait aussi le fait que la compagnie Canadian Johns-Manville ouvrirait sa clinique — elle ne compte que 11 lits, j'en conviens — et enfin le fait que la compagnie — d'ailleurs un représentant était là — était prête à contribuer financièrement au projet. J'ai demandé également, étant donné les problèmes que les cas d'urgence pourraient sans doute faire surgir, que l'on essaie de mettre sur pied, pour la période intérimaire, une certaine facilité de transport des patients. C'est un des derniers points qui n'avaient pas été couverts. J'ai prié le sous-ministre de demander aux services d'urgence d'organiser certains services de transport pour les cas d'urgence, tant et aussi longtemps que, dans Asbestos même, il n'y aura pas de facilités à cet effet.

M. CLOUTIER (Montmagny): Ce que le ministre entrevoit comme solution, c'est un centre local de santé qui réunit tous les services nécessaires à la population, tenant compte aussi des besoins spéciaux à satisfaire dans cette région minière du point de vue des accidents de travail et des besoins pour les cas d'urgence.

M. CASTONGUAY: C'est pour ça que l'utilisation de l'expression local de santé m'apparaît un petit peu dangereuse présentement, étant donné que le Comité de planification des services de santé de Sherbrooke a déjà fait un plan et que ce plan ne semble pas être accepté par la population. Les gens n'y sont intéressés en aucune façon, le plan étant trop réduit dans ses dimensions, dans la gamme des services offerts. Je n'ai pas utilisé cette expression à dessein, d'autant plus qu'il semble qu'il y aurait nécessité de prévoir des lits pour des malades chroniques, les convalescents, certains lits pour les cas d'urgence, pour l'observation de patients. Je n'ai pas voulu prendre cette expression de centre local de santé pour ne pas ajouter aux craintes de la population.

M. CLOUTIER (Montmagny): Cette discussion au sujet de l'hôpital d'Asbestos, c'est un cas précis que j'ai choisi, parce qu'il est actuellement d'actualité, parce qu'il est devant l'opinion publique. C'était comme préliminaire à la discussion que nous aurons sur l'implantation de ressources, les critères.

Les réponses que vient de nous donner le ministre serviront donc aussi dans le cadre de la discussion. J'aurais l'intention, à ce moment-là, en effet de revenir sur le rôle, les responsabilités et la collaboration que fourniront au ministère de la Santé les organismes de planification à l'échelle régionale, comme celui qui existe à Sherbrooke, pour les Cantons de l'Est, comme celui qui existe dans la région du nord-ouest, à Hull. Nous aurons l'occasion d'y revenir, mais pour l'instant, c'était la question de l'hôpital d'Asbestos.

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

Institutions hospitalières

M. LAURIN: Je voudrais revenir un peu sur la question que j'ai posée à la fin de la dernière séance, mais en l'élargissant. Il existe actuellement en gros quatre types d'institutions hospitalières. Il y a les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux pour les tuberculeux et les hôpitaux pour les soins chroniques de longue durée. Ces hôpitaux ont des caractères communs, évidemment, par exemple, la constitution des bureaux médicaux, les soins médicaux en général, la loi des hôpitaux, les organismes administratifs, législatifs qu'il faut envisager, le financement évidemment. Mais, en même temps, chacun de ces types d'hôpitaux a des caractères spécifiques. Ils font qu'une discipline différente s'est instituée dans bien des cas, comme par exemple, pour la psychiatrie, la pneumologie, la tuberculose et même, de plus en plus, pour les soins de longue durée, puisqu'on parle maintenant de gériatrie, qui devient une spécialité en soi.

L'absence de distinction parfois, et, parfois aussi, la confusion de ces diverses caractéristiques ont amené des problèmes au niveau de l'administration, au niveau du financement et à tous égards. Étant donné que, d'une part, ces institutions et les disciplines qu'elles représentent ont des caractères communs, soit au point de vue législatif, soit au point de vue financement, comment le ministère entend-t-il concilier ces deux impératifs de spécificité et de communauté d'unité au niveau des structures?

M. CASTONGUAY: Je vais tenter de répondre à la question, bien qu'elle soit très vaste, mais je vais au moins en donner les dimensions essentielles. S'il y en a certaines qui vous apparaissent manquer dans ma réponse, ça me fera plaisir d'y revenir et d'essayer de compléter.

Je pense qu'il faut retourner brièvement dans le passé pour quelques secondes. Au tout début, il y a eu des hôpitaux généraux qui se sont développés, — je remonte assez loin dans le passé — où les gens en dernier ressort, s'en allaient à l'hôpital. Avec le temps, certaines maladies ont été identifiées comme présentant des caractéristiques particulières, soit par exemple, le danger de contagion, comme la tuberculose et à cause de l'importance de ces maladies au plan mortalité, morbidité, on a décidé de poser des gestes bien particuliers. On a développé un réseau d'hôpitaux pour les tuberculeux, aussi à cause du caractère d'urgence, des méfaits de cette maladie, on a décidé de financer cela par un système un peu particulier. De la même façon, les malades mentaux ont été isolés des autres et on a formé les grands hôpitaux psychiatriques. Bientôt nous nous sommes retrouvés avec trois réseaux. À un moment donné, la nécessité d'intervenir par la prévention, l'éducation de la population et particulièrement la prévention, a donné lieu à un autre réseau complètement distinct, celui des unités sanitaires. À certains endroits, on voit un réseau particulier qui se développe pour le cancer, dans cette même ligne de pensée ou de cheminement. Par contre, en même temps, au cours des années, avec la diminution du taux de la tuberculose, on a récupéré certains des hôpitaux et on s'aperçoit aujourd'hui que le maintien de ces hôpitaux particuliers répond de moins en moins à un besoin actuel.

Dans le domaine de la psychiatrie, l'approche s'est modifiée au plan thérapeutique, et on a voulu vider ces grands hôpitaux, adopter des formules plus souples. On a formé des services dans les milieux hospitaliers, les hôpitaux généraux. On a développé des formules plus collées aux populations où la personne peut venir pour des consultations, des traitements, etc. Alors, les barrières ont commencé à s'estomper.

Il me semble que les études que nous avons effectuées au sein de la commission — je ne dis pas que c'est la seule formule — ces barrières doivent disparaître d'une part et il ne doit pas y

avoir cinq ou six réseaux de services, selon soit des maladies ou des besoins particuliers, il doit y avoir un réseau de services de santé.

Au lieu de faire les distinctions au plan des catégories de maladies, je crois qu'on doit les faire au plan des besoins. On sait qu'il y a tout un niveau de besoins qui est très courant, qui demande un personnel tout près de la population, qui demande une certaine équipe aussi bien pour la prévention, les traitements courants de la population, qui puisse poursuivre les efforts au plan de la réadaptation par exemple, qui puisse suivre, en fait, l'état de santé de la population de façon générale.

Il y a un autre niveau au-delà, qui demande plus d'équipement, plus de ressources spécialisées, qui pourrait correspondre à nos hôpitaux généraux, et un autre niveau très spécialisé qui correspondrait à nos grands hôpitaux universitaires. A l'intérieur de ces trois niveaux, on peut évidemment retrouver des concentrations plus grandes de services dans certains secteurs, vu des circonstances, seulement le fait que les ressources sont là, mais ça devrait être le principe, il me semble.

Quant au fonctionnement, après ça, des établissements ou leur organisation, celle-ci devrait donc dans toute la mesure du possible, être conçue à partir des mêmes principes et, uniquement dans les cas où il y a des caractéristiques différentes, les structures et le fonctionnement devraient-ils varier. Je pense, par exemple, au domaine de la maladie mentale. Là, on sait qu'à un certain moment, le besoin d'internement devient nécessaire. On sait également que, dans les hôpitaux qui font de l'enseignement, il faut, en plus des structures d'organisation et des modes de financement, prévoir le fait qu'il y a des activités d'enseignement et de recherche.

Mais, en ce qui a trait aux soins, disons à la partie clinique des activités, on devrait retrouver le même modèle et ne plus distinguer par type de maladie. Entre ces niveaux de soins, il devrait également y avoir une coordination, de telle sorte que le patient qui se présente au premier niveau, s'il doit aller à un niveau supérieur de soins, un niveau plus spécialisé, puisse passer de ce niveau-là à un autre et en revenir, et que ça ne soit pas une histoire de propriété de patients, mais qu'il puisse y avoir un continuum entre les niveaux de services. De la sorte la personne, selon l'évolution de son état, sera toujours suivie et le médecin de famille, je crois, retrouvera un rôle beaucoup plus grand que celui qu'il a eu au cours des dernières années, étant, en quelque sorte, isolé des autres réseaux. C'est lui qui va devenir le pivot des soins auprès de la population. C'est lui qui va devenir en quelque sorte la porte d'entrée dans le système et la porte de sortie. Il devrait normalement avoir une certaine responsabilité tout au long du cheminement du patient à l'intérieur du système. Je ne sais pas si ça répond à la question.

M. LAURIN: Oui. En somme, l'accent serait mis sur l'établissement d'un système commun, le plus commun possible, basé sur le modèle dont vous avez parlé et qui suit un peu l'étape de la maladie ou de la non-maladie: prévention, traitements et réadaptation. Les disciplines n'interviendraient que pour la spécificité, à titre de consultant ou à titre de corps aviseur à un moment donné.

M. CASTONGUAY: Ou, en fait, à titre responsable si on est dans une phase où les services requis ont une nature spécialisée.

M. LAURIN: A ce moment-là, est-ce que ça voudrait dire que votre ministère ne reculerait pas même devant la nécessité de briser les grandes institutions psychiatriques, par exemple, que nous possédons actuellement, où le nombre de patients a diminué considérablement au cours des dernières années, de 6,000 par exemple à Saint-Jean-de-Dieu; Saint-Michel Archange est passé à 4,000.

Est-ce que le ministère pourrait scinder complètement ces institutions, de façon à faire des institutions proprement psychiatriques, et à faire d'autres institutions pour les malades qui y sont encore pour des soins de garde, où les soins psychiatriques sont beaucoup moins requis qu'on ne le croirait à première vue?

M. CASTONGUAY: Je pense que tout le monde est d'accord sur le fait que les très grands hôpitaux psychiatriques, ce n'est pas une formule qui doit être retenue. Par contre, lorsqu'on regarde l'évolution des coûts dans ce domaine, on se rend compte que, dans l'espace d'à peu près sept ou huit ans, les budgets sont passés de \$15 millions à \$130 millions. Donc, un accroissement extrêmement rapide. Malgré les progrès qui ont été réalisés d'une part, les besoins ont augmenté, ou ont été identifiés, d'autre part. Alors, malgré l'augmentation rapide, les ressources n'ont pas toujours suffi; et malgré ce désir, je pense, qui était également partagé par le gouvernement précédent, de s'éloigner de cette formule des grands hôpitaux, les succès jusqu'à maintenant ont été quelque peu limités.

Ce n'est pas une innovation, on n'a qu'à penser à la réaffectation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, qui était destiné, originellement, à faire un grand hôpital psychiatrique. Donc, on entend poursuivre dans cette voie, compte tenu des contraintes que je viens de mentionner.

M. LAURIN: Dans un autre domaine, mais qui touche toujours à cette nécessité du rassemblement, de la rationalisation, de la modernisation, est-ce que les études qui se poursuivent au sein du ministère, en ce qui concerne la concordance des diverses mesures législatives, par exemple: loi des hôpitaux, loi des hôpitaux psychiatriques, loi des sanatoriums... Est-ce que

quelque chose est prévu pour qu'on puisse en arriver à une certaine concertation, à une concordance entre toutes ces lois?

M. CASTONGUAY: J'ai demandé qu'un programme législatif soit dressé — si on avait pu terminer l'étude des crédits vers 6 heures hier — c'est pour cela, qu'à un moment donné, je me posais des questions à savoir si on pouvait terminer vers 6 heures — j'avais justement l'intention de revoir les propositions quant au programme législatif. Je vais le faire demain, probablement, avec deux jours de retard, mais, dans ce programme...

M. LAURIN: Vous nous "culpabilisez".

M. CASTONGUAY: Non, mais je veux montrer que c'est une de mes préoccupations dans ce programme: harmoniser, intégrer ces diverses législations. Le fait qu'une loi des hôpitaux ait été adoptée, le fait qu'une réglementation ait été préparée, malgré ces déficiences, la nécessité qu'elle soit améliorée est déjà un grand pas. De même, quant aux institutions de bien-être, il va falloir évidemment avoir une législation analogue parce que dans le domaine du bien-être il n'y a pas de législation qui corresponde à la Loi des hôpitaux. C'est une de mes préoccupations et j'entends y donner suite. Il y a également du travail qui a été fait, en plus de la Loi des hôpitaux, la réglementation: je sais qu'un comité a été mis sur pied pour étudier la réforme de la législation dans le domaine des maladies psychiatriques sous la présidence de M. Raymond. Et, en Ontario, je crois également qu'on a un excellent modèle d'une loi pour le malade mental et non une loi pour l'institution.

Consultation

M. LAURIN: Mais, pour ces divers travaux, M. le Président, est-ce que le ministre prévoit des mécanismes de consultation auprès des spécialistes ou...?

M. CASTONGUAY: Nous avons eu tous les travaux de la commission et tous les mémoires. Nous avons formé des groupes de travail. Il y a beaucoup de travail d'études, de consultations qui a été fait. Il y a des consultations qui se poursuivent par le comité de M. Raymond.

Je sais fort bien qu'à certains moments, il nous faudra aussi des opinions d'experts. Vu la nécessité de procéder et l'existence d'une commission comme celle-ci, il me semble qu'il faudra aussi faire attention pour ne pas trop multiplier les consultations parce que vous savez, comme moi, qu'en ce qui a trait aux hôpitaux universitaires — pour citer un exemple — le fait que les règlements s'appliquent uniformément, peu importe le titre de l'hôpital, crée certaines difficultés qui ont été soulignées.

Il y a aussi un besoin de procéder avec une

certaine rapidité, quitte éventuellement à modifier de nouveau. Nous sommes dans un domaine où il ne faut pas adopter une attitude trop rigide et ne pas considérer qu'un geste posé est nécessairement le dernier.

Programme législatif

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, j'avais justement inscrit comme question suivante: la législation; j'en conclus que mon agencement des questions était rationnel puisque le député de Bourget, presque automatiquement, est entraîné sur la question suivante, dans ses remarques. Au sujet du programme législatif, étant donné que nous avons commencé à discuter cette question, je voudrais aller un peu plus loin et demander au ministre — évidemment je suis au courant de la législation sur laquelle le ministère travaillait: il y avait la loi des chiropraticiens, la loi des ostéopathes, la loi médicale, la loi sur la pollution de l'air, le ministre a parlé du comité présidé par M. Raymond sur la loi qui concerne particulièrement le domaine mental — s'il pourrait nous dire, à propos du programme législatif qu'il doit réviser, quelles sont ses intentions? Est-ce que toutes ces législations pourraient être apportées à la prochaine session?

M. CASTONGUAY: Je ne veux pas éviter la question en me rabattant sur le fait que normalement c'est au gouvernement à annoncer la législation à venir; c'est pourquoi je ne voudrais pas que vous m'en teniez à des exigences trop rigides, des détails trop précis quant à des dates, quant à quelle session, ou quant à quelles lois...

Je peux dire que les travaux qui ont été faits au ministère ou qui ont été proposés, par exemple, en ce qui regarde la loi médicale et la loi de la chiropraxie, je crois que cela correspond à des besoins. Ce sont deux lois qui doivent être modifiées, c'est-à-dire une, qui doit être modifiée, dans le cas de la loi médicale — je pense que tout le monde est passablement d'accord — mais dans le cas de la loi de la chiropraxie, il me semble que c'est le destin de ce projet de loi de mourir avec les gouvernements. Alors, pour ne pas que cela nous arrive, nous essaierons de le présenter un peu plus vite.

En ce qui concerne la pollution, c'est un projet que j'aurais aimé pouvoir présenter au cours de la présente session.

Etant donné le fait que le gouvernement n'a été formé qu'il y a deux mois et que nous ne voulons pas nous engager dans un programme législatif élaboré — d'ailleurs, on le voit par le programme qui a été présenté sauf, en ce qui a trait à l'assurance-maladie, le budget, de façon générale — les autres lois présentaient un caractère de très grande urgence ou encore, étaient nécessaires pour permettre un bon fonctionnement des organismes gouvernementaux ou d'au-

tres organismes ou pour solutionner des problèmes tout à fait particuliers. Cette législation sur la pollution est évidemment nécessaire. Quant au détail, quant au contenu, je pense qu'il va nous falloir le réviser, l'analyser. Si le tout est à point il sera présenté tel qu'il a été préparé. De quel autre projet avez-vous parlé?

M. CLOUTIER (Montmagny): Des ostéopathes.

M. CASTONGUAY: En ce qui a trait aux ostéopathes, lorsque nous avons publié le premier rapport de la commission, nous avions émis le voeu qu'ils soient intégrés au Collège des médecins et des chirurgiens, pour ne pas créer une nouvelle classe. À ce moment-là, tous semblaient d'accord et il me semble encore que, s'il était possible d'intégrer ce groupe au Collège des médecins, ce serait une solution préférable à celle de passer une loi particulière pour eux.

Quant aux autres législations à venir, elles vont être conditionnées par deux choses: le progrès réalisé ou à réaliser dans les réformes ou des modifications, les réorientations dont on a discuté, et aussi, face à certains besoins particuliers, vous avez abordé la question des corporations. Je pense que dans d'autres cas, on n'a qu'à lire le rapport de la commission pour voir qu'il n'y a pas que la loi médicale et la loi de la chiropraxie qui nécessitent d'être retouchées mais également, d'autres lois corporatives. Dans le domaine de l'hygiène, il y a également nécessité de réviser cette loi de l'hygiène, même si c'est une entreprise assez considérable. Alors quand pourrions-nous le faire exactement? Je ne veux pas me lier à un calendrier qui comporterait un engagement.

M. CLOUTIER (Montmagny): Non, ce n'est pas pour avoir une date précise. Les explications du ministre nous indiquent que le menu législatif de la prochaine session pourrait contenir des lois importantes concernant le domaine de la santé et en plus, des lois que le ministre a énumérées. Il pourrait y avoir aussi d'autres législations découlant de la production du rapport de la commission d'enquête. Je suis content du fait que le ministre ait souligné aussi, le côté Bien-être. On a oublié de le mentionner hier, mais cette absence de loi concernant les institutions et déjà, je crois bien que dans le travail préparatoire à la présentation en Chambre, de cette loi, on avait escompté beaucoup sur les travaux de la mission d'enquête qui faisait le tour des institutions pour constater les déficiences et faire un rapport au gouvernement sur toutes les institutions dans le secteur privé. C'est une législation importante et urgente parce qu'il y a absence de législation dans ce secteur.

Le ministre dans des réflexions antérieures, lors de l'étude de l'assurance-maladie, a mentionné, et il l'a mentionné aussi hier durant

l'étude des crédits du ministère de la Famille, qu'il y aurait peut-être une loi concernant le conseil supérieur de la santé. Il y avait aussi du côté de la famille une loi concernant le conseil supérieur de la famille et éventuellement la création d'un conseil supérieur du côté du bien-être. Alors ce sont des législations qui pourraient venir s'ajouter aux législations déjà annoncées et déjà en cours de préparation.

M. LAURIN: Avant que nous quittions ce domaine, est-ce que le ministre de la Santé pourrait nous donner sa première impression sur la recommandation du conseil des universités qui préconise la création d'une commission gouvernementale qui enlèverait au Collège des médecins l'autorité qu'il a actuellement sur l'admission aux études en médecine et les programmes d'étude, pour ne laisser au Collège des médecins que la surveillance de l'acte médical et l'exercice de la médecine selon des normes conformes au code d'éthique?

M. CASTONGUAY: Tout ce que je peux dire à ce stade-ci, étant donné que la politique du gouvernement n'a pas été adoptée dans ce domaine, c'est qu'il y a une similarité frappante entre cette recommandation et notre rapport.

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

M. QUENNEVILLE: Je pense qu'il faut quand même ajouter une chose, c'est que le rôle du Collège des médecins n'était pas qu'un rôle disciplinaire ou un rôle de contrôle sur l'acte médical, je pense que c'était plus que ça, et je vois mal comment cela pourrait être remplacé.

Dépenses des hôpitaux

M. LAURIN: C'était juste une expression spontanée d'opinion. Pendant les derniers mois, un rapport a paru sur l'assurance-hospitalisation. Il a fait état du coût croissant des dépenses des hôpitaux. On y comparait même l'accroissement du coût du per diem des hôpitaux québécois et le per diem des hôpitaux d'autres provinces. Il y a beaucoup d'interprétations qui ont été données à ce rapport. Je me demandais si le ministre pouvait nous résumer un peu la conclusion à laquelle il en est venu lui-même sur cet accroissement et, s'il y a lieu, sur les mesures qu'il faudra adopter pour diminuer l'augmentation rapide de ce per diem, afin que les fonds québécois soient employés à bon escient.

M. CASTONGUAY: Comme le député de Montmagny l'a souligné ce matin, un comité fédéral-provincial sur le coût des services de santé a été formé il y a une couple d'années, si ma mémoire est fidèle; des sous-comités ont été formés, chacun de ces sous-comités a fait

rapport, cela a été intégré dans des rapports. Je pense que l'on retrouve quelque chose comme 350 recommandations visant, dans l'ensemble, le même objectif, celui du contrôle des coûts, tout en maintenant une qualité de soins acceptable. Evidemment, je pense qu'il est difficile de faire ici, cet après-midi, le tour de la question encore une fois.

Je vais vous indiquer toutefois ce qui m'apparaît comme étant des éléments importants de solution dans ce domaine. Premièrement, on a parlé des ressources, du développement des ressources dans le passé et également des distorsions qui ont pu résulter de l'application de la loi de l'assurance-hospitalisation ou des mécanismes de financement.

Alors, tout ceci pour dire que, dans nos hôpitaux, il semble y avoir une concentration beaucoup trop grande de lits pour traitement actif, par rapport aux lits pour traitement de malades chroniques, pour convalescents, pour malades ambulants. Dans ce sens, une meilleure planification des ressources, de telle sorte que les patients puissent être hospitalisés dans le niveau de ressources requis, va apporter un certain rajustement dans la croissance des coûts. On sait fort bien que le coût d'opération d'un hôpital pour malades chroniques est beaucoup moins élevé que le coût d'opération d'un hôpital général. C'est là un premier effet qui peut résulter d'une meilleure planification des ressources.

Deuxièmement, on a adopté un processus budgétaire qui, dans ses grandes lignes, et encore là dans une large mesure peut-être, a été développé pour répondre aux exigences de la loi de l'assurance-hospitalisation, n'encourage pas suffisamment l'efficacité et le rendement, à mon avis. Ce processus, en fait, oblige bien souvent des gens à demeurer à l'hôpital alors qu'ils pourraient en sortir.

Il oblige des hospitalisations, ou prolonge des hospitalisations, qui pourraient être écourtées. Par exemple, on entend souvent dire que les gens entrent à l'hôpital le vendredi et que leurs traitements ne commencent que le lundi après-midi, ou le lundi matin, et, assez souvent, les sorties de l'hôpital semblent se produire le vendredi. J'en ai fait l'expérience avec ma femme. Elle est toujours entrée le vendredi et elle est toujours sortie le vendredi, pour ses accouchements ou autres... C'est vrai, elle rentrait un peu plus vite que cela, parfois...

M. QUENNEVILLE: Pour les accouchements aussi.

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre a le contrôle complet de la santé.

M. CASTONGUAY: J'exagère un peu. Je pense à sa dernière hospitalisation pour autre chose... Mais, c'est une remarque qu'on entend souvent. J'ai déjà pris d'ailleurs une couple de

gages à ce sujet avec des gens. J'ai toujours gagné, en leur disant: Vous allez sortir le vendredi.

C'est un indice, à mon avis, du fait que le système budgétaire oblige, pour que l'hôpital ait des ressources suffisantes, que les lits soient maintenus occupés. C'est pourquoi, en plus du fait qu'il n'y ait pas un bon équilibre dans les ressources, on retrouve des gens qui normalement n'auraient pas besoin d'être hospitalisés aussi longtemps dans les lits d'hôpitaux, ce qui entraîne des coûts.

Je crois qu'il y a des mesures à prendre pour modifier le processus budgétaire sur ce plan et aussi encourager davantage l'efficacité. Dans les visites que la commission d'enquête a faites, on nous a dit souvent: Si nous sommes en mesure de hausser notre budget, pas nécessairement pour donner plus de services, cela nous donne un peu plus de marge et là, si, à un moment donné, le gouvernement coupe les budgets, on finit à un point qui nous permet de fonctionner.

Il y a une révision à faire des processus budgétaires, à mon avis, et encore là, je ne veux pas donner l'impression que j'accuse qui que ce soit, parce que, justement je crois que la Loi de l'assurance hospitalisation a contribué fortement — la loi fédérale et la loi provinciale — à introduire ce genre de processus budgétaire. C'en est un deuxième.

Quelques autres phénomènes, aussi, méritent d'être signalés qui peuvent avoir un effet sur les coûts: au point de vue de l'utilisation de l'équipement. Avec une meilleure planification des ressources, je crois qu'il va en découler une meilleure planification de l'équipement et de son utilisation. On sait que cet équipement n'est pas seulement dispendieux, en soi, mais demande un personnel technique qu'il faut payer et qui est très dispendieux étant, par définition, du personnel spécialisé. Il y a aussi au point de vue de la répartition de la demande dans les hôpitaux. Je crois qu'il y aurait beaucoup de progrès à effectuer. Assez souvent les services dans les hôpitaux s'y rendent le matin, il doit y avoir un personnel pour répondre à une demande qui se manifeste d'une façon assez aiguë, pendant une période assez restreinte de la journée. Pendant le reste de la journée, ce personnel n'est pas tellement utilisé. C'est un personnel qui correspond à une demande de pointe et qui pourrait peut-être être réduit ou maintenu à ces mêmes niveaux si la demande était mieux répartie.

il y a également le fait — je pense que cela a été révélé par l'enquête dont vous avez parlé — que le personnel, au plus bas niveau de spécialisation, est en nombre plus grand que dans les hôpitaux dans d'autres provinces. Je pense qu'il va y avoir une nécessité d'établir des normes plus rigides de personnel à ces niveaux. C'était une des différences que l'on constatait qui étaient les plus marquées. A mesure que l'on

descendait dans les qualifications du personnel, le personnel étant en plus grand nombre, il n'ajoutait pas tellement au rendement des hôpitaux. Je crois qu'il y a un endroit où on peut rechercher une meilleure efficacité.

Il y a aussi des secteurs, comme celui des achats. Je pense que tout le monde est d'accord sur le fait qu'une politique des achats, permettant des regroupements, va apporter des économies. On a discuté, la semaine dernière, la question des médicaments, par exemple. Il y a des progrès à réaliser dans ce domaine-là et, par ricochet, je pense qu'une telle politique des achats va pouvoir aussi diriger peut-être une certaine partie de notre pouvoir d'achat vers nos producteurs locaux.

M. LAURIN: Et éliminer le patronage aussi.

M. CASTONGUAY: Ah bien là! C'est une constante des gouvernements libéraux.

M. CLOUTIER (Montmagny): Si le ministre permet, dans les constantes, il y a de l'intensité aussi. La constante n'exclut pas le critère d'efficacité ou d'intensité.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Est-ce que les membres sont prêts à commencer...

Coûts comparatifs

M. CLOUTIER (Montmagny): Le député de Bourget a soulevé une question extrêmement importante à laquelle je voulais toucher. Il en a été question à maintes reprises, surtout au cours des derniers mois et je crois qu'il est assez difficile de porter un jugement global sur des comparaisons entre le fonctionnement d'un régime, dans une province et dans l'autre. Il y a tout de même des points de repaire que le ministre a soulignés et qui sont exacts. On fonctionne à partir des lois actuelles, on fonctionne avec des conventions collectives, on fonctionne avec un système qui a été établi au cours des années. Le ministre a expliqué ce matin, de quelle façon, se faisait il y a bien des années, l'implantation des ressources sans coordination, selon les besoins locaux et évidemment, on peut faire les mêmes constatations pour l'équipement. Ce sont des facteurs qui tous ont contribué à la hausse rapide des coûts d'hospitalisation.

Mais quand on compare le coût des services ici, dans le Québec, avec celui de l'Ontario, durant cette période de cinq ans, il faut se rappeler que dans le Québec, nous avons eu des difficultés particulières, à cause des grèves. La grève du secteur hospitalier en 1966, alors que nos hôpitaux n'ont pas fonctionné pendant quelques semaines et même davantage. Avant que les effets de ces conflits soient complètement éliminés, cela prend un certain temps. En 1967, vous vous souvenez du conflit des radio-

logistes qui a immobilisé partiellement et même dans certains cas, complètement des hôpitaux, étant donné que c'était un secteur clé du fonctionnement des hôpitaux. Ce sont des facteurs, et on pourrait ajouter aussi, cela a été mentionné dans les rapports d'études des coûts, la durée de séjour peut-être plus courte, de sorte que le traitement étant plus intensif, peut-être que par jour d'hospitalisation, le coût du traitement est plus élevé. Il faudrait comparer aussi le type d'institutions, ce qui est inclus dans les statistiques fédérales. Est-ce que ce sont les mêmes institutions? Est-ce qu'on inclut aux deux endroits, dans les deux provinces, le même type d'institutions comme les chroniques, les convalescents. De toute façon, le ministre a souligné des points importants au sujet des hôpitaux qui sont autonomes, et je voudrais qu'on en fasse une discussion un peu plus élaborée sur le degré d'autonomie des hôpitaux. Les problèmes que cela crée en pratique, avec le ministère de la Santé qui, forcément, doit avoir des contrôles budgétaires, doit laisser une certaine marge d'autonomie mais ne peut pas non plus déléguer complètement ses pouvoirs. On fonctionne en vertu d'une loi des hôpitaux actuels. Les règlements des hôpitaux ont dû tenir compte de la loi actuelle. Ce ne sont peut-être pas les meilleurs règlements des hôpitaux, même s'ils ont demandé énormément de travail. Le député de Dubuc, pendant quatre ans, en a fait une priorité. Il a consacré beaucoup de son temps à la préparation des règlements des hôpitaux mais on comprend que cela devait suivre la loi actuelle des hôpitaux et non pas s'ajuster sur une loi future des hôpitaux. Toutes ces mesures, les études additionnelles qui ont été faites, les contrôles budgétaires du service de l'assurance-hospitalisation, l'acceptation aujourd'hui plus répandue dans le milieu des hôpitaux sur la coordination, sur le regroupement, sur la planification, tout cela aide à abaisser les coûts de l'assurance-hospitalisation. Si bien qu'en 1969, toutes ces mesures, y compris les facilités de diagnostic qui ont été étendues en prolongeant le régime de l'assurance-maladie en 1967, quand certains services ont été couverts par l'assurance-hospitalisation en clinique externe, le développement du réseau des soins à domicile, l'implantation de d'autres gammes de ressources pour les malades chroniques et les convalescents, les soins ambulants, tout cela a contribué à ralentir un peu la hausse du coût de l'assurance-hospitalisation. Si bien qu'en 1969 on peut dire — et c'est prouvé par des statistiques — que nos coûts peuvent se comparer beaucoup mieux avec ceux des autres provinces et notamment en Ontario.

Je voudrais que le ministre confirme qu'en 1970 les prévisions initiales étaient faites à partir du premier budget qui avait été déposé. Je comprends que la deuxième version du budget comporte des ajustements importants

tels que la rétroactivité pour les cadres supérieurs et les corps intermédiaires, à la suite de l'application des conventions collectives. Evidemment, ça corrige les statistiques initiales qui avaient été préparées et elles doivent être corrigées. Mais je voudrais que le ministre, s'il a des statistiques à ce moment-ci, ou s'il a des chiffres, nous dise comment on peut comparer les prévisions de 1970 par rapport à la moyenne canadienne ou par rapport à l'Ontario, s'il peut nous donner ces chiffres, même si, à partir d'une discussion générale, on est entré dans un point un peu plus précis. De toute façon, nous n'aurons pas à y revenir.

M. CASTONGUAY: Sur ça, je vais demander à M. Marcoux, avec votre permission, de nous dire s'il a de telles comparaisons ou encore s'il a fait certaines estimations et s'il pourrait nous les donner.

M. MARCOUX: M. le Président, je dois dire, comme on l'a mentionné tout à l'heure, que les coûts de l'assurance-hospitalisation étaient en partie supérieurs à ceux de l'Ontario pour les années 1966, 1967 et également 1968, mais que cet écart a eu une tendance à diminuer. En 1970, les prévisions actuelles sont basées sur un coût per capita, disons, de \$95 pour l'Ontario comparativement à \$91.50, je crois, pour le Québec. Nous voyons que les comparaisons, en prenant comme base les coûts per capita, sont beaucoup plus justes que si l'on compare les coûts comme on l'a mentionné déjà: la durée de séjour, les catégories de services fournis par les différents hôpitaux et qui peuvent affecter évidemment les coûts par jour d'hospitalisation, entre autres la durée du séjour. Si vous avez dans un hôpital une réduction de la durée moyenne de séjour de 12 à 10 jours, il est évident que votre coût par jour d'hospitalisation va augmenter, mais le coût total de l'hospitalisation va baisser.

M. CASTONGUAY: M. Marcoux, vous n'êtes pas obligé de commenter ceci, mais est-ce qu'on peut dire que ce changement rapide est dû au changement de gouvernement?

UNE VOIX: Sans commentaire.

M. CLOUTIER (Montmagny): Ce que nous demandons au ministre, c'est que les prévisions initiales faites il y a quelques mois se vérifient en pratique. Tout le monde au Québec, je pense bien, serait très heureux si en conservant la qualité des soins, les services fournis par notre réseau hospitalier pouvaient se comparer avantageusement avec ceux des autres provinces. Je pense que c'est là l'objectif que tout le monde désire atteindre et je pense que les études très sérieuses qui ont été faites par des comités conjoints au niveau fédéral-provincial vont y contribuer. Il me fait plaisir de mentionner que

M. Marcoux, qui vient de prendre la parole, est un de ceux qui ont participé à ces études et qu'il y a apporté une contribution de plus positives. D'ailleurs, l'équipe de fonctionnaires du ministère de la Santé du Québec a apporté une contribution très importante à ces travaux. Des suggestions extrêmement importantes ont été faites, ont été proposées à ces comités d'étude sur les coûts. Le ministre a fait allusion tantôt à 350 recommandations qui ont résulté de ces travaux. Evidemment, il y a eu aussi, à la suite de ça, des rencontres au niveau des fonctionnaires. Je n'ai pas les derniers rapports sur ces travaux, mais j'ai vu le début des études qui ont été faites et les rapports faits sur les premières rencontres qui ont eu lieu au niveau des fonctionnaires. Je dois dire que ça permet d'espérer que ça va déboucher sur des conclusions pratiques extrêmement intéressantes.

Sur ce sujet, je ne sais pas si le député de Bourget a quelque chose à dire...

Problème des urgences

M. LAURIN: Oui, c'est un peu un appendice de ce sujet-là sur lequel j'aimerais attirer l'attention de la commission, le problème des urgences. A quelques reprises, des efforts ont été faits, surtout au niveau municipal à Montréal, pour régler le problème des urgences médicales et également psychiatriques, mais sans résultat, parce qu'il s'est avéré impossible de coordonner d'une façon efficace l'effort de toutes les institutions et des administrations concernées. Nous entendons encore assez souvent dans la région métropolitaine assez de plaintes en ce qui concerne les urgences: des malades disent qu'ils ont été trop longtemps sur le lieu de l'accident, qu'ils n'ont pas pu se procurer des soins assez tôt. Je me demande si l'attention du ministère de la Santé va se diriger vers ce problème des urgences, tous les aspects du problème, qui sont très complexes, je le reconnais, parce que les cliniques externes de nos hôpitaux ne sont pas toujours en état de fournir les soins.

Il y a des problèmes de rotation de personnel, des problèmes de garde médicale, d'effectifs médicaux; il y a des problèmes également d'autonomie hospitalière, qui sont peut-être les plus importants à régler. Mais, il reste que, durant tout ce temps-là, pendant qu'on ne règle pas les problèmes, il y a des accidents malheureux qui arrivent et, il y a aussi un état d'impatience et un état d'irritation au sein de la population qui se perpétue et qui peut augmenter. Je me demande si ce n'est pas là une des priorités à laquelle doit s'attaquer le ministère.

M. CASTONGUAY: Je reconnais que c'est un problème extrêmement important. Toutes les dimensions que vous en avez données, ou tous les éléments qui contribuent à rendre ce problème complexe, sont des éléments réels,

exacts. On pourrait aussi ajouter l'absence, dans la plupart des régions, d'un système de transport des patients. A ce sujet, je crois que l'exemple de ce qui a été fait en Ontario, peut nous être utile. C'est un problème, évidemment, et ce n'est pas un problème qui peut être réglé par une seule mesure, étant donné, justement, les nombreux éléments qui interviennent.

Je crois que, dans un effort de régionalisation, d'attribution de fonctions plus précises aux diverses institutions, il y a là un élément majeur de solution. Il y a évidemment le problème du transport — je viens de le mentionner — mais je pense que, dans un effort de régionalisation, il va falloir attribuer clairement des responsabilités. Lorsque vous dites que ce problème est compliqué par un problème d'autonomie, je comprends qu'il peut y avoir un certain isolement des institutions, mais il y a aussi, à partir de ce maintien du caractère autonome des institutions, le fait que, bien souvent, les fonctions, leurs responsabilités vis-à-vis des communautés locales, sont mal identifiées.

Je crois que la planification, la régionalisation, ou mieux, la planification et l'attribution de responsabilités claires, est l'élément majeur de solution à ce problème.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le ministre a mentionné, à plusieurs reprises, ainsi que des membres de la commission, l'autonomie des hôpitaux, le degré d'autonomie des hôpitaux. A ce sujet, il y a des avantages, il y a des inconvénients. Est-ce que le ministre pourrait nous dire quelle est véritablement sa philosophie quant à ce degré d'autonomie des hôpitaux, jusqu'où est-il prêt à leur laisser des responsabilités, quand est-il disposé à intervenir, en tenant compte de la situation actuelle, des mécanismes qui existent actuellement, de la délégation de pouvoirs? Est-ce que le ministre pourrait élaborer un peu sur la collaboration qu'il entend continuer entre son ministère et les hôpitaux, mais en tenant compte aussi des contraintes, des contrôles que le ministère de la Santé doit exercer à l'endroit des institutions?

M. CASTONGUAY: Il y a deux éléments dans cette question. Il y a la composante des soins eux-mêmes. Je ne crois pas que ce soit à cette question-là que vous touchez présentement, c'est plutôt l'autonomie face aux opérations, le financement des hôpitaux ou l'administration des services qui permettent, en définitive, que les soins soient attribués. C'est plutôt cette dimension-là.

M. LAURIN: C'est cela.

M. CASTONGUAY: Il me semble, en premier lieu, que l'on doit laisser aux institutions un certain caractère d'autonomie. Mais en même temps, modifier encore une fois un peu

plus le statut des corporations, la composition des corporations. Les corporations, ou plutôt, les conseils d'administration, dans bien des cas, ne me semblent pas être suffisamment reliés à toutes les parties intéressées, par exemple, la population, en premier lieu.

Les institutions sont là pour rendre service à la population et la voix de la population, dans les corporations, est souvent assez faible. Je comprends que l'administration d'un hôpital est une chose assez complexe, mais il n'en demeure pas moins que la façon dont les services sont donnés doit s'adapter aux besoins de la population, si la population a une voix plus directe au chapitre.

La composition des conseils d'administration, la nomination des membres devra faire l'objet de modifications.

Deuxièmement, lorsqu'on prend le portrait de tous les hôpitaux, il me semble évident qu'un certain nombre d'hôpitaux sont administrés d'une façon très efficace, tandis que d'autres sont administrés d'une façon inefficace. Je crois que l'attitude à prendre vis-à-vis de l'établissement de contrôle ou le maintien du contrôle doit justement se distinguer entre ces deux types d'administration. Que ce soit dans les affaires ou dans les services publics, une administration efficace requiert que des décisions soient prises le plus près possible de l'action ou des gestes des mesures, qui doivent être posés. Et pour les administrations hospitalières qui sont efficaces, on devrait tendre à leur laisser autant d'autonomie que possible afin que leur imagination, leur capacité de bien gérer, puissent s'exercer de la façon la plus complète possible, et donner des encouragements à cette gestion efficace. Quant aux administrations qui sont les moins efficaces, on peut les déterminer, on peut faire la différence entre les deux, par des comparaisons. Je comprends qu'il n'est pas possible de comparer d'une façon radicale deux hôpitaux. La plupart du temps, chaque institution a des caractéristiques un peu différentes, mais malgré tout, il est possible d'établir certaines comparaisons. Ainsi, pour les administrations qui sont les moins efficaces, le ministère a la responsabilité d'intervenir, étant donné que ces institutions dépensent les fonds publics. Au besoin, cette intervention pourrait aller jusqu'à la délégation d'un contrôleur et même d'un administrateur.

Je crois qu'il n'est pas possible d'adopter une règle pour tous les hôpitaux, mais les moyens pris devraient toujours tendre à donner le plus de pouvoir de gestion possible aux administrations les plus efficaces. De plus et pour toutes ces administrations, on sait que nous sommes dans un domaine où de nouvelles techniques, de nouvelles méthodes se développent constamment. L'expérience, ce que j'ai vu, indique que lorsque certaines corporations hospitalières ont fait faire des études pour améliorer leur administration, la plupart du temps, cela a été fait de

façon isolée. Il me semble qu'on devrait pousser davantage le développement des services de consultation et de normes qui pourraient aider les hôpitaux davantage.

Lorsque je suis allé en Ontario, j'avais été bien impressionné par le service de consultants et de normes mises sur pied par la commission des hôpitaux de l'Ontario qui visitent constamment ces hôpitaux et qui essaient par leurs conseils, leur expérience, d'améliorer le fonctionnement.

Je préfère cette formule à l'engagement de consultants par les hôpitaux pour des cas bien spécifiques, étant donné que bien souvent, les consultants interviennent, analysent le problème, mais ils ne le voient pas dans l'ensemble du système et le fruit de leur travail ne bénéficie bien souvent qu'à l'hôpital dans lequel le travail a été fait. Ce service de consultation, d'aide technique devrait être développé et mis à la disposition des institutions dans toute la mesure du possible.

Cela se dit facilement, mais en pratique, je sais qu'il y a des problèmes assez difficiles; il y a des contraintes budgétaires, il y a aussi le fait que, dans certains cas, les institutions hospitalières peuvent avoir les choses assez différemment, dans leur administration. Elles sont peut-être un peu trop jalouses de leur autonomie. Mais vous m'avez posé la question au plan de l'approche générale ou de la philosophie, alors, c'est pourquoi la réponse peut paraître un peu idéaliste, mais au moins c'est celle qui me guidera.

Administration hospitalière

M. CLOUTIER (Montmagny): Merci, M. le Président. Je voudrais aller un peu plus loin. Le ministre parle d'élargir la base de la représentation au sein des corporations.

Je crois bien qu'en principe ce serait une excellente chose parce que ce sont des institutions publiques qui concernent toute la population au même titre que les institutions qui s'occupent d'éducation ou qui s'occupent de bien-être. La sensibilisation des gens du milieu à l'administration de ces institutions est importante.

Est-ce que, dans ce processus de régionalisation des hôpitaux, des membres pourraient siéger à la corporation de l'hôpital régional, qui est l'hôpital chef de la région, et en même temps à la corporation des petits hôpitaux satellites? Un ou deux de ces administrateurs pourraient se retrouver à la fois aux deux niveaux d'administration, afin d'assurer une meilleure coordination. On pourrait étendre le principe au domaine médical aussi, où la même coordination ou la même intégration pourrait se faire. Est-ce que le ministre pense en pratique arriver à cette amélioration?

M. CASTONGUAY: Bien, on a parlé tantôt

de la nécessité d'assurer un certain continuum dans le processus de traitements. Alors, pour que ce continuum, que ces mécanismes fonctionnent réellement, il va falloir qu'il y ait des liens fonctionnels entre les institutions aux divers niveaux. Les formules que vous mentionnez sont des possibilités; il y a d'autres possibilités également. Mais, en principe, je suis d'accord avec vous qu'il va falloir des liens fonctionnels qui peuvent s'établir à divers plans.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce qu'il y aurait aussi des exigences de base pour être administrateur au sein de la corporation, non pas comme fonctionnaire à temps plein de l'hôpital, mais administrateur d'une corporation hospitalière?

M. CASTONGUAY: Je m'excuse mais...

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre a dit tantôt que les administrations hospitalières n'avaient pas toutes la même qualité. Il y a des hôpitaux qui sont administrés efficacement, mais il y a d'autres hôpitaux qui sont administrés de façon inefficace. On comprendra, sans pointer aucune région en particulier et sans faire de discrimination aucune, que, dans des régions éloignées, le bassin de la population étant moins considérable, le recrutement d'excellents membres de corporations d'hôpitaux est plus difficile. Il est plus difficile de recruter de bons administrateurs d'hôpitaux dans une région éloignée du Québec qu'à Montréal ou à Québec où on peut faire appel à des gens d'expérience, des gens d'affaires, des gens qui siègent déjà à d'autres corporations et qui sont continuellement engagés dans le processus des affaires. Evidemment j'ai mentionné tantôt cette possibilité que des membres des conseils d'administration siègent sur un conseil et siègent aussi sur le conseil des hôpitaux satellites. Mais on n'a jamais exigé, au sein de nos corporations publiques, celles de la santé, du bien-être ou celles des autres secteurs, aucune qualification de base, aucun minimum scolaire ou aucune qualification spéciale pour siéger au sein de ces conseils d'administration qui tout de même administrent des fonds importants du Québec. Est-ce que cette réforme des corporations hospitalières pourrait aller jusqu'à exiger des membres de la corporation un certain minimum d'instruction ou une expérience des affaires?

M. CASTONGUAY: Bien, je ne crois pas. Il me semble premièrement, que les corporations doivent être constituées de gens intéressés au développement des services communautaires et que, par un processus démocratique, ces gens élisent ensuite un conseil. On peut, dans la loi ou dans la réglementation, fixer certaines limites de telle sorte qu'on s'assure qu'il y a une représentation de tous les secteurs intéressés,

mais je ne crois pas qu'on doive aller jusqu'à fixer des normes. Je crois qu'un des problèmes, ici encore, vient de raisons historiques; dans la plupart des cas, nos hôpitaux étaient anciennement administrés par des communautés religieuses.

Cette tradition de participation aux corporations, que ce soit dans le domaine de l'enseignement, de la santé, est encore relativement récente chez nous. Pour améliorer la qualité de ces administrations, je pense qu'il y a un effort d'éducation à faire. A mesure que les gens réalisent de plus en plus que ces services sont leur affaire, la qualité va aller en s'améliorant.

Mais je ne crois pas, à prime abord, que l'on devrait établir des normes.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je suis satisfait, M. le Président, de la réponse du ministre. La question s'est posée, j'ai eu à y réfléchir à certains moments, et je me suis dit qu'il fallait ouvrir la porte à toutes les disponibilités, permettre à tous ceux qui sont sensibilisés au bien public et qui veulent démontrer leur intérêt civique de faire partie de ces corporations. S'ils n'apportent pas suffisamment de qualifications scolaires, par contre, ils peuvent apporter d'autres compensations, comme l'expérience, le bon jugement, le non-engagement direct, le non-parti pris pour une partie ou pour l'autre, à l'intérieur de l'hôpital. Le ministre a raison là-dessus de laisser la porte ouverte à toutes les possibilités en ce qui concerne l'administration des corporations hospitalières.

Toujours sur le même sujet, en parlant d'autonomie, on sait que les hôpitaux sont regroupés dans leur association des hôpitaux publics, qui rencontre le ministère, les officiers du ministère régulièrement. Je crois qu'il y a une rencontre mensuelle avec les fonctionnaires du ministère, surtout avec ceux de l'assurance-hospitalisation. De ces rencontres, découlent des effets très bénéfiques, parce qu'on peut plus facilement coordonner l'action et faire aussi de la prévention.

L'Association des hôpitaux

M. CLOUTIER (Montmagny): L'Association des hôpitaux présente annuellement au ministre de la Santé et aux fonctionnaires du ministère le budget. Dans ce budget, on demande la permission de prélever des fonds pour chacune des institutions, par lit, pour développer certains services au sein de l'association, pour poursuivre certaines études, mettre en marche certains programmes. Est-ce que le ministre a eu l'occasion, déjà, au cours des quelques semaines, de venir en contact avec l'Association des hôpitaux et d'établir, d'une part comme de l'autre, des mécanismes, de poursuivre le dialogue déjà engagé, et d'établir les relations qui existeront entre le ministère de la Santé et l'Association des hôpitaux?

M. CASTONGUAY: Je crois que le maintien de bonnes relations avec l'Association des hôpitaux est essentiel au bon fonctionnement et au développement des services de santé au Québec. Malgré le peu de temps que nous ayons eu entre la formation du gouvernement et le début des travaux de l'Assemblée et le peu de personnes, par conséquent, que j'aie eu le temps de rencontrer, j'ai déjà rencontré, au cours de cette période, le président de l'Association des hôpitaux. J'ai eu un long entretien avec lui. Le nouveau sous-ministre a rencontré également le président de cette association à plus d'une reprise. Au sujet d'une couple de problèmes qui ont surgi, nous avons consulté la direction de l'Association des hôpitaux. De même, M. Marcoux m'a fait rapport sur les mécanismes de consultation qui existent. A mon avis, ces consultations et discussions doivent se poursuivre.

C'est donc une politique déjà établie qu'il m'apparaît nécessaire de poursuivre.

M. CLOUTIER (Montmagny): Il y a un autre point sur lequel je veux insister, toujours sur ce problème-là. L'Association des hôpitaux — son bureau de direction du moins — a confié des tâches particulières, en ce qui concerne l'étude du problème de la régionalisation des hôpitaux. Effectivement, je pense qu'ils préparaient leur propre carte de régionalisation des hôpitaux. Il y a aussi un point très important qu'on a touché tout à l'heure, celui du regroupement des achats et de certains dossiers particuliers sur l'uniformisation des méthodes, l'uniformisation de la comptabilité, l'uniformisation de certains services à l'intérieur des hôpitaux.

Toutes ces choses doivent, en définitive, contribuer à rationaliser ce secteur et à y apporter plus d'efficacité. Là se pose un problème plus délicat. Jusqu'à quel point l'Association des hôpitaux doit-elle poursuivre, non pas unilatéralement — parce que le gouvernement, le ministère de la Santé peut certainement intervenir pour favoriser le développement harmonieux de la régionalisation des hôpitaux — le regroupement des achats? L'Association des hôpitaux a même confié à ses membres cette responsabilité de travailler dans ce secteur du regroupement des achats.

Est-ce que le ministre veut aller un peu plus loin que les travaux que fait actuellement ce service spécial de l'association ou prendre des initiatives qui vont accélérer ce mouvement de regroupement des achats? Parce qu'il y a certains hôpitaux qui ont encore une certaine réticence à joindre ce mouvement, pour toutes sortes de considérations sur lesquelles on n'a pas besoin d'insister. Mais il reste que, dans certaines régions du Québec, il est facile pour les hôpitaux de se regrouper et de pratiquer une politique d'achat. La régionalisation sera alors plus facile. Si cette opération ne se déroule pas

assez vite, est-ce que le ministre a l'intention d'intervenir, non pas de façon draconienne, mais par certaines mesures ou certains moyens qui vont hâter le processus?

M. CASTONGUAY: Je crois que la responsabilité première du ministère, comme vous l'avez mentionné ce matin, c'est de bien planifier ce qui doit être planifié, prendre les mesures qui sont nécessaires pour assurer que les fonds publics soient dépensés de la façon la plus judicieuse possible; c'est aussi la responsabilité du ministère de négocier ou de participer aux négociations, de diriger les négociations ou d'intervenir dans la mesure où les fonds publics sont dépensés, sont utilisés. Ce sont des responsabilités que le ministère ne peut ignorer ou ne peut déléguer. Toutefois, compte tenu du caractère d'autonomie des institutions et de l'existence de l'Association des hôpitaux qui, en fait, est conforme à ces caractères d'autonomie et peut — étant donné qu'elle représente des institutions dans certains cas — accélérer les processus, apporter une voie différente, voir les problèmes d'un point de vue différent de celui du ministère et, bien souvent, dans un sens très positif, les problèmes peuvent évidemment être perçus différemment selon le point de vue où l'on se place.

Je crois que toute contribution qu'un organisme ou que l'Association des hôpitaux peut apporter, toute initiative qu'elle peut prendre et qui s'insère dans les cadres généraux fixés par le ministère, devraient être bien reçues. Je ne sais si ce problème se pose exactement dans les termes que le ministre a employés: si l'Association ne va pas assez vite, est-ce que le ministère va intervenir pour accélérer le processus ou aller plus vite? En tout premier lieu, je crois qu'il importe pour le ministère de dire: Nous devons faire telle ou telle chose, telles choses doivent être faites, pour que nous nous acquittions de nos responsabilités. Si une partie de ces choses se fait correctement à l'extérieur, pour éviter des doublons, on peut bénéficier de cela ou encore, si on voit un désir, dans certains secteurs, d'assumer certaines tâches, on peut, par la discussion, il me semble, s'assurer que ces tâches seront effectuées dans les lignes de pensée, dans les orientations que le ministère a pu se tracer.

Je pense que le ministère doit se fixer des objectifs et, compte tenu du caractère des institutions, de leur regroupement dans une association, de leur désir de collaborer, tenir compte de tous ces éléments.

Sels d'argent

M. CLOUTIER (Montmagny): Je voudrais mentionner un cas concret au ministre pour lui montrer — il a peut-être pris connaissance du dossier — que tout dépend de la façon dont l'intervention est faite.

A priori, le ministre ne refusera certes pas d'intervenir pour accélérer le processus en y mettant cependant les précautions et les formes voulues.

Il y a un dossier en particulier qui est assez éloquent. C'est le dossier de la récupération des sels d'argent. On avait attiré mon attention sur la possibilité qu'une action concertée des hôpitaux dans ce domaine puisse apporter, en argent, des résultats assez intéressants pour les hôpitaux. Nous avons demandé à l'association, de concert avec nous, de préparer un dossier, et l'association a demandé des soumissions publiques pour la récupération à l'échelle provinciale des sels d'argent. Je sais que les soumissions sont entrées. Je ne sais pas quels sont les résultats, mais sans connaître les chiffres, je sais d'avance que les propositions faites par les soumissionnaires sont certainement plus intéressantes que les résultats actuels, alors que chacun des hôpitaux s'occupait de sa propre récupération.

J'avais mentionné à l'association des hôpitaux qu'avec des mesures comme celles-là, une partie des bénéfices additionnels pourrait être reversée à l'association des hôpitaux, pour qu'ils poursuivent certains programmes de recherche, de régionalisation. Je crois que c'était une excellente approche et je le mentionne au ministre pour attirer son attention... C'était une façon que nous avons trouvée, en collaboration avec les hôpitaux, tout en permettant de faire entrer des fonds plus considérables, de ménager les fonds publics et de permettre tout de même à l'association des hôpitaux d'en tirer un certain bénéfice pour sa propre expansion, son fonctionnement. J'attire l'attention du ministre sur ce dossier extrêmement important et nul doute que le travail commencé va se terminer.

M. CASTONGUAY: Lorsque j'ai mentionné plus tôt, sur quelques cas particuliers que nous avons été en communication avec l'association, j'avais justement à l'esprit cette question de la récupération des sels d'argent. Je ne sais pas si cela s'est produit avant le changement de gouvernement ou après. Il s'agit des sels d'argent dans les films radiographiques. Au moyen de cette récupération, il est apparu à un moment donné la possibilité d'attirer une entreprise qui pourrait peut-être s'établir au Québec. Nous sommes entrés en communication avec elle. L'association des hôpitaux nous a dit que le cheminement pris, étant donné cette nouvelle dimension du problème, l'embêtait quelque peu. Elle se demandait si elle ne dépassait pas son rôle. J'ai demandé à mon chef de cabinet d'entrer en communication avec les services techniques du ministère de l'Industrie et du Commerce et cette question est toujours à l'étude.

Peut-être que M. Langlois pourrait nous en dire quelques mots. Il me semble que c'est lui qui avait été contacté au sein du ministère.

M. CLOUTIER (Montmagny): Les services techniques du ministère ont préparé tout le dossier qui était extrêmement complexe. Évidemment, il a dû être préparé à l'aide de tous les experts du ministère et même avec l'aide de l'extérieur, je crois bien. Mais c'était un dossier extrêmement technique et je sais que les soumissions avaient été demandées au mois d'avril et les soumissions devaient entrer je pense après un délai d'un mois. Elles doivent être arrivées au mois de mai. J'attire l'attention du ministre étant donné que je sais pertinemment que cela pouvait entraîner l'installation d'une industrie dans le Québec.

M. CASTONGUAY: C'est à ce moment-là que l'association des hôpitaux nous a dit: Est-ce que nous pourrions suspendre cette question de demande de soumissions, parce que là, justement, le problème dépasse notre dimension et on ne voudrait pas compliquer les choses? C'est là que j'ai demandé que l'on communique avec l'Industrie et le Commerce parce qu'il me semble que si l'on peut faire d'une pierre deux coups, tant mieux.

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

Régionalisation

M. LAURIN: Du problème des urgences, nous avons basculé au problème de l'autonomie des corporations hospitalières et ensuite au problème de la régionalisation. Je crois que cela se comprend assez bien puisqu'on ne peut pas régler le problème des urgences sans parler du problème de l'autonomie des hôpitaux et de la régionalisation. J'espère cependant qu'on n'attendra pas de régler ces problèmes extrêmement complexes que posent les corporations hospitalières et la régionalisation pour en arriver à des solutions, ne serait-ce que transitoires au problème des urgences.

Quant au problème de la régionalisation et des corporations hospitalières, on peut comprendre assez facilement la frustration des corporations qui, lors des grandes négociations, au sujet des salaires de leurs employés, se sont fait imposer une solution — et c'était forcé — par le gouvernement. Par ailleurs, elles peuvent craindre aussi que, dans les nouvelles tentatives pour en arriver à une formule de régionalisation, elles perdent encore une partie de leurs pouvoirs. C'est donc pourquoi je me sens un peu en sympathie avec elles, malgré que je ne peux pas m'empêcher quand même de constater que la voie de l'avenir, dans l'organisation des services de santé, à part tout l'effort de normalisation au niveau du ministère, est quand même dans la voie de la régionalisation.

Ici, il me semble qu'il faut viser à une régionalisation plus étendue que celle des établissements hospitaliers. Il faut viser à une

véritable régionalisation des services de santé qui comprennent, bien sûr, les hôpitaux, mais également des centres communautaires qui sont, encore une fois, la plupart du temps, à créer. Ils comprennent diverses catégories de disciplines qui doivent être représentées. Ils comprennent certains représentants des organismes publics, qui, sans s'occuper directement de santé, ont un intérêt direct à la santé et ils comprennent également tous les organismes qui s'occupent de prévention, et ils sont nombreux. Car si on se limite à une régionalisation qui vise à l'intégration des établissements hospitaliers, toute nécessaire qu'elle est, on va manquer le bateau, on va manquer la voie de l'avenir.

Je me demande s'il n'y a pas lieu de reprendre, pour les fins du ministère de la Santé, la division du Québec en régions administratives telle qu'elle avait été faite en 1960. J'ai l'impression que c'est une bonne division géographique, sur papier, mais quand on arrive à examiner les problèmes de santé, peut-être qu'il y aurait lieu d'y apporter certaines modifications. Le nombre de ces régions me paraît trop limité en ce qui concerne une agglomération comme celle de Montréal. Il est sûr qu'il faudrait prévoir plus qu'une ou deux régions à Montréal à cause de son accroissement extrêmement rapide.

C'est là une vue à vol d'oiseau de problèmes, encore une fois, infiniment complexes. Mais tout ce que j'aimerais savoir du ministre, ce sont les directions dans lesquelles il entend s'engager.

M. CASTONGUAY: J'aimerais tout d'abord, si vous me le permettez, faire simplement un commentaire sur la crainte des administrations hospitalières quant au maintien d'un certain degré d'autonomie. Le statut des institutions s'est modifié — vous avez mentionné le phénomène, l'élément de la négociation — mais il s'est également modifié dans les faits par l'établissement de l'assurance-hospitalisation et pour divers autres facteurs. Par exemple, le départ, dans un grand nombre de cas, des communautés religieuses; dans d'autres cas, le désir des populations locales d'exprimer leurs opinions quant aux services qui sont distribués — je pense qu'on en a eu un exemple à midi — ce sont là, en fait, tous des éléments qui ont contribué à modifier le statut, dans les faits, des administrations hospitalières.

La crainte qui a pu surgir, à mon avis, vient d'une certaine confusion dans les fonctions, et, cette crainte-là va être dissipée, ou va pouvoir être dissipée, dans une certaine mesure, au même degré qu'il va être possible de clarifier davantage les fonctions de chacun.

J'ai mentionné ce matin que, dans le passé, les hôpitaux étant totalement autonomes, chaque administration planifiait son développement, le planifiait en fonction des besoins qu'elle, à l'intérieur, pouvait percevoir. Donc,

en plus de gérer l'institution, elle planifiait son développement. On a laissé, dans une assez large mesure, le pouvoir de planifier, dans les faits, aux institutions. Parce que ce sont elles qui, bien souvent, font naître les projets d'agrandissement, de développement des services, puis le tout est soumis et étudié au ministère. Graduellement, le ministère, percevant la nécessité d'équilibrer les services, est intervenu, dans certains cas, pour rejeter les demandes, les modifier. Au plan de la gestion, c'est un peu la même chose, on a certaines fonctions — vous avez mentionné les négociations — par le fait que les hôpitaux sont financés à même des deniers publics, le gouvernement est intervenu.

On a, je crois, dans les administrations hospitalières, perçu cette intervention comme une intervention au niveau de la gestion, alors que c'est plutôt une intervention au niveau d'une bonne utilisation des fonds publics: nécessité d'une politique salariale ou des revenus, d'équilibre entre les divers secteurs, etc. Les processus budgétaires, je crois, ont contribué, justement à accentuer cette intervention dans la gestion. Alors il me semble que la fonction de planification, comme je l'ai indiqué, est une fonction qui appartient, en premier lieu, au ministère. Cela n'exclut pas la participation, la discussion ou l'introduction, au niveau régional et local, des considérations qui sont perçues à ces niveaux; mais le fait de retirer cette fonction au niveau local m'apparaît nécessaire. Une fois qu'on a déterminé quels sont les besoins d'une institution, quelle est la taille des services, l'ampleur des services qui doivent être offerts, la façon de les agencer sur le plan local, de les organiser, c'est une autre chose.

Là, on entre dans la programmation. La programmation, je crois, à ce niveau-là, doit être laissée aux institutions. De la même façon, au plan du financement, les fonds étant des fonds publics, le gouvernement a la responsabilité de l'utilisation de ces fonds, c'est-à-dire quant au niveau des ressources allouées, comment elles sont réparties parmi les personnels, pour établir les équilibres avec les autres secteurs, la croissance de ces fonds. Mais une fois que ces normes, ces critères, ces jalons sont établis, l'administration, la gestion même de l'hôpital demeure une fonction qui devrait être maintenue au niveau de l'institution.

Je crois qu'il y aurait certaines clarifications à faire. Je comprends que, dans une période de transition assez rapide, il ait pu y avoir des inquiétudes; mais, à mesure que ces responsabilités vont être clairement attribuées à des niveaux, la situation va pouvoir se stabiliser. Je crois même que ces inquiétudes vont pouvoir s'atténuer grandement.

M. LAURIN: Mais il reste que, si on institue cette nouvelle régionalisation dont nous parlons tous, il va falloir confier des pouvoirs à ces autorités régionales.

M. CASTONGUAY: Oui.

M. LAURIN: Des pouvoirs de planification, de gestion aussi.

M. CASTONGUAY: Oui.

M. LAURIN: D'exécution?

M. CASTONGUAY: Bien là! c'est là, je pense, qu'on tombe dans des problèmes.

M. LAURIN: Justement, je voulais parler ici des initiatives qui ont été prises par certains pays européens, qui ont cru bon d'instituer ce qu'en Angleterre on appelle les "Local Health Authorities", ou des organismes régionaux, qui ont véritablement un pouvoir au niveau de la région, un pouvoir qu'elles partagent, bien sûr, avec l'autorité centrale qui, elle, fixe les normes, alloue les fonds, l'ordre de grandeur des fonds. Mais, au niveau de l'exécution, aussi bien que de la préparation des règlements ou des lois, elles jouent un rôle important. Il me semble que, dans cette nouvelle voie qui nous est ouverte, on ne peut pas se priver de ce palier d'organisation, je ne dirai pas de gestion, peut-être, mais de gestion limitée, toujours dans un esprit de collaboration organique avec le palier supérieur.

M. BOIVIN: Les besoins se font sentir à la base, même ils se préparent. Il y a une certaine planification qui se prépare là; mais, juridiquement, le ministre a le contrôle.

M. CASTONGUAY: Mais ils sont vus les besoins uniquement si vous les regardez sur un plan un peu plus général, ils sont sentis à la base. A la base, on ne sent que des besoins particuliers ou limités à une dimension de la question...

M. BOIVIN: Moi, je ne crois pas...

M. CASTONGUAY: C'est pourquoi il faut s'isoler, s'élever un peu.

M. BOIVIN: Je ne crois pas que ce soit si mal vu des hôpitaux, si on leur fournissait l'assistance dont vous avez parlé tout à l'heure sur tous les plans: juridique, financier, médical et hospitalier, en collaboration, par exemple, avec le Collège des médecins, en ce qui regarde la médecine, et en collaboration avec l'Association des hôpitaux. Je ne pense pas que les hôpitaux soient jaloux de leur autorité, pour autant que cela ne se fasse pas...

M. CASTONGUAY: Non d'accord.

M. BOIVIN: ... d'un point de vue d'inspection pour les prendre en défaut. Je pense qu'avec l'assistance, cela manque peut-être au

ministère, l'organisation de cette assistance, sur tous les plans.

M. LAURIN: Pour avoir participé, M. le Président, à plusieurs colloques consacrés à la régionalisation, je me suis rendu compte qu'une des faiblesses de ces organismes régionaux qu'on essaie d'implanter, dans ceux qui participent déjà, on se plaint de n'avoir aucun pouvoir. Parce que, d'un côté, il y a des pouvoirs qui sont le fait des corporations hospitalières, et d'autres qui sont le fait du gouvernement. Mais eux sont là simplement pour parler.

Les pouvoirs leur manquent pour faire quoi que ce soit de concret, de réel, au niveau de la région, alors que tout le monde en connaît la nécessité.

M. CASTONGUAY: D'accord, la grande difficulté est de déléguer les pouvoirs réels, tout en s'assurant qu'ils seront exercés d'une façon judicieuse. C'est toujours le même problème. Tout le monde parle de décentraliser, de déléguer, mais tout le monde en même temps — ceux ayant des responsabilités — sans s'en rendre compte bien souvent pose des gestes tendant à centraliser. C'est cet équilibre qui est difficile à atteindre.

M. BOIVIN: C'est dans le choix du personnel que cela peut manquer.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Est-ce que la commission voudrait suspendre pour une dizaine de minutes pour donner une chance aux officiers du ministère...

M. CASTONGUAY: Merci.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Dans dix, quinze minutes.

Reprise de la séance à 16 h 26

Comités de planification

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, avant la question de la régionalisation et de la planification, je voudrais demander au ministre, étant donné qu'il y a à l'oeuvre, dans des régions du Québec, des comités de planification qui font depuis plusieurs mois un travail assez soutenu, quelle est la reconnaissance qu'a le ministre de ces comités de planification. Est-ce qu'il est prêt à leur accorder un statut plus officiel que celui qu'ils détiennent actuellement? Est-ce qu'il a l'intention d'élargir la composition de ces comités de planification et est-ce qu'il se sentira plus ou moins lié par les recommandations de ces comités de planification?

M. CASTONGUAY: Comme il a été mentionné tantôt, je crois bien qu'un certain nombre d'organismes de cette nature se sont vus quelque peu frustrés dans le passé parce que, justement, leurs pouvoirs étaient bien limités. Ils étaient en définitive des organismes consultatifs dans bien des cas. Quelques-unes des difficultés qui se présentent ou en tout cas, que je vois, c'est que, tant et aussi longtemps que ces organismes n'ont pas un cadre général dans lequel agir, tant qu'il n'y a pas d'objectifs généraux qui leur sont donnés, ils peuvent agir chacun selon leur gré. Et même si les individus en cause peuvent faire du travail extrêmement valable au plan de la détermination des besoins, des propositions, de solution, il n'en demeure pas moins qu'il faut, malgré tout, à mon avis, un cadre général qui les intègre. Le député de Bourget me demandait si l'on entendait continuer de procéder par réseau, par secteur, par type de maladie. Si un comité de planification continue de fonctionner suivant une certaine manière et que le ministère entend adopter une autre façon de procéder, même si ce sont là des gens de bonne foi, compétents, etc., il n'y aura pas de rencontre. Il est nécessaire, avant de pouvoir donner des pouvoirs plus complets à de tels comités, de s'assurer que le tout va fonctionner de façon assez harmonieuse.

Deuxièmement, on l'a vu, je crois, dans le domaine de l'éducation, il est nécessaire aussi, en retour de pouvoirs qui sont accordés, de donner aussi des responsabilités. Pour assumer des responsabilités, il faut être prêt à le faire, il faut avoir suffisamment de ressources, il faut avoir un pouvoir juridique d'assumer des responsabilités. Il faut aussi être accepté; il y a une dynamique aussi dans ce domaine. On voit, par exemple, les travaux du comité de planification des services de santé des Cantons de l'Est, qui a fait de l'excellent travail. Mais encore là, ce n'est pas toujours accepté. Je pense que, tout comme on l'a dit en ce qui a trait au statut des institutions, cette question de comité de planifi-

cation ou, en fait, de régionalisation des organismes régionaux qui peuvent avoir des fonctions de régionalisation, etc., cela doit se faire d'une façon ordonnée en prévoyant toutes les implications. Mais l'objectif est certainement de donner à des organismes régionaux des pouvoirs, et particulièrement au plan de la planification des ressources de la région.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce que cela irait jusqu'à un statut juridique? Certains de ces comités — il y en a un dont je me souviens en particulier, celui de Sherbrooke, dirigé par M. Thomas Boudreau, un économiste du ministère de la Santé — avaient demandé d'être reconnus par lettres patentes et d'avoir un statut juridique. Est-ce que le ministre serait prêt à accepter une telle demande ou préférerait-il, avant d'avoir révisé tout le système, continuer sous la forme actuelle?

M. CASTONGUAY: Je crois qu'un statut juridique est nécessaire pour de tels organismes, dans l'optique de l'objectif poursuivi, tel que je le mentionnais. Il s'agit de savoir si la demande pour obtenir une charte doit provenir de ces organismes ou si cela devrait être fait par une législation qui établirait un cadre de fonctionnement pour ces organismes, qui en préciserait les responsabilités, le fonctionnement, le financement, la composition? Si on veut en arriver à une organisation assez uniforme pour l'ensemble du territoire et que chacun s'y retrouve, je pense qu'il y a lieu de considérer sérieusement une législation dans ce domaine.

M. CLOUTIER (Montmagny): S'il s'agissait de législation et d'une loi-cadre, j'imagine que, dans le secteur de la santé et du bien-être, ce secteur ne pourra pas fonctionner indépendamment de l'Office de planification et d'une planification générale du gouvernement. Est-ce exact?

M. CASTONGUAY: Il faut également éviter les dédoublements. Il va être nécessaire, non seulement d'éviter les dédoublements, mais aussi de s'assurer qu'il y ait une coordination. Il faut faire les raccordements où ils s'imposent avec l'Office de planification.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce que le ministre se sent lié par les recommandations très précises qui pourraient ou qui ont pu être faites par ces comités qui font, évidemment, des rapports périodiques au ministère de la Santé?

M. CASTONGUAY: Les comités actuels?

M. CLOUTIER (Montmagny): Oui.

M. CASTONGUAY: Me sentir lié, non. Mais sentir le besoin de consulter ces rapports, oui. Etant donné que même si on n'en est pas rendu

au stade" de développement complet de ces organismes, dans la mesure où ils font un travail compétent, un travail utile, qui met en lumière des besoins dans une région, qui fait percevoir comment ces besoins se manifestent, parce qu'ils ne se manifestent pas nécessairement toujours de la même façon selon les régions, je crois qu'il y a nécessité de consulter les travaux de ces comités, mais pas de se sentir lié par ces travaux.

Médecine préventive

M. CLOUTIER (Montmagny): Cela complète les questions sur ce sujet de la régionalisation et de la planification. Je voudrais maintenant toucher à la question de la médecine préventive.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Vous avez une question M. le député de Bourget?

M. LAURIN: Tout à l'heure.

M. CLOUTIER (Montmagny): C'est un des secteurs importants de la santé et le ministre, dans les études et les travaux antérieurs, je l'imagine, trouvera des recommandations précises faites dans ce secteur. Est-ce que le ministre pourrait nous dire quelles sont les nouvelles politiques qui pourraient être amorcées par le ministère ou l'accroissement de l'efficacité des politiques actuelles qu'il a déjà envisagées?

M. CASTONGUAY: De façon générale, on a parlé des secteurs qui se sont développés dans le passé. Je pense que, dans le domaine de la médecine préventive ou de la prévention, on a l'exemple d'un secteur qui s'est assez développé à un moment donné de l'histoire du développement des services de santé, pour des raisons assez particulières, et qui est resté, à mon avis, beaucoup trop isolé des autres services de santé.

Je sais que des gestes ont été posés, au cours des dernières années, et qui vont faciliter un rapprochement, et, éventuellement, une plus grande coordination et même, à certains moments, une intégration au plan de la rémunération du personnel, des possibilités de se perfectionner. Il y a aussi, vous le savez, particulièrement au plan des médecins, les modes de rémunération qui n'ont pas contribué à ce rapprochement, alors que les médecins en médecine active ou en traitement actif étaient payés à l'acte et que les autres étaient à salaire.

J'ai souvent entendu dire qu'une des barrières à l'élargissement du rôle ou aux rapprochements de tous ceux qui oeuvrent dans le domaine de la médecine préventive et les autres provenaient, justement, de ces écarts, de ces modes de rémunération différents. L'amélioration des conditions de rémunération est déjà un pas. Il y a un second pas à faire. Je crois, lorsque l'on discute de centres de santé locaux ou des besoins dont on a discutés et qui

devraient être satisfaits, auxquels on devrait répondre par le truchement d'une équipe au niveau des communautés locales que la prévention devrait être intégrée aussi complètement que possible. De telle sorte que l'éducation de la population, le dépistage de la maladie, le maintien des dossiers des individus à ces niveaux-là des familles, le traitement des affections les plus courantes, le raccordement avec d'autres services sociaux, la distribution des services à domicile, tout ça devrait émaner d'une même organisation.

Moi, dans ce sens-là, au sens qui a trait à la médecine préventive, il me semble qu'il va falloir effectuer cette coordination, cette intégration. Au plan des ressources qui sont affectées à ce secteur, j'ai toujours eu l'impression que —je comprends que le développement des services hospitaliers a entraîné des hausses extrêmement rapides des coûts — mais il me semble que dans la mesure du possible il va nous falloir essayer d'affecter une plus grande proportion des budgets de la Santé à la prévention, au dépistage.

M. LAURIN: Je suis bien d'accord, M. le Président, avec ce qui vient d'être dit mais je ne pense pas, par ailleurs, qu'on puisse régler ce problème de la prévention et des unités sanitaires uniquement par voie législative. En ce qui me concerne, j'ai souvent vu qu'une des raisons, en tout cas, de l'inefficacité des unités sanitaires c'était un problème de formation. Souvent, ces médecins d'unités sanitaires ont été formés dans des facultés où l'hygiène était enseignée d'une façon de plus en plus surannée et anachronique. Il se développe maintenant dans les facultés de médecine des départements de médecine préventive véritable où on ne se contente plus d'enseigner l'hygiène simplement au niveau public ou simplement au niveau des vaccins ou des sérums qu'on doit injecter pour empêcher l'apparition de certaines maladies. Une véritable science de la médecine préventive est enseignée au niveau des facultés de médecine, pour les étudiants en médecine d'une part, mais qui, de l'autre, devient une véritable spécialisation. Je pense que les futurs médecins qui s'occuperont des unités sanitaires devront avoir une formation spécialisée dans ce domaine et peut-être une formation plus prolongée que les autres. Parce que leurs responsabilités seront plus grandes, la somme de connaissances qu'ils devront posséder sera beaucoup plus étendue d'une part, et de l'autre la qualité des gens qui abordent ces postes plus élevée.

J'étais content d'entendre M. le ministre dire qu'on pense à une rémunération plus grande pour ces médecins. Si on rémunère d'une façon plus équitable ces médecins, on pourra attirer un personnel mieux préparé à ces fonctions. Trop de fois, dans le passé, on a vu occuper ces fonctions par des gens que la médecine générale rebutait ou qui, pour des raisons très person-

nelles, voulaient se mettre un peu sur la touche, travailler un peu moins fort. C'est précisément un des domaines d'avant-garde de la médecine, là où il faut travailler le plus fort, non seulement avoir énormément de connaissances mais de dépenser pour faire l'information de la population, l'éducation de la population, il faut donc conjuguer plusieurs qualités. Donc, une politique de rémunération, une politique d'instruction plus adéquate pour les étudiants en médecine, une spécialisation plus poussée selon les standards de la science dans ce domaine précis en même temps que l'intégration de ces médecins nouveaux, spécialisés, dans les corps régionaux dont on parlait tout à l'heure, fera beaucoup, à mon avis, pour régler le problème de la prévention. Ça comporte, bien sûr une législation nouvelle. Mais bien d'autres mesures sont du ressort du ministère, pour autant que le ministère peut stimuler, pousser à la roue de toutes les réformes qui s'imposent dans divers domaines et qui trouveront leur aboutissement dans le domaine de la prévention.

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

M. QUENNEVILLE: Ce que j'ai à dire rejoint un peu ce que le député de Bourget disait tantôt. Même si on n'accuse pas ces médecins-là de mercantilisme, disons que jusqu'ici les émoluments de ces médecins-là faisaient vraiment pitié. Je ne crois pas que cela ait pu jusqu'ici attirer les médecins qui étaient réellement convaincus de l'importance la prévention. Cela rejoint ce que le député de Bourget disait.

M. CLOUTIER (Montmagny): La dernière convention collective a établi des niveaux de salaire plus intéressants de sorte que le spécialiste, je donne cela de mémoire, en hygiène au sein des unités sanitaires a \$20,000 de rémunération ou tout près de \$20,000, on me corrigera si je me trompe, mais je crois que c'est \$20,000. Pour l'omnipraticien, c'est \$14,000.

M. QUENNEVILLE: Vous permettez. Je pense qu'ils ne sont pas tellement satisfaits de leurs émoluments, parce qu'ils sont encore en négociations. Ils sont actuellement ici à Québec pour cela.

M. CLOUTIER (Montmagny): Ce n'est peut-être pas sur les clauses salariales.

M. QUENNEVILLE: C'est sûrement sur les clauses salariales.

M. CLOUTIER (Montmagny): Est-ce que chaque fois qu'il y a une négociation avec les médecins, on doit conclure que c'est sur les clauses salariales que cela accroche?

M. QUENNEVILLE: Cette fois-ci, cela l'est, c'est sûr.

M. CASTONGUAY: Seulement un petit mot, je suis d'accord avec le député de Bourget: ce qui se fait au niveau de l'enseignement, du recyclage est extrêmement important. Vous savez comment l'organisation de l'enseignement à Laval a évolué, à Sherbrooke, etc. Récemment, nous recevions un premier rapport de l'Université de Montréal sur le même sujet en ce qui a trait à l'école de santé publique. Également, sur ce plan-là, il y a une évolution qui est dans la bonne voie. Je pense que nous sommes tous d'accord.

M. LAURIN: Je ne sais pas si on arrivera à payer, comme en Chine, le médecin aussi longtemps que ses patients ne tombent pas malades et qu'on cesse de payer au moment où ils tombent malades. C'est peut-être un idéal.

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

M. QUENNEVILLE: Il faut que j'ajoute quand même qu'il n'y a pas seulement une question salariale actuellement dans la convention. Il y a aussi le fait que ces médecins de l'unité sanitaire voudraient avoir la permission d'exercer en dehors — je ne sais pas s'ils prévoyaient à ce moment-là l'assurance-maladie — de toute façon, ils veulent augmenter leurs possibilités d'exercice de la profession.

M. CLOUTIER (Montmagny): C'est une clause qui avait été inscrite dans la dernière convention collective, une clause de disponibilité exclusive pour les services gouvernementaux. Je sais que cela a fait l'objet de discussions très élaborées. Au moment de la dernière convention collective, il avait été prévu une certaine période de transition non formelle, mais après les négociations, pour faciliter l'acceptation de cette clause. Je pense que c'était une clause spécifique du contrat, de l'entente collective. Il est possible qu'à ce moment-ci, dans les discussions, que ce soit encore l'objet de difficultés.

Au sujet des unités sanitaires, toujours, et de la médecine préventive, je voudrais demander au ministre si c'est son intention d'effectuer le rapprochement toujours plus étroit du réseau d'unités sanitaires avec son équipement, ses ressources humaines, et du réseau hospitalier. Il y a certainement des avantages, mais est-ce qu'il y voit des dangers et certains inconvénients?

M. CASTONGUAY: Je pense qu'il peut y avoir non pas une divergence de principes, mais peut-être des modalités d'approche différentes avec ce qui a pu être fait dans certains cas. Ce qui m'apparaît dans cette conception de la prévention, du dépistage, de l'éducation sanitaire, le plus important, c'est que l'action de tous ceux qui sont dans ce secteur soit le plus collée possible à la population. Dans la mesure où certains des hôpitaux sont devenus tellement

grands, qu'ils perdent, dans une certaine mesure contact avec la population, je ne vois pas à ce moment-là le rapprochement avec l'unité sanitaire, cela devient des ressources à mon avis — ces grands hôpitaux-spécialisées. Je vois mal l'unité sanitaire là. Je la vois beaucoup plus collée à la population. Dans des régions où la population n'est pas tellement dense, où on établit un centre de santé local, peu importe le contenu, mais tout le regroupement qui peut être effectué devrait être fait. Parce que justement, je ne crois pas que l'on doive dissocier ce qui se fait au point de vue de la prévention, au point de vue du dépistage, au point de vue de l'éducation, à ce niveau de traitement. Lorsqu'on pense à un genre d'hôpital, on pense à un niveau un peu plus spécialisé ou régional, je ne crois pas que l'unité sanitaire devrait être là. Elle devrait être au niveau beaucoup plus local.

M. CLOUTIER (Montmagny): Il y a toujours ce danger aussi, le danger est moins considérable dans les régions, le ministre parle des régions où il est question de l'établissement de centres de santé locaux où la population est plus dispersée. Mais justement dans ces régions mieux pourvues en ressources spécialisées, ce rapprochement pourrait peut-être amener l'intégration, inconsciemment par exemple, de la médecine préventive dans la médecine curative.

M. CASTONGUAY: C'est pour ça que j'étais heureux d'entendre le député de Montmagny dire que, dans les dernières négociations, une période de transition avait été prévue.

M. LAURIN: M. le Président, peut-être faudrait-il en arriver à l'abolition de ce nom d'unité sanitaire qui ne me semble plus correspondre à la réalité. Peut-être faudrait-il même en arriver à l'abolition de cette catégorie de services: les unités sanitaires. Et confier ces responsabilités, qui étaient exercées par les unités sanitaires, aux nouvelles unités régionales, aux centres communautaires qui se chargeront de toutes les fonctions, de tous les services de santé. A partir de la prévention en passant par le traitement jusqu'à la réadaptation. Et justement on peut penser à la réadaptation. De la prévention on peut passer à la réadaptation.

Lorsque nous avons discuté le projet de loi sur l'assurance-maladie, nous avons assez longuement parlé des prothèses et là on nous a dit que les études préliminaires à l'inclusion des prothèses dans les services couverts par l'assurance-maladie n'étaient pas commencées. Peut-être y aurait-il lieu ici de répéter la demande que nous faisons à ce moment, de commencer cette étude en ce qui concerne l'extension possible qu'impliquerait la couverture de soins prothétiques? Il y a des institutions spécialisées maintenant au Québec qui s'occupent de ces soins, qui font des recherches spécialisées dans ce domaine-là. Il y a des spécialistes mainte-

nant. C'est une des spécialités reconnues par le Collège des médecins. Peut-être que nous avons en main les éléments qui nous permettraient de faire cette enquête, d'en prévoir le coût et surtout les modes d'insertion dans les divers autres services de santé dont nous venons de parler aujourd'hui. De façon à en arriver à cette couverture complète des soins non seulement au point de vue financier, mais au point de vue philosophique je dirais, de façon à ce que cette conception de l'homme en santé et malade qui tent à se dégager aujourd'hui puisse s'incarner dans les faits le plus rapidement possible.

M. CASTONGUAY: Bien, je note les commentaires du député de Bourget. On a déjà discuté de cette question.

M. CLOUTIER (Montmagny): Quant au problème des services de santé qui sont autonomes et dont la responsabilité relève de l'administration municipale — il y a le service de santé de Montréal, de Québec et de certaines autres villes — est-ce que dans ce domaine-là où les municipalités ont des responsabilités importantes, notamment dans le domaine de la pollution, dans le domaine de la prévention, dans le domaine de la surveillance des droits d'hygiène, le ministre entend continuer les politiques déjà établies, soit de laisser aux services municipaux la marge d'autonomie et les responsabilités qu'ils ont actuellement?

M. CASTONGUAY: Je pense que dans le contexte des problèmes que nous discutons, il est important de reconnaître les divers types de besoins ou les fonctions, les types de services qui peuvent répondre à ces besoins, et de ne pas s'ancrer ou s'attacher trop fortement à des cadres qui ont pu être fixés dans le passé. D'autre part, je ne crois pas que, dans ce désir d'évoluer, on doive non plus tout mettre de côté. Je suis allé rencontrer les autorités du service de santé de Montréal et j'ai été extrêmement impressionné par le fait que, dans une ville de la taille de Montréal, il y a certains problèmes qui ne peuvent être abordés ou réglés qu'autant qu'on ait une organisation fortement intégrée. Les problèmes se posent même au plan du dépistage, de la prévention, des dangers d'épidémie par exemple; ils se posent d'une façon passablement différente d'un milieu rural ou d'une plus petite localité. Il me semble que ce qui importe le plus, c'est que, dans ces regroupements dont nous parlons, dans ces coordinations dont nous parlons, on fasse appel à tout ce qui est valable dans le système, on puisse imaginer que dans certains cas on maintient les structures existantes lorsqu'elles semblent répondre réellement à des besoins. Mais peut-être doit-on orienter quelque peu, d'une façon un peu différente l'action de ces services, pour s'assurer que les liens s'effectuent là où ils doivent s'effectuer.

Dans le cas du service de santé de la ville de Montréal, je pense qu'on a un exemple qui diffère passablement des unités sanitaires de comté, et, je pense qu'il faut, dans ce cas, ne pas adopter de position trop rigide au départ, au contraire.

M. CLOUTIER (Montmagny): Tout de même, dans des villes comme la ville de Montréal, et particulièrement la ville de Montréal, il y a certains secteurs où on a assumé pleinement des responsabilités dans le domaine de la santé, le ministre en a énuméré. Est-ce qu'il n'y a pas, par contre, d'autres secteurs où la ville de Montréal, en étant plus près de ses administrés, surtout dans les zones défavorisées peut faire un meilleur travail? Je pose la question dans le cadre des communautés urbaines parce qu'il y a des transformations de structures. Peut-être que cela entraînera aussi une révision de ces responsabilités qu'assumait la ville de Montréal et qu'assumera maintenant la communauté urbaine.

Notamment dans le domaine de la pollution, la ville de Montréal ne peut pas isoler à son seul territoire, le problème de la pollution. Cela déborde la ville de Montréal, cela englobe la communauté urbaine, et cela va même au-delà. Dans cette révision des responsabilités, est-ce que cela peut entraîner le ministre à leur déléguer davantage de responsabilités, particulièrement dans des secteurs où, je crois, les villes n'ont peut-être pas assumé toutes leurs responsabilités? En ce qui concerne la santé dans des zones défavorisées — je sais, je ne veux pas porter de jugement, je n'ai pas l'intention de critiquer l'administration de la ville de Montréal — mais les administrateurs municipaux sont plus facilement accessibles pour ces problèmes des zones défavorisées: problèmes d'éducation, problèmes de santé, problèmes de bien-être. Alors, est-ce que le ministre a l'intention d'accentuer la coordination avec la ville de Montréal des services de santé, des services de bien-être, afin de corriger ces situations d'inégalité entre ces différentes zones?

M. CASTONGUAY: Je dois vous dire qu'il n'y a pas de modification à ce stade-ci, dans les liens, les politiques, qui ont pu exister entre le ministère, soit de la Santé, soit de la Famille et du Bien-Etre, et les services de santé et les services de bien-être de la ville de Montréal. En ce qui a trait plus particulièrement à la pollution, j'ai pris connaissance du dossier qui a été préparé au ministère. Il n'y a pas de décision qui a été prise. Je ne sais pas si on peut généraliser, dans ce secteur-là, ou si on ne doit pas aborder les problèmes un par un, et...

M. CLOUTIER (Montmagny): Bien, voici l'exemple...

M. CASTONGUAY: ... d'une façon générale, disons, à donner...

M. CLOUTIER (Montmagny): L'exemple que je voulais souligner, c'est que, du côté du bien-être, évidemment, avec la Loi de l'aide sociale, la décentralisation, la réorganisation des bureaux, le ministère de la Famille et la ville de Montréal se sont entendus pour laisser à la ville de Montréal, l'administration de la Loi de l'aide sociale et des prestations. Même la ville de Montréal a consenti, avec ses dirigeants, à apporter des réformes pour mieux agencer son administration, les ressources dont elle dispose, aux méthodes du gouvernement. Alors, dans le domaine de la santé, c'est pour ça, étant donné le problème des zones défavorisées qui à Montréal se pose avec beaucoup d'acuité qu'il faut bien coordonner. Le ministre a pris contact déjà avec ces zones. Le centre communautaire de Pointe-Saint-Charles est un exemple concret du problème des cliniques dans des régions défavorisées; ce problème se pose dans Saint-Jacques, se pose dans Saint-Henri, dans différentes parties de la ville de Montréal. C'est pour cela que je mentionnais, peut-être de ce côté-là, avec la ville de Montréal l'importance d'un rapprochement, étant donné que beaucoup de ces représentations sont faites aussi à la ville de Montréal, qui peut-être affirme que la responsabilité appartient au ministère de la Santé, et que le ministère de la Santé, peut-être, dirait que ces responsabilités aussi pourraient être assumées par la ville de Montréal, par ses services de santé. C'est pour cela que je mentionne le besoin, peut-être, de rapprochement entre les services de santé de la ville de Montréal, qui pourrait, non pas assumer de nouvelles responsabilités, mais peut-être assumer plus complètement les responsabilités qu'elle a déjà dans ce secteur de la santé.

M. LAURIN: M. le Président, j'aurais une dernière question d'ordre général à poser. L'exclusion, par le bill 320 fédéral, des hôpitaux psychiatriques, a obligé le gouvernement à assumer les frais totaux des soins psychiatriques, ce qui a nécessité des dépenses considérables. Ma première question c'est: Est-ce que des demandes ont été faites pour que cette situation soit corrigée, pour que les lois fédérales incluent désormais ces soins psychiatriques?

La deuxième question est qu'au cours des diverses conférences fédérales-provinciales des dernières années, il y a eu des négociations en ce qui concerne le rapatriement de programmes conjoints qui intéressent certains programmes de santé: soins maternels, recherche médicale. Je me demandais à quelle date prendrait effet le rapatriement de ces programmes conjoints.

Services psychiatriques

M. CASTONGUAY: En ce qui concerne le financement des services psychiatriques, en vertu de la Loi de l'assurance-hospitalisation, si ma mémoire est fidèle, je crois que la loi

fédérale a été adoptée en 1958. Je pense que, depuis l'adoption de la loi, et même au moment de l'adoption de la loi, on avait signalé le fait qu'il n'y avait aucune raison d'exclure de cette loi les services psychiatriques ou les hôpitaux psychiatriques. Depuis, si mes renseignements sont bons, ces demandes ont été répétées périodiquement. J'ai déjà assisté à une ou deux conférences fédérales-provinciales des ministres de la Santé, et je crois que la demande est réintroduite chaque année. Chaque année, la réponse semble être la même.

Programmes conjoints

Quant au rapatriement des programmes conjoints dans le domaine de la santé, les accords définitifs ne sont pas faits. Il y a donc encore une certaine période qui s'écoulera avant que nous en arrivions à cette étape. Le retrait de ces programmes pose un certain nombre de problèmes, comme vous le savez, celui de l'équivalence, et celui de nous assurer que nous n'y perdons pas par le fait même.

M. LAURIN: Quelqu'un pourrait-il nous en donner la liste et l'ordre de grandeur des sommes à considérer?

M. CLOUTIER (Montmagny): De mémoire, je pourrais citer premièrement la Caisse d'aide à la santé, qui est un programme de \$500 millions; les programmes d'hygiène publique, que vous retrouvez au poste 6; il y a tous ces programmes. Partout où vous voyez "contributions du gouvernement du Canada" ce sont les sommes qui correspondent aux programmes. Il y avait le programme de construction des hôpitaux. La province de Québec était la seule — il y avait peut-être une province de l'Atlantique — qui n'avait pas réussi à utiliser toutes les sommes mises à la disposition des provinces par le gouvernement central. Mais, l'an dernier, nous avons fait un effort spécial dans ce domaine; il restait une somme d'environ — sauf erreur — \$19 millions, \$17 ou \$18 millions. Il y a eu entente, lors des conférences fédérales-provinciales, et ce montant de \$17 millions a dû être versé à ce moment-ci. Je crois qu'il l'a été durant l'exercice financier précédent. Au grand plaisir du ministre des Finances, une somme de \$17 millions a été versée pour le solde de ce programme de construction d'hôpitaux.

Ce sont les principaux programmes. Bien sûr, il y a l'assurance-hospitalisation et il y a maintenant le dernier programme dont le gouvernement fédéral avait manifesté l'intention de se retirer, et à qui j'avais dit: Plutôt que de se retirer, pourquoi y entrer?

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Si les membres sont d'accord, nous irons voter et nous redescendrons.

M. CLOUTIER (Montmagny): J'ai causé avec les membres de la commission et je crois que l'intention des membres était de continuer la discussion générale et, celle-ci se prolongeant, touchant à peu près à tous les sujets, d'adopter en bloc les postes budgétaires. Parce que je crois, lorsque nous aurons terminé la discussion générale, que nous aurons parlé d'à peu près tous les postes du budget. Il en reste un certain nombre, mais nous la abordons plutôt d'une façon générale, sans entrer dans le détail de chacun des articles. C'était l'intention et je pense que c'était le voeu des membres de la commission.

M. CASTONGUAY: Avant le vote?

M. CLOUTIER (Montmagny): Non, après le vote parce que la Chambre n'attendra pas.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Après le vote, nous reviendrons ici.

Reprise de la séance à 17 h 22

M. FORTIER (président de la commission de la Santé): A l'ordre, messieurs! Nous reprenons nos travaux. Le député de Bourget.

M. LAURIN: Je voulais simplement, M. le Président, demander au ministre de compléter sa réponse à la question que je posais sur la date d'expiration des accords pour le rapatriement du programme conjoint et l'énumération des programmes qui tomberont dans l'année qui vient ou l'autre année. J'ai eu la réponse en privé, mais je pense que ce n'est pas tout à fait complet.

M. CASTONGUAY: Eh bien, on me dit que sur la question des négociations... Vous savez que ces négociations sont conduites par le ministère des Affaires intergouvernementales en premier lieu. On me dit que la date d'une entente finale a été reportée à un an. Je vous mentionnais également, au cours de cette conversation à laquelle vous faisiez allusion, la complexité du problème, étant donné les rythmes de croissance différents des revenus d'une part et des coûts d'autre part entre autres choses. Quant à la liste complète des programmes, ils sont censés se terminer en 71/72, il s'agit de subventions à l'hygiène mentale, à la lutte antituberculeuse, à l'hygiène publique en général, à la lutte anticancéreuse, à la réadaptation médicale et aux enfants infirmes, ainsi qu'à l'hygiène maternelle et infantile.

M. LAURIN: Et qu'est-ce qu'il restera après ça?

M. CASTONGUAY: Il restera la subvention à la formation professionnelle et la subvention à la recherche en hygiène publique. Cela exclut, bien entendu, la caisse d'aide à la santé et l'assurance-hospitalisation, je parle de certains programmes conjoints.

M. LAURIN: Est-ce qu'il y a une date de prévue pour l'assurance-hospitalisation également?

M. CASTONGUAY: Oh! Là...

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

M. CLOUTIER (Montmagny): Sur cette question des programmes conjoints, des compétences des gouvernements respectifs — on sait que la santé est un domaine de compétence de juridiction provinciale — je voudrais souligner le point suivant: par les comités d'étude conjoints, il y a des propositions de réforme qui sont faites, il y a des suggestions, il y a des recommandations, et, à l'intérieur de ces recommandations, il est toujours dangereux que

certaines puissent se glisser subtilement qui ont pour effet, à plus ou moins long terme, d'affecter l'intégrité, la compétence du Québec, dans leur application. Dans le domaine de l'étude des coûts, il y a certaines recommandations, quant à la gestion des hôpitaux, qui, si elles n'étaient pas discutées à fond par le Québec — une discussion entourée de toutes les précautions nécessaires et des prises de positions formelles — peuvent entraîner justement, en pratique, ce transfert.

Dans l'organisation du système de santé, il y a de ces recommandations du comité où on dit, entre autres: "Le comité attribue au gouvernement fédéral les rôles suivants: il lui reconnaît d'abord, en collaboration avec les provinces, la responsabilité des politiques, ainsi que des standards nationaux. Il lui décerne également et ce, au même titre que les provinces, un rôle de premier plan, en ce qui a trait à la planification, à la mise au point de standards, à l'éducation et à la recherche dans le domaine des soins de santé."

Je crois que c'est une recommandation qui comporte essentiellement des exigences qui, si elles n'étaient pas discutées point par point, pourraient entraîner des conséquences assez difficiles pour le Québec. On peut accepter qu'il y ait, de concert avec les autres provinces, et avec le gouvernement central, des discussions quant au standard de santé à atteindre au niveau du pays, comme une certaine uniformisation qui ne mette pas en doute certains critères essentiels qui sont particuliers au Québec. Mais, dans cette recommandation précise, je veux attirer l'attention du ministre — parce que j'ai eu l'occasion de travailler à l'étude des coûts, j'ai eu l'occasion de faire des rencontres avec mes fonctionnaires à ce moment-là et nous avons discuté de ce point précis — sur certaines de ces recommandations qui doivent être entourées de beaucoup de précautions et de beaucoup de discussions, pas seulement au niveau des fonctionnaires, parce que les positions ont été bien établies au niveau des fonctionnaires du ministère de la Santé, avec le gouvernement du temps. Il ne faudrait pas que, par un manque de discussions de ces propositions qui sont faites, on se voie entraîner imperceptiblement sur une pente qui pourrait nous faire perdre des pouvoirs ou une partie de notre juridiction dans ce domaine.

C'est le point particulier que je voulais mentionner au ministre, étant donné que l'étude de coûts qui a été faite était extrêmement importante. Il y a des recommandations qui seront mises en pratique, d'autres qui ne pourront pas être mises en pratique, d'autres qui devront être modifiées et je voulais attirer l'attention du ministre sur ce secteur extrêmement important.

M. CASTONGUAY: Je prends bonne note de la mise en garde que formule le député de Montmagny.

Recherche médicale

M. CLOUTIER (Montmagny): Un autre sujet que je voudrais toucher brièvement, même s'il est d'importance majeure, est celui de la recherche dans le domaine de la santé, — recherche médicale — et celui des institutions qui sont associées à la recherche, des institutions très spécialisées. Il y a l'Institut de microbiologie et d'hygiène, sous la direction du Dr Frappier; l'Institut de cardiologie, qui, même si c'est une institution qui fait du traitement actif, il y a aussi une partie de recherche clinique et de diagnostic, sous la direction du Dr Genest.

Je crois que ce sont trois institutions qui peuvent se targuer d'avoir des chercheurs qui ont une renommée internationale, qui ont apporté au domaine de la santé, sur le plan mondial, une contribution extrêmement importante et extrêmement positive.

Ilya des montants de prévus, dans le budget du ministère de la Santé. Je voudrais demander au ministre — tenant compte évidemment des contraintes budgétaires, de la période dans laquelle nous sommes où on tient compte des contraintes et des exigences de l'austérité — s'il prévoit pouvoir accorder tout de même au domaine de la recherche comme dans celui des institutions spécialisées, toutes les possibilités ou toute la latitude voulue pour assurer non seulement leur administration normale mais aussi une expansion désirable.

M. CASTONGUAY: M. le Président, j'abonde dans le même sens que le député de Montmagny quant à l'excellence des instituts de recherche qu'il a mentionnés. Le Québec peut certainement être fier d'avoir ces instituts de recherche. En ce qui a trait au développement de la recherche ou à la poursuite des efforts qui se font dans ce domaine, toujours compte tenu des contraintes budgétaires, ce n'est pas mon intention qu'on réduise l'effort financier du gouvernement dans ce domaine. Et si possible, j'aimerais qu'on accentue l'effort particulièrement en ce qui a trait à certains types de recherche, c'est-à-dire, à la recherche sur les besoins de la population, par exemple, à la recherche en épidémiologie, à la recherche portant sur les modes d'organisation des services de la santé, à la recherche portant sur les mécanismes d'évaluation des services. En fait, dans le passé, la plus grande partie de l'effort dans le domaine de la recherche, a été orientée particulièrement sur la recherche clinique, la recherche fondamentale.

On a trop longtemps tenu pour acquis qu'à mesure que la science progressait et qu'on contribuait à faire progresser la science de la connaissance, la population, par le fait même, en bénéficiait. Aujourd'hui, on se rend compte qu'il y a un écart assez grand surtout lorsqu'on descend dans les plus bas niveaux de revenus, entre le développement de la connaissance et

l'accès qu'a la population aux bénéfices de ces progrès réalisés.

Toute cette recherche portant sur les besoins, portant sur l'organisation des services, portant sur le rendement, devrait être accentuée grandement dans l'avenir, sans pour autant réduire l'effort qui se fait au plan de la recherche clinique, au plan de la recherche fondamentale, d'autant plus que bien souvent, cette recherche constitue un élément à peu près essentiel à un enseignement de bonne qualité.

M. CLOUTIER (Montmagny): Ces trois institutions spéciales que nous avons mentionnées avaient présenté au ministère, des plans, des projets d'expansion. L'institut de microbiologie depuis plusieurs années, a subi des transformations importantes, il y a eu des additions considérables sur le campus de l'Institut de microbiologie. Des projets d'expansion ont été soumis par l'Institut de cardiologie et, il y a aussi un projet dont le ministre a peut-être pris connaissance au sujet de l'Institut de recherche diagnostique du docteur Genest. Ces projets soumis seront-ils discutés dans le même cadre que celui de l'expansion des institutions hospitalières ou en fera-t-on une étude particulière tenant compte du caractère bien spécial de ces institutions où la recherche est un secteur important en plus du secteur du traitement actif, toujours en ce qui concerne l'Institut de cardiologie?

M. CASTONGUAY: Il y a une dimension particulière dans l'évaluation de ces projets, elle exige que des critères différents soient introduits, étant donné la dimension particulière ou la fonction particulière de ces instituts. Une contrainte constante dans tout le processus de réévaluation des autres projets est celle des disponibilités financières ou des incidences sur les budgets de fonctionnement, dans l'avenir. En ce qui a trait à cette dimension, cela devrait entrer dans le même cadre.

Construction d'hôpitaux

M. CLOUTIER (Montmagny): Cela m'amène à l'autre sujet important que nous devons discuter au cours de cette étude, c'est celui de la construction des hôpitaux et celui de l'implantation des ressources. Je voudrais inscrire la discussion dans le même cadre que celle que nous avons faite hier, dans le secteur de la famille, au sujet des personnes âgées et des institutions de l'enfance.

Il y avait des projets importants quant au nombre et au montant d'argent impliqué. Le ministre, à son arrivée au ministère, a pris connaissance, avec ses fonctionnaires, des projets en cours. Il en a retenu quelques-uns qui peuvent actuellement poursuivre les étapes de leur réalisation; d'autres ont été reportés pour réévaluation, et j'imagine que d'autres, tout

simplement, seront écartés. Le ministre m'a remis deux listes détaillées de chacun des projets. Ce n'est pas mon intention de reprendre chacun des projets. Je voudrais que le ministre nous explique d'abord, au début de cette discussion, quels sont les critères, quelles sont les normes. D'ailleurs, il a en déjà commencé l'élaboration à l'occasion de cette décision qu'il a prise. Mais je voudrais qu'il nous donne plus de précisions aujourd'hui, devant la commission. Quelles sont les grandes lignes de ce programme? Quelles en sont les différentes étapes? Quels sont les mécanismes qu'il a mis en place pour faire la révision et qu'est-ce qu'il prévoit comme étapes successives de révision de ces listes et de permission de continuer certains projets?

M. CASTONGUAY: M. le Président, au cours des discussions sur les crédits, on m'a demandé d'exposer comment je voyais l'organisation des services de santé au Québec. J'ai parlé assez longuement des niveaux de services qu'il nous apparaissait nécessaire d'établir ou encore, à partir des ressources existantes, de modifier ou de prendre en considération. J'ai également parlé de la nécessité de coordonner, d'intégrer les services existants à partir d'une philosophie où l'on ne distingue pas les réseaux de services de santé qui intégrerait la prévention, jusqu'à la réadaptation. J'ai également mentionné, au niveau des premières lignes de soins ou des soins les plus courants, la nécessité de coordonner, dans la mesure du possible, les autres services sociaux. On a également discuté, soit au moment du débat sur la Loi des hôpitaux ou d'une loi possible des établissements de bien-être, du fait que les frontières entre les institutions dans le domaine du bien-être, que ce soit pour les personnes âgées, que ce soit dans le domaine de l'enfance, sont bien souvent artificielles. Par conséquent, dans le développement des ressources, il faudra, dans toute la mesure du possible, considérer tous ces besoins, les besoins dans le secteur du bien-être, les besoins dans le secteur de la santé, mais non pas les considérer en vase clos. Voilà, quant aux grandes lignes.

Egalement, j'ai mentionné, ou d'autres autour de cette table ont mentionné la nécessité de développer des centres communautaires de santé; on a souhaité que des ressources un peu plus spécialisées se retrouvent au plus tôt au niveau d'hôpitaux ayant une certaine taille, des hôpitaux régionaux, des hôpitaux spécialisés, ou des hôpitaux universitaires.

La raison pour laquelle j'ai cru nécessaire — et la décision a été approuvée par le gouvernement — de faire cette révision des projets, c'était pour m'assurer que les projets qui étaient en voie d'exécution, ceux qui étaient en voie de préparation à diverses étapes, concordaient avec cette approche. Il y avait aussi, dans toute cette histoire, la possibilité de certaines divergences,

compte tenu du fait que, dans le passé, comme je l'ai mentionné, tous étaient d'accord autour de cette table. Le développement des services, particulièrement dans le domaine hospitalier, s'est fait à partir d'une initiative émanant des institutions, chaque institution voulant développer ses services mais, bien souvent, sans qu'on regarde trop attentivement si ce développement de services permettait un équilibre entre les diverses régions, les divers types de besoins. C'était une autre des raisons pour lesquelles il m'apparaissait nécessaire de reviser ce programme.

Enfin, on a parlé également de l'équilibre des ressources en fonction des coûts de l'hospitalisation.

Lorsqu'on m'a demandé quels étaient les moyens qui m'apparaissent devoir être utilisés pour réduire les coûts de l'assurance-hospitalisation, j'ai parlé, au premier titre, de l'équilibre dans les ressources compte tenu du fait que, par exemple pour des patients qui pourraient être hospitalisés dans des lits de malades chroniques, si on les hospitalise dans des lits généraux, il en résulte des coûts beaucoup plus élevés. J'ai dit que c'était un des endroits où, à mon avis, on devait faire porter notre action, nos préoccupations, dans un désir de contrôler les coûts. On sait que, dans le passé, entre autres choses et pour d'autres raisons, le développement des lits à traitement actif a été beaucoup plus prononcé que le développement des autres ressources. Alors c'était une autre raison qui m'incitait à vouloir reviser ce programme.

Enfin, les incidences sur les coûts ou sur l'évolution du budget du ministère de la Santé ne pouvaient être négligées. On sait que le fonctionnement d'un hôpital à traitement actif, ramené sur une base de lit/année, représente des coûts de l'ordre de \$10,000, \$12,000, \$15,000 par lit. Alors, face à l'ampleur du programme, on peut imaginer que la poursuite à terme de tous ces projets avait entraîné une hausse considérable des coûts de fonctionnement dans les budgets du ministère.

Alors, désirant m'assurer qu'à l'avenir l'augmentation du budget du ministère se maintiendrait à l'intérieur d'une limite acceptable, et permettrait une réallocation des ressources vis-à-vis de certains besoins, on a parlé également, cet après-midi, de la nécessité de consacrer peut-être des montants plus élevés à la prévention, par exemple, alors c'est un autre des facteurs qui nous a guidés.

Pour effectuer cette révision, nous ne pouvions évidemment prendre un critère aussi précis que celui qui a servi dans la révision du programme de construction des foyers pour personnes âgées. C'est pourquoi le travail est un peu plus long, il nécessite des évaluations de dossiers qui doivent se faire d'une façon pas mal plus détaillée, pas mal plus complexe, et ce travail est en cours. Quant à la façon d'effectuer ce travail, étant donné les raccordements ou les

rapprochements nécessaires entre le ministère de la Santé et le ministère de la Famille et du Bien-Etre social sur ce plan, compte tenu de la complémentarité des ressources ou de leur nature passablement analogue dans bien des cas, un comité conjoint de réévaluation composé de fonctionnaires des deux ministères a été formé. Le docteur Dominique Bédard, qui présidait déjà le comité de planification des services de santé, a été appelé à présider ce comité. Maintenant les noms de tous les fonctionnaires qui siègent sur ce comité, le docteur Bédard n'étant pas ici, on pourrait peut-être demander au docteur Brunet ou à un autre des officiers du ministère d'en donner la liste.

M. CLOUTIER (Montmagny): Le ministre les a donnés, je pense, en Chambre. On pourra se référer au journal des Débats au moment où il a fait sa déclaration.

M. CASTONGUAY : Le travail de ce comité se poursuit, au fur et à mesure qu'il termine l'étude des dossiers, à partir d'un ordre de priorité. H ne peut, évidemment, satisfaire tout le monde, il n'est pas possible d'étudier tous les dossiers en même temps. Certains projets présentent un caractère de plus grande urgence que d'autres, compte tenu de l'état des travaux, etc. Mais ce comité effectue son travail à un rythme aussi rapide que possible. Un certain nombre de recommandations ont été formulées. Elles sont formulées par le truchement du sous-ministre, qui me les soumet avec ses commentaires, puis les décisions se prennent dans des délais aussi brefs que possible. Elles sont par la suite communiquées, avec autant de renseignements que possible, aux corporations et nous avons voulu informer, en même temps, les députés.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, le ministre vient de fixer le cadre général en mentionnant les critères, la planification, l'organisation des soins de santé, de la formation d'un comité et les rapports ou progrès, qui lui sont soumis. Il y a dans toute cette liste d'hôpitaux — on pourrait les classer dans différentes catégories — il y avait ce genre d'hôpital qu'on peut cataloguer comme un centre de santé local. Il y en avait une douzaine ou une quinzaine de prévus qui devaient desservir des régions plus éloignées, là où il n'y a aucun type d'institutions pour la santé. Est-ce que le ministre pourrait nous dire si la formule qui avait été proposée, après étude par les fonctionnaires du ministère de la Santé, voulant que ces petits centres devaient contenir des lits pour traitements actifs, c'était en fait une clinique de maternité, des lits pour malades chroniques, des cas urgents, des facilités de diagnostic, des salles d'unité sanitaire et d'éducation du public. Enfin, c'était, en gros, je pense, le contenu de ces petites institutions. Évidemment, je pourrais donner la liste de mémoire, mais je sais que cela

devait desservir d'abord des comtés de la rive sud ou à la frontière, où il n'y a aucune institution de santé, et aussi des comtés de la rive nord, dans la partie nord. En Gaspésie, par exemple, il y a Grande-Vallée qui est située de chaque côté à soixante-quinze milles, d'une institution; il y a New-Carlisle, ou dans la région de New-Carlisle, Paspébiac, il y avait Kamouraska, l'Islet, Montmagny, Portneuf, Berthier, Saint-Gabriel-de-Brandon, Senneterre. Enfin, il y en a toute une liste de ce genre d'institutions. Est-ce que les officiers du ministère ont pu se pencher sur tous ces projets? J'imagine qu'ils sont tous à peu près semblables. C'est un type d'institutions d'environ vingt à vingt-cinq lits qui, dans le cadre de l'assurance-maladie, devaient servir de centres de santé, et aussi contribuer évidemment à retenir, dans des régions éloignées, des médecins de pratique générale qui, autrement, désertent la région parce que la distance à franchir pour se rendre aux hôpitaux généraux, aux hôpitaux régionaux est trop considérable. Cela les décourage dans la pratique de leur profession. Est-ce que déjà le comité a eu l'occasion d'étudier ce type d'institutions? Plusieurs de ces projets étaient rendus à la phase de construction, d'autres étaient rendus à la phase terminale, aux appels d'offres, et d'autres dont les plans étaient préparés. Est-ce que, M. le ministre, le comité a déjà eu le temps de statuer sur ce type d'institutions?

M. CASTONGUAY: En ce qui concerne les besoins d'un service de santé pour ces populations, qui dans certains cas ne sont pas tellement denses et quelque peu isolées, il est évident qu'il y a un problème qui dure depuis longtemps. Cette formule visait à répondre à ce problème. On sait que, dans les endroits où elle a été utilisée, entre autres aux Etats-Unis, le succès obtenu a été extrêmement limité. C'est pourquoi, dans ce cas, nous entendons utiliser une formule quelque peu différente. Etant donné qu'il y a ici des aspects assez techniques de la question, je demanderais au sous-ministre de commenter cette question en plus du bref commentaire que je viens de faire.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Docteur Brunet.

M. BRUNET: M. le Président, il est difficile de répondre à la question posée par le député de Montmagny, même sur le plan technique, et je ne pense pas qu'on puisse affirmer qu'on a toutes les réponses au problème qu'il soulève. Jusqu'à présent, nous avons pris comme norme le nombre de lits par mille de population, pour essayer d'en arriver à une décision sur l'ensemble des projets soumis. Nous avons pris des normes de distance par rapport à la population, par rapport aux facilités existantes. En ce qui regarde les centres de santé locaux, les hôpitaux à vocation locale, avec 30 ou 40 lits, ces projets

ont été arrêtés ou l'étude se poursuit pour essayer de trouver les formules les plus valables et aussi pour trouver des solutions.

La formule des hôpitaux de 40 lits a été mise en cause au niveau du comité, elle a été fortement discutée. Aux Etats-Unis, à la suite de l'expérience de Hillburton, qui date d'à peu près vingt ans, les rapports des experts américains mentionnent des expériences assez désastreuses. Le programme a été abandonné. Il reste le problème de la maternité, de l'accessibilité aux soins, mais, encore là, on veut essayer de mettre l'accent le plus possible sur des centres d'urgence bien organisés qui peuvent répondre aux besoins. Il y a la maternité qui pose un problème difficile en fonction des distances. Actuellement, nous ne sommes pas capables de répondre à chaque cas individuel. Mais on étudie ce problème et on espère trouver des solutions ou utiliser celles qui ont été suggérées, selon les cas.

M. CLOUTIER (Montmagny): La deuxième discussion portera sur un autre genre d'institutions. Mais toujours au sujet du même genre d'institutions, je sais qu'il y a plusieurs députés autour de cette table et d'autres qui sont en Chambre qui sont concernés, qui se sont préoccupés des services de santé dans leur région et qui ont été sensibilisés à ce problème d'implantation des ressources. Est-ce que le ministre ou le sous-ministre prévoit que cette étude en cours portera sur des transformations possibles de ces centres de santé, en tenant compte de ce qu'on vient de dire? Est-ce que cette étude sera longue? Avec l'avènement de l'assurance-maladie, avec l'accroissement de la demande, le besoin de centres de santé, quelle que soit l'appellation qu'on leur donne, deviendra plus aigu et plus évident.

Cette étude va-t-elle se poursuivre? Pourrait-on avoir une réponse prochainement?

M. CASTONGUAY: C'est une de nos premières priorités et je pense que le problème qui a été soulevé par Asbestos va nous forcer à donner des solutions rapides et à trouver une réponse rapide. Pour répondre de façon très précise, on donnera dans les prochains mois une réponse à chacun des intéressés.

M. CLOUTIER (Montmagny): L'urgence s'accroît du fait que, dans certains cas, les soumissions avaient été demandées et les contrats avaient été accordés. Il y a des dépenses de faites. Les corporations sont aux prises avec des dépenses et même des travaux sont déjà en cours. C'est le même cas que pour les foyers pour personnes âgées. On sensibilise la population à des secteurs dans le domaine social, à la participation de la population. Il ne faudrait pas soulever des heurts par une attente trop longue. Je comprends que le problème peut comporter des aspects un peu plus difficiles à résoudre

mais il faudrait tout de même y mettre la pression, y mettre le temps pour ne pas qu'il y ait de dommage, ni du côté de la population ni du côté des services de santé qui devraient être disponibles dans chacune de ces régions. A ce moment-ci, il y a peut-être des députés qui voudraient intervenir sur ce type d'institutions. On prendra un autre type d'institutions un peu plus considérable par la suite.

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

M. GAUTHIER: Avec votre permission, M. le Président, je voudrais faire remarquer au ministre que dans le cas plus particulier de l'hôpital de Saint-Gabriel-de-Brandon, le projet était en voie de construction, le contrat était accordé, la construction était commencée. Je voudrais faire remarquer que, dans le comté de Berthier, il n'existe pas d'hôpital. Le nord du comté de Berthier où je demeure, où je pratique, est tout de même à 60 milles du premier hôpital. Le petit hôpital qui avait été projeté là, pour 25 lits, semblait à première vue, sans qu'on ait toutes les données que vous possédez au ministère, satisfaire aux exigences de la population. Cependant, il s'est produit une chose assez curieuse, c'est que lors de l'inauguration des travaux qui, par hasard, s'est faite pendant la campagne électorale, le député fédéral qui est résidant de Saint-Gabriel-de-Brandon a cru bon de décliner l'offre d'assister à la cérémonie, en prétextant qu'il existait depuis dix à quinze ans, au ministère, un projet de construction d'hôpital de 300 lits. J'aimerais que M. le ministre me dise si la chose est exacte, si, à son point de vue cela est possible. Deuxièmement, le député aurait dit que, dès que les travaux parlementaires d'Ottawa lui en laisseraient le répit, il viendrait rencontrer et le ministre de la Santé et le premier ministre, pour remettre cette construction en marche en grossissant le projet.

M. CASTONGUAY: Il y a quelques commentaires à faire. Le premier commentaire, c'est que je crois que lorsque le sous-ministre dit que le travail sera terminé dans quelques mois, c'est que tous les projets ont été passés. Cela ne signifie pas pour autant que dans le cas des hôpitaux à vocation locale, les décisions n'auront pas été communiquées ou encore les projets n'auront pas, avant un tel laps de temps, été révisés. Pour un assez bon nombre de cas des recommandations ont été faites, ont été entérinées, ont été communiquées et le travail se poursuit.

En ce qui a trait à Saint-Gabriel-de-Brandon, lorsque la décision a été prise, on m'avait dit d'abord qu'il y avait irrégularité dans ce cas-là, c'est-à-dire qu'un des membres de la corporation était en même temps, lui-même ou un de ses parents, entrepreneur ou sous-contractant

dans le contrat ce qui n'est pas conforme à la Loi des hôpitaux.

Il nous a fallu arrêter ce contrat pour cette raison en premier lieu.

Deuxièmement, il y a également le fait que cet hôpital entre dans le cadre de la revision et, lorsque la décision a été prise, elle a été prise au tout début à cause du fait qu'il y avait ce vice dans les contrats donnés. Mais lorsqu'on pense aux implications à plus long terme, le fait même que la construction ait pu être commencée, n'en constitue pas moins, même si cela peut être extrêmement désagréable et je comprends le dépit qui peut en résulter, un facteur qui m'apparaît moins important que la détermination de ce que pourraient être les meilleurs services à long terme pour la population.

Enfin, en ce qui a trait aux projets qui auraient pu exister dans les dossiers du ministère, si ce projet date de 15 ans, je crois qu'il est aujourd'hui désuet, parce que les choses ont évolué depuis 15 ans énormément et les constructions qui pouvaient être envisagées à ce moment, l'étaient en vertu de considérations bien différentes; l'agencement, l'organisation des services étaient bien différents. Je ne doute pas du fait qu'il ait pu exister un tel dossier au ministère, mais je crois qu'un tel dossier ne peut plus avoir aucune valeur.

En plus, même si ce dossier indiquait à un moment donné un projet d'une telle grandeur, il n'en demeure pas moins qu'il y a bien d'autres projets qui ont été préparés et qui ont été refusés, parce qu'ils étaient trop considérables, ne répondaient pas aux besoins, n'étaient pas possibles. La situation ayant évolué, je crois qu'on doit réévaluer la situation à son mérite aujourd'hui.

Quant à la visite du député fédéral, d'abord on n'a pas refusé de communiquer avec qui que ce soit, qu'il soit député fédéral ou président de corporation ou intéressé à un autre titre dans les besoins de la population, nous serons certainement heureux de le recevoir. Normalement, dans le domaine de la santé, les décisions se prennent au ministère et non au bureau du premier ministre.

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

M. RUSSELL: Est-ce que je pourrais demander au ministre...

M. CLOUTIER (Montmagny): Je voudrais finir des remarques sur le premier type d'institutions à vocation locale, si le député veut parler de l'hôpital de Granby...

M. RUSSELL: Je veux parler sur la question qui a été soulevée par le ministre du fait qu'il y avait irrégularité d'un sous-traitant dans le contrat de Brompton. Etant donné que c'est un sous-contrat et qu'il l'avait obtenu par soumis-

sions publiques, je pense que c'est important que ce soit souligné devant la commission. Il pouvait peut-être y avoir une subtilité. Je crois qu'il l'a eu parce qu'il était le plus bas soumissionnaire. Je ne suis pas au courant du cas, je sou mets simplement la question et, si ce n'est pas exact, le ministre n'aura qu'à me corriger. C'était facile de l'inviter à se retirer, sans arrêter le contrat général. S'il ne s'agissait pas là d'un favoritisme qui peut laisser entendre...

M. CASTONGUAY: Ce n'est pas ce que j'ai voulu laisser entendre, l'opinion...

M. RUSSELL: Je pense qu'il est important que nous clarifiions cette question une fois pour toutes. Je ne suis pas prêt à admettre que c'est une raison pour arrêter l'entrepreneur général de construire. C'en est une pour demander, inviter le sous-traitant à se retirer du contrat et à le remplacer par l'autre qui était le suivant, en payant peut-être quelques dollars de plus, et cela aurait corrigé la situation.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Est-ce que le ministre veut répondre à la question?

M. CASTONGUAY: L'opinion du conseiller juridique du ministère était à l'effet qu'il y avait eu irrégularité, c'a été un des facteurs. Mais la décision de suspendre définitivement s'insérait dans la révision des projets et non pas à cause de cette irrégularité. Quand j'ai mentionné qu'il y avait une irrégularité, je n'ai pas dit qu'il y avait eu favoritisme ou quoi que ce soit de ce genre-là.

M. GAUTHIER: D'ailleurs, je voudrais juste ajouter un mot, M. le ministre. Même si le ministre d'Etat à la Santé, qui est mon collègue en médecine, n'a pas besoin de mon appui, je tiendrais bien à le lui donner quand même relativement au projet de construction de l'hôpital de Joliette qui est nécessairement fort désuet. Ayant envoyé la plupart de mes patients à Joliette, je suis à même de savoir qu'une construction nouvelle s'impose.

M. QUENNEVILLE: Vous êtes bien gentil.

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

M. CLOUTIER (Montmagny): Sur cette question des petits hôpitaux à vocation locale, le sous-ministre, tantôt, nous a mentionné des expériences ailleurs, des expériences qui n'auraient pas été fructueuses. Je voudrais que le sous-ministre ou que le ministre précise: Est-ce que c'est surtout du point de vue médical que l'on a déploré des déficiences?

M. CASTONGUAY: Sur deux plans principalement, sur le plan des coûts d'administration

qui sont élevés et, deuxièmement, le principal, je crois, c'est sur la qualité des soins à moyen terme, de qualité médicale à moyen terme. Il y a des expériences pilotes assez précises sur ce domaine-là. Est-ce que les solutions qu'on va proposer vont s'éloigner tellement de celles qui ont été suggérées à l'origine? Je pense qu'on ne peut pas vous répondre de façon immédiate.

M. CLOUTIER (Montmagny): D'accord. Par la même occasion, le député de Berthier a mentionné un projet qui aurait été soumis au ministère il y a plusieurs années pour un hôpital plus considérable. Je voudrais attirer l'attention du ministre sur un autre cas où on m'a fait des représentations, il s'agit de Saint-Raymond-de-Portneuf où un petit hôpital à vocation locale aurait été accepté en principe. Les gens ont affirmé aussi que, dans leur esprit, c'était un hôpital très considérable qui devrait être bâti. Je ne suis pas de cet avis et je voudrais que le ministre vérifie si un hôpital de 100 lits à Saint-Raymond-de-Portneuf correspond aux besoins de la région.

Pour ma part, sur la question des petits hôpitaux à vocation locale, je ne veux pas mentionner chaque cas, mais chaque cas se ressemble. J'ai mentionné tantôt les comtés où on devait faire l'implantation de ces ressources. Je passe maintenant au type d'hôpital régional qui concerne plusieurs projets qui avaient accepté et qui poursuivaient les différentes étapes. On peut peut-être prendre un type d'hôpital en particulier pour illustrer la discussion que nous venons de faire. Pour le député de Shefford, qui est ici, il y a l'hôpital de Granby, un bon hôpital régional qui est appelé à desservir une région-, à donner une gamme de soins plus étendue et autour duquel peuvent graviter des hôpitaux satellites. On retrouve ce type d'hôpitaux dans plusieurs villes du Québec. Il y a effectivement des hôpitaux de même nature qui ont été construits ou qui sont en construction à Saint-Hyacinthe, à Saint-Jean, à Shawinigan, enfin un peu partout dans le Québec.

Alors, je voudrais maintenant que le ministre ou le sous-ministre nous indique, en ce qui concerne ces projets-là, si on fait la même étude. Est-ce que les critères varient un peu? A ce moment-là, on tient compte aussi du besoin de la région: Pour les malades chroniques on tient compte davantage de certains services de diagnostic, des cliniques externes plus élaborées, réseaux de soins à domicile. Je voudrais que l'on traite, à partir de l'exemple du député de Shefford, de l'hôpital de Granby; ce type d'hôpital pourrait bien illustrer la discussion.

M. CASTONGUAY: Je voudrais simplement mentionner, et je passerai la parole au sous-ministre après, qu'il ne s'agit pas ici d'une remise en question de la formule, comme dans le cas des hôpitaux à vocation locale. H s'agit plutôt d'un examen des besoins, des ressources

et de la nécessité d'équilibrer les ressources. Dans ce sens, il ne s'agit pas d'une remise en question à partir de principes. Je vais maintenant demander soit au docteur Brunet ou à un des officiers du ministère, d'ajouter quelques commentaires. Si j'ai bien compris la question, il ne s'agit pas de cas particulier mais du principe...

M. CLOUTIER (Montmagny): Pas particulier à Granby, qui est un hôpital type de cette catégorie. Vous pourriez illustrer...

M. BRUNET: Pour nous ici, il s'agit beaucoup plus d'élaborer des normes de lits tant pour les soins aux malades chroniques qu'aux convalescents, d'établir des normes et d'essayer de calculer, à partir de ces normes, le nombre de lits disponibles dans la région ou dans le secteur. Et ces normes de lits, celles que nous avons adoptées, sont assez rigides, peut-être en bas des normes habituelles ou des normes souvent reconnues comme telles. Mais encore là, c'est à la suite d'études et aussi pour bien signaler l'importance de mettre l'accent sur la prévention, sur la réhabilitation et sur des formes de traitements alternatives. Des expériences dans plusieurs pays montrent qu'en faisant des substitutions de types de soins, on peut arriver, avec une meilleure utilisation des lits, à en diminuer considérablement le nombre. C'est notre objectif. Il y aura évidemment des campagnes d'information. Il est certain que cela pose des problèmes et des difficultés, mais c'est strictement à partir de normes de lits que nous allons agir, enfin ce sera le point de départ essentiel.

M. CLOUTIER (Montmagny): Si je comprends bien, ces projets ne sont en aucune façon compromis, la réalisation va se poursuivre. Chaque cas particulier va faire l'objet d'une révision du dossier et on pourra procéder par la suite. Les modifications peuvent être apportées assez rapidement pour permettre de compléter les hôpitaux qui étaient rendus à la phase terminale. Il y en avait qui étaient en construction, d'autres en étaient rendus à la phase des soumissions publiques. Est-ce que les délais dans ces cas-là seront considérables ou si des décisions rapides pourront être prises?

M. CASTONGUAY: Vous dites: Si je comprends bien, aucun de ces projets n'est compromis. Ils vont se poursuivre rapidement, etc. Evidemment, la réévaluation n'est pas faite pour la forme. Il se peut que, dans certains cas, des projets soient abandonnés définitivement, dans d'autres qu'ils soient modifiés, qu'ils soient agrandis, que les fonctions prévues soient différentes ou encore qu'ils soient réduits dans leur dimension. Je pense qu'on ne peut pas tenir pour acquis que la réévaluation va donner comme résultat exactement les mêmes décisions

qui ont pu être prises. Un facteur qui est assez important — le sous-ministre l'a mentionné — ce sont les autres formes de traitement qui peuvent être développées. D'ailleurs, déjà, vous aviez posé un certain nombre de gestes dans cette direction, le développement des soins à domicile par exemple. Ce sont des éléments dont nous entendons tenir compte et le sous-ministre a mentionné que les critères utilisés quant au nombre de lits seraient peut-être plus sévères ou sont plus sévères que ceux utilisés dans le passé.

On sait par exemple que dans le domaine du traitement des maladies mentales, il y a une dizaine d'années, les critères qui étaient utilisés ne sont absolument plus les mêmes aujourd'hui. Alors dans le domaine de la construction hospitalière, le développement d'autres formes de service, des approches différentes remettent en question également ces critères et la population n'en souffrira pas pour autant, au contraire; bien souvent elle pourra recevoir les soins à une étape plus rapide ou encore à un endroit qui lui est beaucoup plus facile d'accès. Et toute cette opération vise non pas seulement à réduire les coûts, mais également à donner dans l'ensemble, à partir des mêmes ressources financières, des services plus adaptés aux besoins.

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, dans la même discussion au sujet du même type d'institutions, il y avait des hôpitaux complètement neufs construits à proximité du vieil hôpital et évidemment le vieil hôpital, sa nouvelle vocation, c'était les malades chroniques. L'hôpital devait héberger des malades chroniques. Par contre, il y a d'autres hôpitaux régionaux qui existent actuellement et qui ont fait l'objet d'approbations de principe pour des rénovations qui consistaient surtout dans les cliniques externes, service d'urgence, lits pour malades chroniques. C'est le cas de certains hôpitaux et je sais que, dans certains comtés — il y a ici autour de cette table le député de Témiscouata — il y avait l'hôpital de Notre-Dame-du-Lac où c'était ce genre de transformations qui étaient en cause.

Dans ces cas-là, étant donné que dans certains cas, Saint-Georges-de-Beauce, Notre-Dame-du-Lac et enfin d'autres hôpitaux, c'étaient des additions comportant ce genre de services, est-ce qu'on pourra procéder aussi assez rapidement parce qu'il y avait des contrats qui avaient été accordés et les travaux étaient commencés effectivement?

M. CASTONGUAY: Nous sommes en train de répondre ou enfin d'envoyer une réponse préliminaire à chacun des hôpitaux qui étaient commencés ou assez avancés. Comme dans le cas que vous mentionnez, il y a eu une réponse préliminaire, on a demandé certains renseignements, on attend les réponses et aussitôt que l'on va les avoir, on va donner une réponse

définitive et il n'y aura pas de retard indu. Je ne pense pas qu'il reste tellement d'hôpitaux où la construction était commencée ou assez avancée, où on n'a pas donné signe de vie au moins, sans donner de réponse toujours définitive. A certains endroits on a donné une réponse définitive de continuer, à certains autres endroits on a suggéré des modifications, à certains autres endroits on a demandé des informations supplémentaires.

M. RUSSELL: Je me demande si le ministre, après avoir exposé son désir de vouloir reviser la politique de construction des hôpitaux, sera en mesure d'informer la commission de la décision à venir ou prochaine ou déjà prise dans le cas de l'hôpital de Shefford situé dans la ville de Granby, pour lequel il y avait des soumissions, et les soumissions étaient même reçues et qu'il a jugé bon d'arrêter.

M. CASTONGUAY: D'abord, de façon générale, j'ai demandé, lorsqu'une décision ou une communication était faite, telle que celle dont vient de parler le sous-ministre, qu'on en informe le député du comté. Deuxièmement, en ce qui a trait au cas particulier que vous mentionnez, je vais demander au sous-ministre ou à un membre du comité de réévaluation à quel moment il compte en arriver à ce projet. Est-ce qu'ils y sont arrivés ou est-ce que le travail est en voie d'être terminé?

M. BRUNET: Je peux dire qu'on a répondu, pour tous ceux qui étaient commencés. Pour celui dont vous parlez en particulier, la réponse n'a pas été donnée. Il y a une réunion de prévue au début de la semaine prochaine et je pense qu'à ce moment-là on pourra probablement vous donner une réponse.

M. RUSSELL: M. le Président, dans ce cas, est-ce que je pourrais demander au ministre qu'il nous expose les critères sur lesquels il se base pour étudier ces cas d'hôpitaux régionaux afin que la commission soit informée et que la population puisse, par la mention de ce qui sera dit ici, être assurée que son cas sera jugé suivant des critères, des normes établies d'une façon ferme pour toute la province et qu'il sera jugé aussi équitablement que tous les autres?

M. CASTONGUAY: J'ai exposé tout au cours de l'après-midi l'orientation qu'on prend. Je pense que pour faire le tour de la question, le député de Montmagny peut confirmer que c'est une réponse assez longue. J'ai également, au moment où on a abordé la question des cas spécifiques, repris cette question pour exposer la façon dont nous procédons, à partir de quelle orientation nous opérons. Maintenant, au plan technique si vous me le permettez, je demanderais au sous-ministre de nous dire comment, au plan plus technique, il procède et je pense bien que cela répondra à votre question.

M. BRUNET: Sur le plan technique, le comité qui est présidé par le Dr Bédard qui, malheureusement, est absent pour des vacances qu'il n'avait pas prises depuis longtemps, le comité a établi un certain nombre de normes dont les principales sont celles-ci. D'abord, un principe général est de considérer les facilités hospitalières ou de soins à l'intérieur d'un secteur ou d'une région, de ne pas considérer ou de ne jamais considérer l'hôpital comme isolé. C'est-à-dire que si dans une ville — évidemment cela se pose surtout dans les grandes villes — il y a plus d'une facilité hospitalière on considère les facilités hospitalières de l'ensemble du secteur et on a considéré les facilités tant au point de vue du bien-être que de la santé.

Par la suite, à partir de critères et de normes qui ont été tirées particulièrement des études de la commission d'enquête, d'études du comité de planification des Cantons-de-l'Est, nous avons établi les critères pour les lits de soins intensifs, de soins chroniques, de soins convalescents, de soins psychiatriques, et, à partir de ces normes, nous les avons comparées avec ce qui existait.

Pour vous donner un exemple, nous avons étudié pour savoir, dans une région ou dans un secteur, quels étaient les besoins de lits par rapport à la population. Si on arrive à un barème qui est de beaucoup supérieur aux besoins qu'on calcule d'après nos normes, à ce moment, on cherche des solutions alternatives ou une meilleure utilisation des lits, en fonction de nos barèmes.

Evidemment, nos barèmes peuvent être critiqués ou remis en cause, nous pouvons en discuter longtemps. Mais les barèmes sont objectifs et, à moins que l'hôpital ne soit très avancé dans sa construction avec des barèmes plus larges, on utilisera les mêmes barèmes dans chacun des milieux concernés. Je peux vous en assurer. On pourra remettre et nous-mêmes sommes prêts à remettre en cause nos barèmes pour discussion et pour évaluation progressive.

M. RUSSELL: M. le Président, je me demande si le ministre est au courant du dossier de l'hôpital de Granby, qui a été le sujet d'analyses, d'études et de discussions depuis quinze ans. Une étude a été faite par un spécialiste payé par la ville de Granby, qui y était favorable. Le gouvernement précédent, par deux fois, avait promis de construire l'hôpital et ensuite il ne l'a pas construit pour d'autres raisons. Il a commencé à chambarder le territoire par suite de nouvelles normes. Cette étude a varié tellement souvent; c'était oui, c'était non. A un moment donné, la population a commencé à en être fatiguée. Elle veut se révolter, et je suis prêt à l'appuyer. Je trouve que nous en sommes rendus à un point où cet hôpital devrait immédiatement avoir priorité. Quelles que soient les normes, on devrait donner une réponse, que ce soit oui ou non.

Si c'est non, je pense qu'on devrait être

certain qu'il y aura justice dans ce cas. On a tenté d'accrocher cette région en partie à la ville de Montréal, en partie à la ville de Sherbrooke. Il s'agit de nonnes inacceptables dans une région industrielle comme celle-là, qui se développe au rythme où se développe la région des Cantons-de-l'Est, le comté de Shefford et sa banlieue. Nous ne pouvons comparer cela à des régions comme la Gaspésie, la Beauce ou d'autres. Je n'en veux pas à ces régions, ce sont les situations économiques qui les dirigent ; mais les populations sont quand même là, il faut leur donner un service local.

Dans l'étude finale et l'acceptation qui avait été faite, on voulait corriger la situation par un hôpital pour malades chroniques, comme le mentionnait tout à l'heure le ministre. Nous avons, dans notre hôpital, chez nous, plusieurs personnes qui pourraient facilement être hospitalisées dans un hôpital pour malades chroniques qui coûte beaucoup moins cher. Et nous avons des gens qui pourraient aussi être en convalescence dans un tel hôpital. C'était un plan global pour tout et pour corriger cette situation qui existe chez nous.

Si on veut laisser cela sur la tablette, on sait comment on procède souvent... Les normes on les oriente un peu, on leur fait dire ce qu'on veut, c'est un peu comme les chiffres. Il y a certainement des comptables qui savent de quelle façon on oriente les chiffres. On oriente les chiffres pour leur faire dire ce qu'on veut. Et, si on se sert des normes pour faire dire exactement... C'est un peu à l'expérience passée que je réfère.

Je voudrais bien qu'on donne priorité à ce projet afin de rassurer la population. Je suis convaincu que le ministre va comprendre qu'il y a un malaise qui existe actuellement là, provoquant un peut le sens révolutionnaire, et ce n'est pas bon, étant donné le climat qui devrait régner actuellement vu l'instauration de l'assurance-maladie qui s'en vient prochainement.

M. CASTONGUAY: Je prends bonne note...

M. RUSSELL: Je voudrais bien que cette question soit étudiée. C'est un peu comme le cas qu'on discutait tout à l'heure, l'hôpital de Brompton en disant qu'il y avait une irrégularité. Je tiens à préciser ceci après information reçue. Il s'agit d'un membre de la corporation qui était simplement membre d'une société qui fut le plus bas soumissionnaire. Cette personne n'avait pas le contrôle des parts, elle détient seulement des parts. Donc, je pense que l'irrégularité n'est pas aussi forte qu'on pourra le laisser entendre. Il pourrait même y avoir doute sur ce qu'a avancé le ministre actuellement, ou son conseiller juridique. Je ne dis pas que l'avis n'est pas juste, mais je pense que c'est un critère très faible pour annuler ou arrêter un projet. Je pense que le comité devrait tenir pour acquis que ceci n'aurait même pas dû être mentionné comme critère pour l'annulation d'un projet.

M. CASTONGUAY: J'ai dit à deux reprises que le projet n'avait pas été arrêté de façon permanente à cause de cette irrégularité, mais parce que la formule était remise en question. Alors ce projet va être réévalué. Maintenant, quant à l'hôpital de la ville de Granby, je prends bonne note des commentaires du député. Il semble qu'au cours des années un certain nombre de situations se sont détériorées comme celle-là. Cet après-midi, j'ai rencontré les représentants de la ville d'Asbestos. C'est un problème qui est connu depuis un certain nombre d'années. Si rien n'a été fait pour le régler plus tôt, je ne crois pas que j'en sois responsable. Les gens de la ville d'Asbestos nous ont dit: Notre projet doit être une priorité. Vous nous dites: Le projet de la ville de Granby doit être une priorité.

Les gens de Saint-Henri m'ont dit: Notre projet doit être une priorité. Alors, je mentionne ceci pour vous indiquer la difficulté du problème. Le développement des services de santé n'est pas un problème qui se pose depuis un an, il ne se pose pas uniquement depuis quatre ans, il se pose depuis de nombreuses années et je puis vous assurer d'une chose, c'est qu'à la commission, le travail qui se fait tend à vouloir corriger d'une façon un peu plus permanente ces situations. C'est pourquoi il faut réévaluer de telle sorte qu'on puisse répartir les ressources en fonction des besoins. Je puis vous assurer que je prends bonne note de vos commentaires et la commission va continuer son travail de la façon la plus rapide possible.

M. LE PRÉSIDENT (Fortier): Est-ce que je peux poser une question aux membres de la commission? Il avait été entendu avec les représentants des différents partis qu'une fois qu'on avait discuté de la politique générale et couvert tous les articles, on semblait vouloir adopter les crédits demandés. Est-ce que les membres veulent continuer le sujet abordé ou veulent qu'on ajourne les travaux à demain matin, 10 heures?

M. RUSSELL: Je suis bien prêt à continuer, je ne suis pas intéressé au détail des crédits, simplement je voudrais une fois pour toutes vider cette question de normes et de priorités. Je n'ai pas accepté les avancés que vient de faire le ministre sur cette question des priorités et je voudrais être en mesure de répondre. Mais je voudrais laisser aux membres de la commission le choix de dire s'ils veulent continuer la discussion générale ou ajourner à demain matin.

M. CLOUTIER (Montmagny): La Chambre est ajournée. Si on termine nos travaux — je ne sais pas, tout le monde a le droit de parole, il n'est pas question de priver qui que ce soit de son droit de parole —. La commission a le droit de siéger jusqu'à expiration. En établissant l'ordre des travaux nous avons prévu qu'après la discussion générale, en plus de la discussion

très importante que nous faisons actuellement et qui concerne tous les députés de la Chambre, parce qu'il n'y a pas de comté où il n'y a pas effectivement de ressources dans le domaine de la santé, après cette question importante, il y avait très peu de questions à l'ordre du jour. Si les députés veulent continuer la discussion sur la construction d'hôpitaux, nous pourrions siéger demain une demi-heure et je pense que dans une demi-heure nous pourrions terminer l'étude des crédits du ministère de la Santé.

M. CASTONGUAY: Il y a aussi une autre possibilité. Dans un certain nombre de cas, on a demandé s'il était possible de rencontrer les fonctionnaires du ministère pour bien exposer tout le dossier, de telle sorte que, dans les décisions qui sont prises, aucun aspect ne soit ignoré dans chaque cas. Les fonctionnaires du ministère se sont fait un plaisir de le faire, alors il y a peut-être là un élément de solution.

Si la discussion doit se poursuivre, je suis prêt à donner suite à la suggestion du député de Montmagny. Qu'on la reprenne plus tard.

M. RUSSELL: Je suis prêt à accepter l'offre du ministre de rencontrer les fonctionnaires pour discuter du cas bien particulier de Shefford, cette semaine ou la semaine prochaine.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Vous êtes d'accord. Le député de Nicolet.

M. VINCENT: M. le Président, je vais prendre seulement quelques instants pour poser une question au ministre de la Santé. Est-ce que le ministre de la Santé pourrait nous dire très brièvement où en sont les procédures en ce qui concerne l'acquisition du Mont-Bénilde à Sainte-Angèle, comté de Nicolet, qui doit devenir un institut psychiatrique de la région de la Mauricie? C'était le seul point que je voulais soulever. Le ministère de la Santé avait négocié avec les Frères des écoles chrétiennes. On avait accepté, en principe, l'achat de la bâtisse du Mont-Bénilde, on devait transformer cette institution d'enseignement en institut psychiatrique et les frères attendent avec impatience...

M. CASTONGUAY: C'est la première nouvelle que j'en ai. On ne m'a pas soumis ce cas. Je ne sais pas s'il y a quelqu'un ici du service du Dr Bédard qui pourrait nous dire où en est cette affaire.

M. LAMBERT: Le Dr Bédard, qui est en vacances, m'a dit, avant de partir, qu'il avait une dernière note à mettre au sujet du dossier du Mont-Bénilde et qu'il me ferait parvenir ces jours-ci des commentaires pour que je puisse, en son absence, rencontrer le sous-ministre et le ministre. Dans notre esprit à nous, la direction générale de la psychiatrie, nous trouvons évidemment que le Mont-Bénilde — c'est un petit

peu notre dada — constituerait un hôpital psychiatrique régional très acceptable et qui pourrait répondre aux besoins. Il a été discuté déjà, par les officiers du ministère et par un ancien sous-ministre, des prix possibles concernant l'acquisition de cet établissement. Il y a encore quelques points qui ne sont pas complétés. Je sais que les autorités du Mont-Bénilde, qui ont communiqué avec moi il y a quelques jours, attendent également une réponse. Nous pourrions, dès la semaine prochaine, avoir les éléments qui me permettront de rencontrer M. le ministre.

M. LAURIN: D'accord.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Cela répond à votre question?

M. SIMARD (Témiscouata): M. le Président, le député de Montmagny a parlé il y a quelques instants de l'hôpital de Notre-Dame-du-Lac. Si j'ai bien compris, le ministre aurait dit par l'intermédiaire de son sous-ministre que des renseignements additionnels avaient été demandés à la corporation et que ces renseignements n'ont pas été donnés. Est-ce que j'ai bien compris ou si? ...

M. CASTONGUAY: IL a dit que des renseignements avaient été demandés. Je ne sais pas s'ils sont arrivés ou non. On a tout simplement envoyé une lettre. La lettre est ici. Je pourrai vous la montrer tout à l'heure. On a donné des instructions pour protéger ce qui était commencé. On leur a dit qu'on leur donnerait des nouvelles très bientôt.

M. SIMARD (Témiscouata): Le dossier que vous tenez concernant l'hôpital de Notre-Dame-du-Lac serait-il complet si l'on tient compte des besoins de cette partie de la population de la province? Je suis en mesure de dire que l'ancien ministre s'est rendu sur place et qu'il a été un peu surpris de voir dans quel état se trouvait ce vieil hôpital construit depuis déjà 35 ou 40 ans. Je crois qu'il n'y aurait pas lieu de retarder davantage la rénovation, qui après étude, avait été acceptée. C'est un projet qui remontait à deux ans et demi. Je crois que cela a été suffisamment passé au crible. Cela a été réduit au minimum. Il n'y aurait pas lieu de retarder davantage. Nous restons dans une région où la température y est pour quelque chose. Si on retarde indéfiniment, je crois qu'il y aura des coûts supplémentaires qui proviendront de cette construction.

M. CASTONGUAY: Tout ce que je peux vous répondre, c'est qu'on n'a pas donné une réponse définitive. On n'attend pas les renseignements. C'est l'hôpital qui attend notre décision finale. Là-dessus, je veux bien que vous compreniez que ce n'est pas par mauvaise volonté, ce n'est pas pour retarder indûment les

choses. La commission et moi-même, comme sous-ministre, devons prendre connaissance d'une série de dossiers, de réévaluation des choses, ce qui fait que les choses retardent parfois peut-être un peu trop. On s'est efforcé de donner jusqu'à maintenant les réponses les plus objectives et ce, le plus rapidement possible.

M. SIMARD (Témiscouata): Nous l'espérons parce que, quand on parle de rénovation d'un hôpital de cette envergure, on sait d'avance que les services devront être abandonnés temporairement. En hiver, cela causera certainement des problèmes. Dans le comté de Témiscouata, nous avons deux petits hôpitaux dans ce genre-là. Il y en a un dans Kamouraska mais il est toujours rempli à pleine capacité. La population verrait mal que les services soient abandonnés à cause de la température.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je voudrais préciser ce que vient de dire le député de Témiscouata. Effectivement, je suis allé visiter l'hôpital; j'ai constaté la déficience de certains services et le manque de lits pour malades chroniques. Si on se souvient des épreuves qu'a traversées cette municipalité, je demanderais au ministre et à ses fonctionnaires d'inscrire la municipalité de Notre-Dame-du-Lac sur la liste des priorités en ce qui concerne les décisions à prendre.

Et pour terminer cette discussion — s'il n'y a pas d'autres membres de la commission qui désirent prendre la parole — je voudrais poser une question au ministre, étant donné qu'on a discuté de certains projets, de certains types d'hôpitaux. On aurait aussi pu parler de la troisième catégorie, les grands hôpitaux universitaires, mais c'est un tout autre problème; il y a l'aspect de la recherche, de l'enseignement, de la formation du personnel. C'est une autre catégorie d'hôpitaux. Je demanderais au ministre, étant donné qu'il y a un comité qui travaille sur ces projets d'hôpitaux, s'il aurait l'amabilité non pas à tous les jours, mais à certaines étapes importantes, de me renseigner — étant donné que j'ai suivi de très près le développement des ressources — afin qu'à mon tour je puisse renseigner ceux qui me demanderont des informations. De toute façon, cela facilitera également mon travail pour les prochaines prévisions, l'étude des crédits de l'an prochain. J'apprécierais que le ministre par ses fonctionnaires, ou les fonctionnaires par le ministre, me transmettent des renseignements aussi souvent qu'ils le jugeront à propos. J'ai également noté qu'il doit informer les députés. C'est important que les députés soient informés, surtout dans le domaine de la santé, de décisions aussi importantes qui concernent les hôpitaux de leur comté et l'implantation des ressources. Sur ce sujet, M. le Président, j'ai terminé.

J'aurais une simple autre question à poser au

ministre. Evidemment, on n'a pas traité tous les sujets. Je ne voudrais pas que, dans le public, chez les journalistes ou chez les fonctionnaires, on s'imagine ou on pense que, parce qu'on n'a pas traité de façon plus élaborée certains points du budget ou certains problèmes particuliers, c'est parce qu'on n'en reconnaît pas l'importance. C'est parce que le ministre, à l'occasion du projet de loi de l'assurance-maladie, au cours de l'étude des prévisions budgétaires du ministère de la Famille et du Bien-Être social et au cours de cette étude, a eu l'occasion de parler longuement de la politique générale du ministère. Comme je l'ai dit pour les crédits du ministère de la Famille et du Bien-Être social, il est peut-être moins important à ce moment-ci étant donné qu'il vient d'entrer en fonction, d'étudier article par article ce budget sur lequel nous-mêmes nous avons travaillé.

L'an prochain nous ferons une étude plus exhaustive de chacun des articles, de chacun des postes et le ministre aura eu le temps davantage de se familiariser avec toute cette complexité du ministère de la Santé comme avec celle du ministère de la Famille qui sont les deux ministères les plus importants du gouvernement. Je ne voudrais pas à ce moment-ci engager un débat avec le ministre de l'Éducation, mais disons que ces deux ministères réunis ont un budget tout de même de \$1,350,000,000. Alors, le futur ministère des Affaires sociales sera le ministère le plus important du gouvernement.

Alcoolisme

Et, avant de terminer, je voudrais poser cette autre question, elle s'inscrit dans le domaine de la psychiatrie. On sait que le ministre a mentionné au cours de l'après-midi l'importance des budgets qui ont été, avec les années, consacrés à ce secteur de la formation; il faut souligner aussi la répartition des effectifs, un effort spécial a été fait. Cela a été couronné de succès. Il y a eu une décentralisation des effectifs de sorte que maintenant on peut dire que les régions de la province qui, autrefois étaient totalement dépourvues d'effectifs, de professionnels dans cette spécialité, et qui, aujourd'hui, sans l'être complètement, sont, tout de même pourvues de services minimums qui peuvent être assurés à la population. Il y a aussi cet autre secteur qui est important à mon sens et qui prendra de plus en plus d'importance à l'avenir, c'est celui qui relève du Dr Boudreau, celui de l'OPTAT, celui du service de la lutte contre l'alcoolisme, contre les toxicomanies. On sait que le problème est discuté à l'échelle gouvernementale, le problème est soulevé parfois par le ministre de la Justice, parfois par d'autres ministres, le ministre de l'Éducation.

Je voudrais attirer l'attention du ministre sur l'importance de ce secteur. Nous avons fait adopter par l'Assemblée nationale en 1969, si

ma mémoire est fidèle, en 1968 peut-être, la loi de l'OPTAT. Je voudrais rappeler que c'était notre intention dans les prévisions budgétaires de séparer ce poste de l'OPTAT et de lui assurer véritablement les pouvoirs et les possibilités d'assumer toutes ces obligations-là. Alors, j'attire l'attention du ministre, probablement qu'il n'a pas eu le temps de le faire, sur ce secteur de l'OPTAT et sur les services que cet organisme peut assurer à la population. J'aimerais, si le ministre a un commentaire à faire sur l'OPTAT, l'entendre à ce moment-ci.

M. CASTONGUAY: Je sais que dans le domaine des drogues et de l'alcoolisme, ce n'est pas un problème particulier au Québec, il y a un effort de compréhension, un effort d'éducation, un effort de contrôle, de traitement qui s'impose. L'OPTAT semble avoir donné des résultats extrêmement valables jusqu'à présent.

J'ai pris connaissance d'un dossier et la loi de l'OPTAT est entrée en vigueur uniquement le 1er mai cette année...

M. CLOUTIER (Montmagny): C'est exact.

M. CASTONGUAY: Dans l'avenir, je pense bien que, par rapport aux autres besoins, il s'agira de faire en sorte que cet organisme puisse fonctionner adéquatement, et l'une des premières exigences est l'allocation d'un budget suffisant.

Ministre d'Etat

M. CLOUTIER (Montmagny): M. le Président, si d'autres membres de la commission n'ont pas d'autres questions à poser, je voudrais, avec l'accord du député de Bourget qui a dû s'absenter, accepter en bloc les crédits du ministère de la Santé, quitte à réserver un poste, le poste budgétaire numéro 1, pour discussion générale en Chambre, au cas où d'autres députés voudraient poser des questions.

Je voudrais demander au ministre, avant de terminer, quelles sont les attributions spéciales qu'il a confiées à ses deux ministres d'Etat qui sont ses collaborateurs au ministère de la Santé.

M. CASTONGUAY: Je pense qu'il importe de bien s'y connaître pour pouvoir bien fonctionner. Au début, j'ai demandé au ministre d'Etat à la Santé, comme première mission, de faire une revue des programmes des soins à domicile, de même que de faire une revue des commentaires qui ont pu être faits en ce qui concerne la Loi des hôpitaux et d'effectuer un travail de mise en place de structures pour l'application de cette loi. Il me semble qu'en fait, dans une constatation que j'ai faite, il n'y a pas d'organisme, il n'y a pas de structures au ministère qui soient chargées spécifiquement de l'observation des règlements de la Loi des hôpitaux. Il y a là un problème qui doit être étudié.

J'ai aussi demandé au ministre d'Etat à la Santé et au ministre d'Etat de la Famille et du Bien-Etre social de faire certaines visites dans les foyers qui ont pu être construits récemment, de telle sorte qu'on puisse voir, autrement que sur papier, à quoi correspondent les normes de construction, les normes d'équipement, pour voir s'il y a exagération ou si cela correspond à peu près aux conditions de vie des gens qui habitent maintenant ces foyers.

Est-ce que, également, ces normes pourraient être trop basses ou trop élevées et entraîner également des coûts, des per diem difficilement supportables? Le Dr Quenneville a fait un certain nombre de visites, m'a fait rapport et un des rapports qu'il m'a faits indiquait justement qu'il faudrait être assez prudent dans la construction et l'ameublement des foyers. On y retrouverait un certain luxe qui a déjà été déploré dans le passé, dans certaines de nos institutions, et qui contribue à hausser les coûts d'opération.

J'ai confié également diverses tâches plus spécifiques, plus particulières, au Dr Quenneville, mais disons que ce furent les champs principaux de ses préoccupations.

Quant au ministre d'Etat à la Famille et au Bien-Etre social, même si cela est en dehors des crédits, étant donné l'entrée en vigueur prochaine de la Loi de l'aide sociale, je lui ai demandé de reviser le dossier, de visiter certains des bureaux locaux pour rencontrer le personnel, d'analyser la réglementation, de prendre connaissance des mécanismes d'implantation et de me faire rapport de ses constatations au fur et à mesure que son travail progressait. C'est le désir que j'ai mentionné hier, que cette loi entre en vigueur le plus rapidement possible.

Maintenant, au fur et à mesure que nous progresserons, ou que le temps passera, et que les deux ministres d'Etat se seront acquittés de ces tâches, de nouvelles tâches leur seront confiées et, dans certains cas, elles pourront devenir des attributions permanentes. Je crois que vous avez vécu l'expérience. Il faut d'abord apprendre à se connaître et, deuxièmement, apprendre à bien travailler ensemble et à faire appel, de part et d'autre, aux habiletés, aux ressources, aux connaissances que chacun de nous peut avoir, afin de viser au partage le plus efficace possible des responsabilités.

M. CLOUTIER (Montmagny): Je remercie le ministre de ces renseignements et de tous les renseignements qu'il nous a fournis au cours de cette journée d'étude des prévisions budgétaires du ministère de la Santé.

Comme dernière remarque, je voudrais nous excuser, nous, les membres de la commission, auprès du personnel du journal des Débats, pour avoir prolongé les discussions au-delà de l'heure réglementaire et les remercier de leur collaboration. Je voudrais vous remercier, M. le Président, de votre pondération, de votre modération à diriger ces débats qui, à aucun moment,

ne se sont écartés de la ligne de la sérénité et de la modération.

Je voudrais également souligner que la présence des fonctionnaires ici, à ces débats, est pour eux un enrichissement. Ils peuvent prendre une vue d'ensemble du ministère, ils font un tour d'horizon avec les titulaires et les membres de la commission parlementaire. Les tâches et les responsabilités qu'ils assument sont très considérables. Leur domaine est en constante évolution et, dans les mois à venir, évidemment il connaîtra aussi des transformations assez importantes par suite des études qui sont faites. Sur ces mots je dis au ministre que nous nous retrouverons l'an prochain — si Dieu nous prête vie — autour de cette table pour discuter plus

longuement des prévisions budgétaires du ministère de la Santé.

M. LE PRESIDENT (Fortier): Je remercie tous les membres de la commission. Est-ce qu'ils adoptent tous les crédits du ministère de la Santé? Les deux membres qui sont partis ont affirmé qu'ils adoptaient les crédits.

M. CASTONGUAY: Merci.

M. LE PRESIDENT (Fortier): La séance est levée.

(Fin de la séance: 18 h 41)

Compte rendu des délibérations des commissions

L'édition des délibérations des commissions de l'Assemblée nationale paraît environ dix (10) jours après chaque séance.

Elle comprend les interventions dans la langue où elles ont été faites devant la commission et, parfois, certains documents annexés.

Un premier tirage limité est distribué aux députés et aux correspondants parlementaires, généralement une heure après le discours. Des copies sont aussi disponibles au bureau du directeur pour les opinants.

Les députés peuvent soumettre à l'éditeur, pour leurs propres interventions et dans les délais prévus, les corrections absolument nécessaires pour des erreurs de fait ou des fautes de forme. Le même privilège est réservé aux opinants.

Pour plus de 25 exemplaires du journal des Débats, la commande doit être faite par écrit au bureau des Débats (78-A) au plus tard le lendemain du discours.

Un index général est préparé chaque jour pour être publié à la fin de la session. Il est disponible au coût de \$2. On peut obtenir des informations du service de l'index en appelant 693-2771.

On s'abonne au journal des Débats en envoyant au comptable de l'Assemblée nationale \$8 par année. (Les chèques ou mandats-poste doivent être faits à l'ordre du ministre des Finances).

Le directeur
Benoît Massicotte
Bureau: 78-A
Téléphone: 693-2890