



Assemblée nationale
Québec

journal des Débats

COMMISSIONS PARLEMENTAIRES

Quatrième session - 32e Législature

Commission permanente
des affaires sociales

Étude des crédits du ministère
des Affaires sociales (3)

Le mercredi 4 mai 1983 - No 37

Président: M. Richard Guay

Table des matières

Services en centres hospitaliers	B-2107
Problème de langue dans les hôpitaux	B-2133
Les infirmières auxiliaires	B-2139
Hôpitaux psychiatriques	B-2142
Coordination de la recherche	B-2147
Coordination régionale et nationale	B-2148
Demande de création d'un CRSSS à Laval	B-2150
Direction et gestion	B-2157

Intervenants

M. Hubert Desbiens, président

M. Pierre-Marc Johnson
Mme Thérèse Lavoie-Roux
M. Christos Sirros
M. Richard D. French
Mme Lise Bacon
M. Michel Leduc

Abonnement: 30 \$ par année pour les débats de la Chambre
30 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires

Chèque rédigé à l'ordre du ministre des Finances et adressé à
Éditeur officiel du Québec
Diffusion commerciale des publications gouvernementales
1283, boulevard Charest-Ouest
Québec G1N 2C9
Tél. (418) 643-5150

0,75 \$ l'exemplaire - Index 5 \$ en vente au
Service des documents parlementaires
Assemblée nationale
Édifice H - 4e étage
Québec G1A 1A7

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Le mercredi 4 mai 1983

Étude des crédits du ministère des Affaires sociales

(Dix-neuf heures vingt et une minutes)

Le Président (M. Desbiens): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission élue permanente des affaires sociales reprend ses travaux pour étudier les crédits de l'année 1983-1984 de son ministère.

Mme Lavoie-Roux: Il nous reste les centres hospitaliers, les CRSSS et la direction du ministère. Je pense que ce sont les trois programmes qui restent.

Une voix: Il reste aussi le programme 7.

Mme Lavoie-Roux: Ah oui! La recherche.

Le Président (M. Desbiens): Nous sommes au programme 3.

M. Johnson (Anjou): Nous commençons le programme 3, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Nous commençons le programme 3. M. le ministre.

Services en centres hospitaliers

M. Johnson (Anjou): M. le Président, je voudrais simplement, pour les fins de l'enregistrement de nos débats, dire que nous avons adopté, la semaine dernière, le programme 4, au cas où cela n'aurait pas été consigné, ainsi que le programme 5, Services en centres d'hébergement, ainsi que le programme 6, Services en centres de réadaptation. Les programmes 1 et 2 avaient été adoptés à la séance précédente. Il reste donc le programme 3, Services en centres hospitaliers; le programme 7, Coordination de la recherche; le programme 8, Coordination régionale et nationale, et le programme 9, Direction et gestion.

M. le Président, à l'égard du programme 3, Services en centres hospitaliers, compte tenu du fait qu'au moment de mes remarques préliminaires, au début de la commission, j'ai eu l'occasion d'évoquer certains des éléments les plus importants, je laisserai la députée de L'Acadie faire des commentaires généraux en matière de santé, si elle en a.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Je pense, M. le Président, qu'on avait abordé le programme 3 en posant des questions d'ordre général touchant la santé. Par exemple, on avait parlé de l'épandage des insecticides - on n'y reviendra pas - et de diverses questions comme celle-là. Je les appelle "des questions d'ordre général", en fait, qui touchent le fonctionnement des hôpitaux et ainsi de suite. Il y en avait peut-être quelques autres sur lesquelles je voudrais continuer.

Si ma mémoire est bonne - je peux me tromper - je pense que, lorsque nous nous sommes quittés, on parlait de l'effectif en disponibilité dans le réseau des affaires sociales. Le ministre nous avait dit qu'il y en avait environ 1500 en disponibilité.

M. Johnson (Anjou): Environ 1350.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'on peut avoir le chiffre exact?

M. Johnson (Anjou): Oui. On va vous le donner tout de suite. Ce sont 1337.

Mme Lavoie-Roux: Il y en a 1337 qui sont en disponibilité. J'aimerais poser une question au ministre, là-dessus. Lors de la dernière ronde de négociations - en fait, qui n'est même pas tout à fait terminée - il y a eu un plafond établi quant aux mises en disponibilité qui devaient être d'environ 1200. Cette disposition est valable pour un an, je pense, jusqu'en mars 1984. Le ministre peut-il nous dire ce qu'il adviendra des personnes qui pourraient être mises en disponibilité dans les efforts de rationalisation qui pourraient être faits à l'intérieur des établissements et, d'une façon plus particulière, là où des décisions administratives sont prises ou à la veille d'être prises quant à la transformation d'établissements? Je pense à Sainte-Jeanne-d'Arc et au Reddy Memorial. Je pense au transfert d'effectif, dans la région de Québec, touchant la pédiatrie. Si ce plafond de 1200 existe, comment pourra-t-on procéder à la rationalisation?

Le Président (M. Desbiens): M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Il y a deux choses. Il y a, d'une part, la définition du plafond, sa durée et son applicabilité. D'autre part, à toutes fins utiles, la question que soulève la

députée de L'Acadie, c'est, de façon générale: Dans quelle mesure peut-on concilier la notion d'un plafond avec des mesures de rationalisation qui entraînent une augmentation du nombre de personnes mises en disponibilité dans certains cas?

Quant à la première partie de sa question, je dirai que, s'il est exact que nous avons consenti un plafond de 1200 personnes lors de la négociation avec les syndicats, notamment à la suite de la rencontre des présidents des centrales syndicales avec le premier ministre le 20 janvier, il s'agissait d'une proposition qui était dans le cadre d'un effort de règlement, règlement que nous avons obtenu avec l'ensemble des syndicats, à l'exception du plus important sur le plan de l'effectif numérique, la CSN, c'est-à-dire la Fédération des affaires sociales. Dans la mesure où la Fédération des affaires sociales, la CSN, ne signe pas cette entente, je ne suis pas sûr que nous devons nous considérer comme liés à l'égard de cette notion de plafond.

Or, il y avait à la CSN, au début de l'année, environ 950 personnes sur un total de 1195 ou 1200. Si la CSN n'accepte pas de signer une entente, ce sont les décrets qui s'appliquent. C'est ce qu'on aura l'occasion de constater à l'occasion du dépôt du projet de loi visant à remédier aux problèmes de forme, à l'égard de la question linguistique, notamment. Dans la mesure où nous ne nous sentons pas liés par ce plafond, je pense que nous avons là une plus grande marge de manoeuvre sur le plan des efforts qui seraient faits du côté de la rationalisation.

Deuxièmement, il faut bien se rendre compte qu'il y a deux choses. Il y a, d'une part, le développement et, deuxièmement, l'attrition, qui peuvent jouer pour toutes sortes de raisons. Le plafond est un plafond "provincial" et nous considérons que, dans les crédits pour l'année qui vient, il y aura près de 1200 postes, au total, dans les équivalents à temps plein qui s'ouvriront dans le réseau. Il faut bien se rendre compte qu'il y a là-dedans le Centre hospitalier de Gatineau avec 800 postes équivalents à temps plein et d'autres postes. Je pense à des centres d'accueil, je pense à certains CLSC et, évidemment, à Pierre-Boucher qui n'a pas terminé son recrutement, de même qu'à Valleyfield et Le Gardeur. Il y a donc là un potentiel d'absorption qui est, cependant, limité avec la clause des 50 kilomètres, dans la mesure où elle s'applique, mais elle ne s'applique pas dans tous les cas. D'autre part, il y a l'attrition naturelle, des départs qui se font dans le réseau par décès ou autrement, qui libère autant de postes.

S'il est exact que cette notion de plafond nous rend les choses plus difficiles administrativement en termes de planification, et, je dirais, de conséquences financières dans l'espace d'une année

financière plutôt que deux ou trois, il n'en demeure pas moins que c'est une chose avec laquelle nous pouvons vivre. Quant à nous, dans l'équilibre toujours difficile qui se fait en négociation entre obtenir un règlement et accepter des contraintes additionnelles c'est un jugement que nous avons porté à ce moment-là. Mais, encore une fois, la question reste ouverte quant à savoir si le plafond doit s'appliquer dans le cas de la FAS, dans la mesure où elle n'a pas signé. Les autres ont signé sur un plafond.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre semble dire avec certitude que la notion du plafond ne s'applique pas à la FAS, mais est-ce que ce n'était pas un plafond qui était établi pour l'ensemble du réseau?

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: À ce moment, c'est difficile de partager les uns et les autres.

M. Johnson (Anjou): Deux choses: premièrement - c'est un élément que j'ai négligé - il y a un autre mécanisme qui permet une résorption du Service de placement des affaires sociales, le SPAS. Maintenant, les nouvelles dispositions des conventions collectives ou du décret, selon le cas, prévoient qu'il y a une priorité aux employés qui ont la sécurité d'emploi sur les employés qui sont sur la liste de rappel et n'ont pas la sécurité d'emploi. Cela veut dire en pratique que, dans une région comme Québec ou Montréal, par exemple, dans la mesure où des postes sont ouverts à la suite d'un départ, les anciennes conventions collectives faisaient en sorte que quelqu'un qui n'avait pas la sécurité d'emploi, mais était sur la liste de rappel depuis, disons, huit ans était le premier à pouvoir postuler le poste, alors que maintenant, les nouvelles dispositions disent: On y va par statut, selon qu'il s'agisse d'une personne qui a la sécurité d'emploi ou non. Les personnes qui sont dans la région de Québec, possiblement en disponibilité, se verront assignées de façon prioritaire pour remplir des postes laissés vacants pour n'importe quelle raison dans d'autres établissements dans la même région. C'est un troisième mécanisme important en ce qui concerne la résorption du plafond.

Quant à la question de savoir si le plafond est applicable à tous, je ne veux pas me transformer en interprète juridique des textes. Je dirai ceci: Il a été établi à partir de considérations qui touchaient, entre autres, la CSN, la FAS, mais qui touchaient également onze autres groupes. Nous avons les chiffres au moment où nous avons établi le plafond. Il y avait, par exemple, à titre

d'hypothèse, quelque 900 personnes de la FAS, 12 du Syndicat canadien de la fonction publique, 13 ou 18 ou 32 du SPIIQ, etc. C'est en fonction de leur appartenance à ce plafond que nous nous considérons liés, que ce soit au prorata ou en termes de chiffres absolus. Mais dans la mesure où la FAS ne signe pas, je considère que nous ne devrions pas nous sentir liés à cet égard.

Mme Lavoie-Roux: C'est l'interprétation du ministre. Je lui ferai remarquer que, dans le cas du changement de vocation d'hôpitaux, à Québec, la pédiatrie du CHUL et celle de Saint-François-d'Assise, si je ne me trompe pas, plusieurs infirmières sont touchées par cela. En général, est-ce qu'elles ne font pas davantage partie du SPIIQ et de tous les regroupements d'infirmières que de la FAS? Ce sont les auxiliaires-infirmières que vous retrouvez beaucoup dans la Fédération des affaires sociales...

M. Johnson (Anjou): Quelques infirmières.

Mme Lavoie-Roux: ...et aussi les gens des CLSC. Il y aura plusieurs infirmières qui seront touchées par cela. En tout cas, cela demeure un problème qui ne simplifiera pas les choses.

M. Johnson (Anjou): Il faut bien comprendre, cependant, que le réseau a connu des périodes qui l'ont à l'occasion ébranlé. Il a sûrement fait parler beaucoup de gens pendant trois ans. On peut dire en toute objectivité, quand on regarde les crédits et ce qui s'en vient, que les compressions sont plus en arrière de nous qu'en avant. À cet égard, ce sont surtout les compressions budgétaires qui ont engendré des mises à pied, alors que les établissements ont tenté d'amincir un peu leur forme en termes de performance. La rationalisation, pour sa part, ne produira pas à court terme des déplacements aussi massifs. Quand on tient compte à la fois des mécanismes d'attrition, de résorption du plafond par la priorité des sécuritaires et de certains développements obligatoires, je pense que ce sera relativement marginal dans le type de masse qu'on a connue dans le passé, ce qui pourrait affecter globalement ces questions de mobilité de main-d'œuvre. Ce sera beaucoup plus facile à administrer que ce ne l'aurait été d'imposer un tel plafond il y a trois.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre peut-il nous dire s'il a l'intention de demander aux nouveaux établissements d'aller puiser dans le personnel en disponibilité? À cet égard, j'aimerais qu'on nous dise quelle est la proportion ou le nombre de personnes qui, dans le cas de Pierre-Boucher, ont été

recrutées dans le bassin de mises en disponibilité et celles qui ont été recrutées à partir de nouveau personnel.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Non seulement le ministère a l'intention de... mais il le fait depuis un an et demi, même un peu plus. En pratique, si on l'analyse strictement, je ne dirai pas sur le plan financier, mais sur le plan de la meilleure utilisation possible de l'argent des contribuables, dans la mesure où il y a des gens qui oeuvrent dans le réseau des affaires sociales et qu'on veut qu'ils aient une assignation, ce qu'on a fait dans le cas de Pierre-Boucher, c'est qu'on a fait en sorte que l'établissement fasse affaires avec un certain nombre d'autres établissements de Montréal qui, eux, étaient appelés à faire des mises à pied dans l'application de plans de compression ou d'équilibre budgétaire, ce qui a fait que beaucoup d'infirmières, de techniciens, d'employés de différentes catégories, qui étaient tantôt à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, tantôt à l'Hôtel-Dieu, à Notre-Dame ou ailleurs et qui, dans bien des cas, résidaient sur la rive sud, ont choisi d'aller à Pierre-Boucher.

Donc, si sur le plan de l'équilibre budgétaire de chacun des établissements, cela pouvait changer quelque chose, sur la masse globale et sur le plan d'une utilisation rationnelle des ressources, cela faisait en sorte que, les personnes qui quittaient un hôpital de Montréal pour se rendre à Pierre-Boucher n'étant pas remplacées, on avait exactement l'équivalent que si on avait fait des mises à pied, qu'on les avait envoyées au SPAS et qu'ensuite on les avait reclassées. Sauf que l'avantage de la procédure qu'on a prise avec les établissements, sur une base qui n'était pas coercitive, c'est qu'il y a des éléments de choix qui ont joué pour les travailleurs là-dedans et c'est très important sur le plan de leur motivation.

Au total, qu'est-ce que cela a donné comme résultat? 284 candidats en provenance du réseau, 86 en provenance du SPAS (le service de placement) 10 candidats en provenance de l'extérieur du réseau, 4 candidats en provenance de la Buanderie communautaire de Montréal, qui est un organisme, à toutes fins utiles, subventionné. Le résultat est donc encourageant puisque, sur la base de ce qui s'est passé, 95% du recrutement à Pierre-Boucher s'est effectué auprès de candidats du réseau des affaires sociales qui, dans beaucoup de cas, n'ont pas été remplacés en quittant l'établissement d'où ils venaient. 71% du personnel qui a été recruté, de fait, permettait la libération ou l'économie d'un poste quelque part dans le réseau, dans cette région.

C'est donc, je pense, une méthode qui nous a permis non sans difficulté au début, il faut bien le voir, de respecter les impératifs

que les gestionnaires ont accepté de ne pas qualifier d'absolus à Pierre-Boucher, parce que de façon absolue, pour eux, cela aurait été la liberté totale de recrutement. Nous, on a dit: On a un autre impératif, qui s'appelle une utilisation rationnelle des ressources humaines et de la quantité d'argent des contribuables dans la région de Montréal qu'on met pour cela. Cela a donné 71% du recrutement qui s'est fait à l'intérieur d'établissements où, à toutes fins utiles, cela a permis des économies de postes. Donc, c'est considérable.

Mme Lavoie-Roux: Qu'est-ce qui justifiait qu'on aille chercher des gens à l'extérieur du réseau? Est-ce que c'était du personnel-cadre?

M. Johnson (Anjou): Écoutez, il y en a tellement peu. C'est 10 candidats; c'est à peine 3% ou 4%. C'est probablement pour des travaux plus techniques. On me donne comme exemple l'informatique, qui est un secteur qui s'est développé dans les hôpitaux et qui continue de se développer. Il y a très peu de gens qui quittaient des établissements pour y aller. Alors, c'est plutôt pour des choses spécialisées. C'est bien fait, c'est bien administré.

Mme Lavoie-Roux: Oui, sauf les plaintes qu'on a eues de personnes qui étaient en disponibilité. On a pris des gens qui étaient dans des établissements et elles sont restées sur la liste de mises en disponibilité. Peut-être que c'est satisfaisant au plan comptable, mais au plan des personnes qui attendent un poste d'infirmier ou d'infirmière, ou quelque autre poste et qui sont mises en disponibilité pendant qu'on va en chercher 284 dans les institutions - je suis d'accord avec vous qu'ils viennent de l'intérieur du réseau, c'est déjà bon - à ce moment, il n'y a plus beaucoup de priorité qui est accordée, par exemple, à l'expérience, à l'ancienneté ou à ces choses-là. Je pense que le ministre peut être satisfait, mais il y en a peut-être d'autres qui le sont un peu moins.

M. Johnson (Anjou): Mais la raison de base, c'est qu'au Service de placement des affaires sociales il n'y avait plus de nursing. C'est pour cela que cela a été vidé. Ce qu'il y avait d'infirmières en disponibilité...

Mme Lavoie-Roux: Il n'en restait plus?

M. Johnson (Anjou): Il n'en restait plus au moment où cela a été fait. C'est ce qu'on me dit, ce sont les informations que j'ai. Je n'ai pas de peine à le croire, d'ailleurs.

Mme Lavoie-Roux: Moi, ce sont des

plaintes d'infirmières que j'ai eues.

M. Johnson (Anjou): Des infirmières auxiliaires peut-être? Préposées aux malades?

Mme Lavoie-Roux: Non, pas préposées aux malades.

M. Johnson (Anjou): Non? Infirmières auxiliaires possiblement.

Mme Lavoie-Roux: Non, il me semble que ce sont des infirmières, mais avant de l'assurer de façon exacte, il faudrait que je revérifie; mais c'étaient certainement des infirmières. Il ne me semble pas que c'étaient des infirmières auxiliaires, mais, pour l'affirmer sans l'ombre d'un doute, il faudrait que je revérifie ces choses.

M. Johnson (Anjou): Hum, hum.

Mme Lavoie-Roux: Lorsque je vois le ministre être toujours fort content de lui-même, je me dis qu'il y a quand même des nuances.

M. Johnson (Anjou): Oh non, ce n'est pas tellement de moi-même que je suis content; c'est de ce que font les gens au ministère. Je trouve qu'ils travaillent bien.

Mme Lavoie-Roux: On verra cela plus tard. Pourrait-on nous dire si les budgets ont été envoyés aux établissements pour l'année 1983-1984?

M. Johnson (Anjou): Il y a dix jours que les budgets provisoires sont partis du ministère. Donc, ils devraient être là, sauf peut-être à Chimo.

Mme Lavoie-Roux: Mais leur année financière a commencé le 1er avril?

M. Johnson (Anjou): Oui. C'est pas pire, c'est un progrès, parce que je me souviens d'une année où ils les ont reçus trois mois en retard.

Mme Lavoie-Roux: Oh oui, je vous en avais parlé aussi à ce moment-là. C'est quand vous avez fait vos coupures, cela.

M. Johnson (Anjou): De toute façon, ils administrent en fonction de l'ancien budget en vertu de la loi. À la rigueur, cela peut causer certains casse-tête aux gestionnaires, mais sur le plan de la saine administration et de savoir où l'argent va, on sait qu'ils ne dépensent pas plus que ce à quoi ils ont droit.

Mme Lavoie-Roux: Vous trouvez que c'est de la bonne administration de recevoir son budget - un budget juste provisoire -

trois semaines après le début de l'année financière?

M. Johnson (Anjou): L'idéal pour moi, c'est s'ils pouvaient le recevoir trois mois avant.

Mme Lavoie-Roux: On ne vous en demande pas tant, mais peut-être un mois avant.

M. Johnson (Anjou): Non, mais idéalement, s'ils savaient où ils s'en vont à peu près vers la fin du mois de janvier ou au début du mois de février, ce serait parfait. Sauf qu'on a une contrainte assez importante, ce sont les crédits: dans la mesure où nous fonctionnons sous un système de subventions aux établissements, pour que le ministre des Affaires sociales envoie des subventions à 1000 établissements dans le réseau des affaires sociales, il faut qu'il y ait des crédits et, pour avoir des crédits, il faut qu'ils soient déposés en Chambre; pour qu'ils soient déposés en Chambre, il faut qu'il y ait eu une revue de programmes et, pour qu'il y ait une revue de programmes, il faut que le ministre des Finances ait vu ce qu'était la revue de programmes faite par son collègue du Conseil du trésor, qu'ils se soient consultés, et qu'il ait calculé quelles sont ses perspectives de budget. Tout cela nous amène dans un cycle qui va du 1er avril au 31 mars.

Mme Lavoie-Roux: N'y a-t-il pas une différence à faire entre la préparation des budgets - il reste que les budgets commencent à se préparer à l'automne de toute façon, pour autant que le gouvernement est touché - ou les normes budgétaires, ou le cadre budgétaire et l'adoption des budgets en Chambre? Ce sont deux choses différentes.

M. Johnson (Anjou): C'est-à-dire que je ferais deux nuances. La première, c'est que, pour un réseau de la dimension du réseau des affaires sociales ou de celui de l'éducation, à toutes fins utiles, qui, à eux deux, ramassent pas loin de 59% ou 60% du budget, un peu plus que cela, quand le président du Conseil du trésor fait la revue de programmes avec ses équipes, il y a une consultation qui a lieu quelque part au mois de janvier avec le ministre des Finances. Ce n'est pas avant cette période que le ministre des Affaires sociales a une idée s'il va envoyer 100 000 000 \$ de compressions ou est capable de dire: Ce sera l'équilibre cette année; ce n'est pas avant cette démarche qui n'implique pas que lui, mais qui implique l'ensemble de l'administration gouvernementale.

(19 h 45)

Cela dit, cependant, je me permets ici

d'évoquer ce qui m'apparaît souhaitable, soit une notion autour de laquelle nous avons mis en branle un comité conjoint auquel participent à la fois le Conseil du trésor, le Vérificateur général, le ministère et où seront représentés les intérêts du réseau. On étudie la possibilité de revoir le cycle budgétaire pour que l'année financière soit changée dans le réseau des affaires sociales. Si on pouvait parvenir à une année financière différente, je pense qu'on réglerait une fois pour toutes ce problème. Je ne vois pas pourquoi cela ne serait pas intrinsèquement impossible. Je pense que c'est possible. Cela demande, cependant, des ajustements législatifs, surtout organiquement, avec le Conseil du trésor et le bureau du Vérificateur général, parce que ce sont de grosses masses. C'est - je ne sais pas - 29% du budget du gouvernement. On ne peut pas déplacer l'année financière de 29% du budget du gouvernement sans tenir compte d'autres facteurs y compris de ceux de la vérification. Mais on travaille très fort là-dessus. Si on pouvait déplacer cette année financière et la faire, par exemple, à juin ou juillet, à juin ou juillet comme c'est le cas au ministère de l'Éducation. Je pense qu'on pourrait, à partir de ce moment-là, permettre aux établissements de voir venir leur planification budgétaire deux ou trois mois à l'avance, parce que les crédits resteraient toujours à la même époque. Sauf que le paradoxe, c'est que l'Éducation et les Affaires sociales auraient le même cycle budgétaire. L'Éducation, c'est en juin, en ce moment?

Mme Lavoie-Roux: Oui, c'est à la fin de juin, l'année financière.

M. Johnson (Anjou): C'est juin. Disons que les Affaires sociales auraient la même chose, vous avez les deux tiers du budget et vous continuez de déposer les crédits au mois de mars. Je comprends pourquoi il y a des résistances un peu naturelles ou, en tout cas, que cela ne vienne pas spontanément à l'appareil gouvernemental de le faire.

Mme Lavoie-Roux: Quand vous dites que ce sont les budgets provisoires qui leur ont été envoyés, cela implique quoi? Cela veut dire que ce que sera leur budget n'est pas encore tout à fait certain, si je comprends bien.

M. Johnson (Anjou): La variation est d'environ - entre le budget provisoire et celui qui pourrait être définitif - 1% de ce qu'on appelle les autres dépenses, c'est-à-dire, en pratique, de moins de 20% du budget de chacun des établissements. Donc, on parle d'une fraction de 1% qui est la marge d'incertitude dans la mesure où, comme je l'ai expliqué au début de la

commission la semaine dernière, cette année, on prévoit un mécanisme de réallocation de ressources sur le plan régional.

Mme Lavoie-Roux: Excusez-moi, quand vous dites que c'est moins de 1%...

M. Johnson (Anjou): C'est 1% de ce qu'on appelle "autres dépenses". Par exemple, dans le budget d'un hôpital, en gros, on a 82% du budget consacré à la main-d'oeuvre.

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): Les 18% qui restent sont consacrés aux autres dépenses: les fournitures...

Mme Lavoie-Roux: C'est celui-là qui n'est pas certain?

M. Johnson (Anjou): Celui-là est définitif moins 1%. Sur le budget global de l'hôpital, la marge d'incertitude de l'établissement est inférieure à 0,2%.

Mme Lavoie-Roux: À 0,2%. D'accord. Puisqu'on est dans la question des budgets, est-ce que le ministre peut nous dire, s'il y en a eu ce qu'il advient des surplus des établissements? Est-ce que ce serait possible d'avoir une liste des déficits encourus par les établissements pour l'année 1982-1983? Merci.

M. Johnson (Anjou): C'est à l'égard de la disposition des surplus, c'est cela?

Mme Lavoie-Roux: La deuxième.

M. Johnson (Anjou): La deuxième.

Mme Lavoie-Roux: D'abord, une liste des déficits encourus par...

M. Johnson (Anjou): Chacun des établissements?

Mme Lavoie-Roux: ...chacun des établissements.

M. Johnson (Anjou): Il y en a quelques-uns qu'on connaît par coeur.

Mme Lavoie-Roux: En tout cas, cela ira plus vite. Si vous me permettez une parenthèse, la semaine dernière, je vous ai demandé des données - je ferais mieux de parler dans mon micro - et on m'a dit: On ne peut pas vous donner cela demain. D'ailleurs, je comprenais cela fort bien. Mais je ne pensais pas qu'on reviendrait la semaine suivante. Est-ce que vous avez les données que j'ai demandées?

M. Johnson (Anjou): C'était sur quoi,

déjà?

Mme Lavoie-Roux: J'en ai demandé sur les CLSC, sur les mises à pied, les cadres, les temps partiels, les hommes, les femmes, les pères, les mères. Mais on va revenir à mes deux questions: la liste des déficits et qu'advient-il des surplus?

M. Johnson (Anjou): Alors, je n'ai pas la liste des déficits à la portée de la main. Je dois vous dire que Notre-Dame a encore un déficit cette année, ainsi que quelques autres.

Mme Lavoie-Roux: L'an dernier, vous me l'aviez remise.

M. Johnson (Anjou): Oui. On va tenter de l'avoir d'ici à la fin de la séance. En général, on parle d'une quinzaine d'établissements hospitaliers dont une dizaine ont des déficits qui excèdent de beaucoup, 1% de leur budget total. C'est finalement, en termes du nombre d'établissements, très peu. Nous avons une proportion intéressante d'établissements, cette année, qui ont réalisé des surplus. Nous sommes en discussion avec le Conseil du trésor quant à ce qu'on appelle une politique de libération des surplus. Selon le principe que nous voudrions voir retenu - il reste à en fixer certaines modalités; les établissements seront fixés assez rapidement dès qu'on aura terminé cela avec le Conseil du trésor - il s'agirait de permettre aux établissements de disposer de 80% du surplus de façon autonome et 20% du surplus serait envoyé au niveau régional pour une réallocation régionale. Tout cela à partir de la cohérence que j'ai déjà évoquée depuis deux ans. Il est, à mes yeux, impératif d'impliquer, de plus en plus, une conscience régionale quant au problème de réallocation des ressources.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que j'ai bien compris, M. le Président, quand le ministre m'a dit que 20% serait réalloué au niveau régional et que 80% resterait à l'établissement?

M. Johnson (Anjou): D'après le principe général - je m'excuse, mais cela faisait quelque temps que je n'avais pas vu cela, on a eu une longue réunion là-dessus, cela me revient - on fait une espèce de corridor de 1% pour les établissements. Ils conservent tout ce qui est en excédent de leur budget; tout surplus qu'ils auraient réalisé, mais représentant 1% et moins du budget total des établissements, c'est à eux, cela. Ce qui est au-dessus de 1% dans un surplus, disons un établissement qui aurait 3% de son budget en surplus; c'est assez rare, il n'y en a pas beaucoup dans les hôpitaux, en tous cas, on en a quelques-uns dans le secteur de la

protection sociale ou autrement - est analysé. Si ce qui est au-dessus de 1% est considéré comme des gains de productivité, que ce soit par des méthodes de gestion, l'introduction d'un appareillage, le changement d'un équipement, la centralisation des cuisines, par exemple, à certains endroits, ce qui engendre des économies absolument phénoménales, ou la participation à un "pooling" dans le cas d'une buanderie, etc., si c'est une véritable augmentation de productivité, dis-je, l'établissement, en plus de garder le 1% de son surplus, va conserver 80% de l'excédent de 1%.

Exemple: sur 10 000 000 \$, 1%, c'est 100 000 \$. Disons que l'établissement fait un surplus de 150 000 \$. Il garde les premiers 100 000 \$. Sur les 50 000 \$ qui restent, on dit: Est-ce que c'est de la productivité? Si c'est de la productivité, on dit: Oui, parfait, 80% des 50 000 \$, vous les conservez, c'est-à-dire 40 000 \$ et 10 000 \$ s'en vont au conseil régional qui fait de la réallocation de ressources. Si, cependant, ce qui est en excédent de 1% n'est pas considéré comme de la productivité, cela peut être de la surbudgétisation, du développement, des coupures de services, on dit: Ce n'est pas un véritable surplus, cela devient, à toutes fins utiles, confisqué.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'il serait exact de dire que tout surplus qui équivaldrait à moins de 1% du budget de l'établissement lui resterait?

M. Johnson (Anjou): J'aimerais pouvoir vous dire que c'est approuvé au Conseil du trésor; ce n'est pas encore cela, mais c'est cela, le projet.

Mme Lavoie-Roux: Ma dernière question c'est: Tout surplus qui représente moins de 1% ou jusqu'à 1% du budget de l'établissement...

M. Johnson (Anjou): Reste à l'établissement.

Mme Lavoie-Roux: ...reste à l'établissement?

M. Johnson (Anjou): C'est cela. C'est la définition qu'on donnerait de ce qu'est l'équilibre budgétaire dans un réseau très complexe où on ne peut pas tout normer et où, je pense, cela risque de motiver bien des gens.

Mme Lavoie-Roux: Dans le cas des hôpitaux qui sont déficitaires ou qui ont encouru des déficits pour l'année courante, comment prévoyez-vous la budgétisation pour l'année qui vient?

M. Johnson (Anjou): Dure.

Mme Lavoie-Roux: Qu'est-ce que cela veut dire?

M. Johnson (Anjou): Les établissements qui sont en déficit, et on pense surtout à certains établissements...

Mme Lavoie-Roux: Prenez-en un hypothétique, on ne le nommera pas, qui a 6 000 000 \$ de déficit. Je n'en ai aucun en tête. Honnêtement j'ai lancé cela à tout hasard.

M. Johnson (Anjou): Cela dépend en quelle année.

Mme Lavoie-Roux: Disons pour l'année 1982, parce que les autres, vous êtes censé les avoir résorbés.

M. Johnson (Anjou): C'est cela.

Mme Lavoie-Roux: Bon, enfin, officiellement.

M. Johnson (Anjou): La plupart des autres ont été résorbés.

Mme Lavoie-Roux: Bon. Prenons un établissement qui a un déficit de 6 000 000 \$ - il semble que cela soit possible, à vous entendre rire - qu'arrive-t-il à cet établissement pour l'année 1983-1984?

M. Johnson (Anjou): On aurait pu être tenté de faire comme cela a déjà été fait ailleurs ou en d'autres temps: simplement envoyer un budget et faire exactement comme si l'établissement allait réaliser une compression de 6% de son budget. On sait que cela n'a pas de sens. On sait qu'en pratique ce n'est pas cela qui arrive. On sait que cela, c'est jouer avec les cahiers; on peut s'imaginer qu'on fait des équilibres, mais c'est dans les livres et avec de l'encre, au lieu d'être dans la réalité, avec des piastres. Alors, ce qu'on fait, on a deux équipes au ministère, à la direction de la santé et à la direction des budgets, qui sont en relation avec ces établissements. On a mis sur pied des comités qui impliquent des représentants du conseil d'administration, de la gestion, à l'occasion - cela dépend des établissements, selon le choix qui a été fait par l'établissement lui-même - des représentants des médecins, dans le mesure où les médecins occupent une part importante quand il s'agit des établissements hospitaliers, et des représentants du ministère. Le conseil régional est également tenu au courant de ce qui se passe là puisque le conseil régional, en général, subit les pressions des établissements qui, eux, sont arrivés à un équilibre budgétaire et il

se fait dire: Celui-là n'arrive pas à l'équilibre budgétaire et nous, nous sommes pénalisés à cause de cela.

Il faut maintenir une certaine équité. Il faut être conscient de cela. Il y en a qui ont fait leur effort, au Québec. L'immense majorité des établissements du réseau des affaires sociales l'a fait. Il y en a quelques-uns qui ne l'ont pas fait. Pourquoi ne l'ont-ils pas fait? Je pense qu'il y a trois choses. C'est cela que ces comités essaient de voir avec eux. Une partie de cela, ce sont des opérations qui n'ont simplement pas été conduites et qui sont de nature presque administrative. On avait, au ministère l'an dernier, je me souviens, une sorte de liste de pointage - si on était en élections partielles, il faudrait utiliser une autre expression, enfin, "check list" - d'une quarantaine d'éléments qui peuvent être vérifiés dans la gestion quotidienne des établissements. Cela va des fournitures, des inventaires, à l'équipement, etc.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, je ne voudrais pas interrompre le ministre, mais je ne veux pas qu'il nous donne trop de détails là-dessus. Je comprends qu'il fait bien son possible et je l'apprécie. Ce que je veux savoir, c'est comment ce déficit se résorbera-t-il et quelle est la partie que l'institution devra résorber à même son budget de 1983-1984?

(20 heures)

M. Johnson (Anjou): Je ne fais pas comme si je n'avais pas entendu la députée. J'étais rendu à la deuxième partie et je vais répondre à sa question. Une première partie... Peut-être qu'ils n'ont pas fait ce qu'il y avait à faire; cela ne veut pas dire que, même s'ils faisaient tout ce qu'il y avait à faire et ce que les autres ont fait, ils vont réaliser 6%. On est conscient de cela.

Dans la deuxième partie, il y a peut-être de la sous-budgétisation dans certains postes. Je suis disposé à regarder cela. Mais pas brandi comme un drapeau, parce qu'on a vu de grands établissements ayant une grande réputation - Dieu merci que nous les avons parce que ce sont des fers de lance importants de la médecine québécoise - mais qui, au nom de cela, pouvaient justifier qu'ils étaient, par définition, sous-budgétisés. On est d'accord pour regarder cela, mais poste par poste, élément par élément et élément du budget par élément du budget. On est réceptif à certaines choses, mais je suis certain qu'on n'arrivera pas à la conclusion que, dans un établissement où il y a un déficit de 6 000 000 \$, il y a une sous-budgétisation de 6 000 000 \$. L'expérience de deux ou trois gros établissements dans la région de Montréal nous a démontré... Je me souviens très bien d'un cas, quand je suis arrivé au ministère, où l'établissement

hurlait, les médecins faisaient venir régulièrement des photographes dans la salle d'urgence ou faisaient des conférences de presse et, c'est drôle, en deux ans, ils ont réussi à résorber plus de 75% de leur déficit, sans causer de drame.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'il y a encore des problèmes dans les salles d'urgence?

M. Johnson (Anjou): Relativement peu.

Mme Lavoie-Roux: Il fait venir le photographe, mais...

M. Johnson (Anjou): Je vais régulièrement à cet hôpital.

Mme Lavoie-Roux: On sait lequel.

M. Johnson (Anjou): Ils ont quand même réussi à faire leur boulot. En se résignant dans le discours qu'ils tenaient il y a deux ans, il fallait absolument combler 100% du déficit alors que, en fait, c'est peut-être 20%, c'est peut-être 12%, c'est peut-être 25%. Donc, on regarde cela comme ça.

Le troisième élément, c'est la complémentarité de certains services. Il faut que certains établissements acceptent qu'ils ne peuvent pas avoir une vocation universelle dans tous les domaines. C'est un peu plus difficile à accepter pour certains grands établissements universitaires. On en est conscient. Au nom même, je pense, du maintien de la qualité et de l'excellence de la médecine au Québec dans certains domaines, il va falloir accepter que cela n'est pas vrai que c'est partout, dans tous les hôpitaux universitaires, qui sont en plus grand nombre ici que partout ailleurs au monde, compte tenu de notre population, qu'on va développer les 26 spécialités et les 48 sous-spécialités qui les accompagnent. On va peut-être en développer 24 et en laisser deux ou trois à un autre.

Mme Lavoie-Roux: Alors, vous me dites qu'il y a une sous-budgétisation dans certains cas.

M. Johnson (Anjou): Sauf que cela n'a pas été fait dans d'autres cas.

Mme Lavoie-Roux: Mais, est-ce que ceci va quand même leur imposer des coupures supplémentaires...

M. Johnson (Anjou): Des plans de redressement, oui.

Mme Lavoie-Roux: Encore des plans de redressement.

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: C'est...

M. Johnson (Anjou): Ils ne sont pas nombreux.

Mme Lavoie-Roux: Vous avez dit qu'il y avait une quinzaine d'hôpitaux qui avaient eu...

M. Johnson (Anjou): C'est cela, mais il y en a chez qui c'est très marginal. Quand on parle... Je pense à un établissement dont je n'ai pas le nom à l'esprit. Je me souviens d'avoir vu dans la liste...

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que...

M. Johnson (Anjou): Il y a un plan de redressement de 70 000 \$ sur un budget d'environ 30 000 000 \$, ce n'est pas un drame. Cela se fait vite, seulement en dépenses de congrès et d'autres affaires.

Mme Lavoie-Roux: Cela pourrait aussi aller...

M. Johnson (Anjou): Je vous dis, dans les quinze, qu'il y a des choses comme cela.

Mme Lavoie-Roux: ...pour d'autres choses dans le réseau.

M. Johnson (Anjou): Oui, oui, dans les quinze, il y a des choses comme cela. Dans les quinze, il y en a aussi cinq...

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que ce sont tous des établissements universitaires?

M. Johnson (Anjou): ...plus gros... Non, ils ne sont pas tous universitaires, à moins que l'hôpital de Chicoutimi ne soit redevenu un hôpital universitaire récemment.

Mme Lavoie-Roux: Lequel?

M. Johnson (Anjou): À moins que l'hôpital de Chicoutimi ne soit redevenu un hôpital universitaire récemment. Je sais qu'ils ont fait cette demande depuis longtemps.

Mme Lavoie-Roux: Alors, eux sont en déficit.

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: Bon.

M. Johnson (Anjou): Mais, il y a plusieurs choses qui se règlent à Chicoutimi. Cela va bien.

Mme Lavoie-Roux: Le reste, est-ce que le gouvernement va injecter de l'argent pour combler la différence?

M. Johnson (Anjou): On verra. On est en train d'évaluer cela à chacun des établissements. Les comités ne fonctionnent pas de la même façon dans tous les établissements. Je pense à deux établissements en particulier. Encore une fois, je préfère ne pas les mentionner ici afin de les laisser faire leur travail, jusque dans le courant de l'été. Dans ces deux établissements, c'est assez remarquable ce qui s'est fait au niveau des comités. Vous avez été tenue au courant. Je pense, d'ailleurs, à un établissement que vous connaissez particulièrement bien et qui n'est pas dans votre comté.

Mme Lavoie-Roux: Je n'ai pas d'établissement dans mon comté.

M. Johnson (Anjou): Vous n'avez pas Sacré-Coeur?

Mme Lavoie-Roux: Non.

M. Johnson (Anjou): Ce n'est pas chez vous, cela?

Mme Lavoie-Roux: Non.

M. Johnson (Anjou): Ah non! C'est Bois-de-Boulogne.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais c'est un petit hôpital...

M. Johnson (Anjou): Très bien.

Mme Lavoie-Roux: ...de soins prolongés. Ah oui! Très bien, sûrement. Je vous en reparlerai une autre fois.

M. le Président, est-ce que le ministre peut nous dire comment s'appliquera la coupure de 16 000 000 \$? On a décortiqué les 29 000 000 \$ de coupure, il en reste environ 16 000 000 \$ à 17 000 000 \$. Il y a 12 000 000 \$ qui ont été réinjectés. Il y a 1 000 000 \$ qui vont aux établissements de réadaptation sociale, un peu dans les CSS, et le reste va dans les hôpitaux. Je pense qu'il reste environ 16 000 000 \$ ou 17 000 000 \$, où seront-ils utilisés?

M. Johnson (Anjou): 15 200 000 \$.

Mme Lavoie-Roux: 15 200 000 \$. D'ici à ce que vous sortiez le tableau, je voudrais revenir sur la question des mises en disponibilité et sur l'entente qui doit être signée avec la FAS et que la FAS refuse de signer. Il y a ici un engagement du gouvernement du Québec, si on se réfère à la publicité qui a été faite durant les négociations, voulant que les offres du gouvernement qui avaient été faites demeuraient toujours valables. Bien que rejetées par le conseil fédéral de la FAS,

ces offres demeurent toujours valables, mais ne pourraient plus être considérées comme maintenues en cas de grève illégale. Si on se souvient bien, les syndicats ont voté contre la grève. Ils ne sont pas allés en grève illégale, à la grande satisfaction du public. Je comprends mal qu'à ce moment-ci, la signature de l'entente redevienne une condition pour que ces offres soient intégrées dans le décret.

M. Johnson (Anjou): Il faut bien se comprendre. Il faut revenir sur quelques réalités élémentaires de ce qu'est une négociation, même dans un contexte extrêmement contraignant comme celui qu'on a vécu, depuis un an. Les offres sont là pour une signature.

Mme Lavoie-Roux: ...

M. Johnson (Anjou): Les offres sont là pour une signature. Il y a des points de suspension. Quant à moi, ma signature est prête. Les documents sont prêts. Ils sont tellement prêts qu'on a signé avec onze autres syndicats. Il y en a un qui ne veut pas signer. Nous disons: Les autres ont signé, les autres ont accepté; c'est vrai, à reculons, tout ce qu'on voudra, mais, ils ont fini par le faire et ils ont dit: On y consent, on ne dit pas qu'on est content. Il n'y a personne qui s'est pété les bretelles, ni du côté du gouvernement, ni du côté des syndicats. Je comprends. Mais, cela s'est fait, cela s'est réglé. Il y a des conventions et c'est bon pour trois ans. Il y a un syndicat qui ne veut pas. Pourquoi ferait-on un cadeau à une structure syndicale qui, elle, a choisi de ne pas signer? C'est un choix de la FAS. Je pense que cela pénalise les travailleurs, paradoxalement, que de ne pas signer.

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): Mais...

Mme Lavoie-Roux: C'est une forme...

M. Johnson (Anjou): ...les autres travailleurs ont des conditions qui se sont améliorées à cause des signatures. Je ne vois pas pourquoi on ferait un cadeau à une structure syndicale qui a décidé d'être "jusqu'au-boutiste". Il ne s'agit pas d'être revanchard, il s'agit de reconnaître, à l'égard des onze autres qui ont agi de façon responsable, même si c'était difficile... Je ne vois pas pourquoi...

Mme Lavoie-Roux: On reprendra...

M. Johnson (Anjou): ...on se fermerait les yeux sur un autre syndicat parce qu'il y a l'histoire qu'on connaît.

Mme Lavoie-Roux: On reprendra ce débat en Chambre, probablement...

M. Johnson (Anjou): Oh oui!

Mme Lavoie-Roux: ...parce que, dans le fond, vous avez fait du chantage avec les autres syndicats. Vous n'avez rien donné aux syndicats, vous êtes toujours allé chercher quelque chose. Vous dites: On ira chercher davantage si vous ne signez pas. C'est une drôle de façon de négocier. Cela prend des syndicats qui ont joliment d'humilité pour aller signer vos décrets, vos décrets amendés. En tout cas, on reviendra là-dessus. On revient à nos chiffres. Quant à vos 15 200 000 \$, avez-vous trouvé votre tableau, M. le ministre?

M. Johnson (Anjou): Oui. Alors, je peux vous le donner par région.

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): Je pense que c'est peut-être la meilleure façon de procéder. Chacun des conseils régionaux est en train de faire cette ventilation. L'exercice devrait être terminé...

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'on ne peut pas en avoir une copie? Parce que, s'il faut que je prenne cela à la dictée, M. le ministre, cela sera trop compliqué.

M. Johnson (Anjou): Sûrement. On peut vous faire une transcription de cette partie des données.

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): Je vais simplement vous donner, au moins... Je ne vous donnerai pas les cents. Je vais vous donner les ordres de grandeur. Cela sera peut-être plus simple à retenir. Dans la région 01, Bas-du-Fleuve, 796 000 \$ sur 157 000 000 \$; dans la région 02, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 943 000 \$ sur 181 000 000 \$; région 03, Québec, 3 570 000 \$ sur 785 000 000 \$; région 04, Mauricie-Bois-Francs, 510 000 \$ sur 243 000 000 \$; région 05, l'Estrie, 617 000 \$ sur 184 000 000 \$; région 6A, l'île de Montréal, 7 110 000 \$ sur 1 800 000 000 \$; région 6B, nord de Montréal, 80 000 \$ sur 185 000 000 \$; il n'y a pas de région 6C pour les raisons qu'on connaît, c'est une des rares régions qui est en développement en termes de... à cause de... pas à cause... à cause du comté de Taillon?

Mme Lavoie-Roux: Je n'ai pas dit cela encore.

M. Johnson (Anjou): ...région 07,

Outaouais, 582 000 \$ sur 143 000 000 \$; région 08, Abitibi-Témiscamingue, 480 000 \$ sur 100 000 000 \$; région 09, Côte-Nord, 507 000 \$ sur 70 000 000 \$. Ce qui fait un total de 15 200 000 \$.

Mme Lavoie-Roux: Ce sont les conseils régionaux qui vont décider où les coupures vont s'appliquer.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. C'est le ministère qui décide, sauf qu'on permet aux établissements de faire valoir leur point de vue et de faire certains arbitrages régionaux. On tient compte de ce que nous suggèrent les conseils régionaux et ensuite le ministère tranche. C'est pour cela qu'il y a des budgets provisoires.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre pourrait-il nous dire où il en est rendu dans les négociations avec la FMOQ et la Fédération des médecins spécialistes? Quelle est l'ordre de grandeur d'augmentation qu'il prévoit?

M. Johnson (Anjou): Pour...

Mme Lavoie-Roux: Les négociations avec les fédérations.

M. Johnson (Anjou): Deux choses. La première, c'est que je vais simplement vous dire que les 15 200 000 \$ dont j'ai parlé... Nous pensons que l'essentiel de cela pourra se réaliser à travers literie, lingerie, gestion de stock, achat de groupe et regroupement de services administratifs. On ne parle pas de coupures de services dans la population ni de mises à pied nombreuses.

Mme Lavoie-Roux: Il y a eu des coupures dans les services à la population.

M. Johnson (Anjou): Non, non, c'est ce que vous prétendiez.

Mme Lavoie-Roux: Cela me fait plaisir de...

M. Johnson (Anjou): Non, c'est ce que vous prétendiez. Vous me posez une question, évidemment, à laquelle je ne peux pas répondre.

Mme Lavoie-Roux: Vous ne pouvez pas répondre.

M. Johnson (Anjou): Bien non.

Mme Lavoie-Roux: Cela va bien, de toute façon. Allez-vous régler cela d'ici le mois de juin?

M. Johnson (Anjou): Qu'est-ce que vous en pensez?

Mme Lavoie-Roux: Bien, je vous le demande. Je ne suis pas dans les négociations.

M. Johnson (Anjou): Je ne sais pas. D'habitude, une négociation se fait à deux.

Mme Lavoie-Roux: Les hésitations, lorsqu'il ne veut pas me donner les chiffres, je suis prête à accepter cela. Mais les hésitations du ministre me laissent inquiète parce que ce qu'on avait vu dans les journaux, c'est que tout allait bien et que tout le monde était prêt à signer.
(20 h 15)

M. Johnson (Anjou): Il y a eu une déclaration du président de la Fédération des médecins omnipraticiens qui, je pense, avec raison, considérait que les négociations allaient bon train. Je peux confirmer que les négociations vont bon train avec les deux fédérations médicales.

Mme Lavoie-Roux: À ce moment-ci, vous êtes très optimiste dans la perspective que les documents pourraient être signés au mois de juin.

M. Johnson (Anjou): On souhaite toujours qu'il y ait des signatures.

Mme Lavoie-Roux: Bon, d'accord. On sait que, dans la région de Montréal en particulier, le problème des urgences et des listes d'attente est encore très considérable en dépit des affirmations contraires du ministre en Chambre qui nous a dit que, sauf ici et là, tout ce que le monde dit, c'est de l'exagération. J'en prends à témoin - j'ai eu l'occasion de citer des témoignages de différentes sources - aujourd'hui la conférence de presse qu'a tenue la Coalition pour les droits des malades qui insiste, entre autres choses, sur trois points particuliers. Je ne vais pas tout reprendre, à ce moment-ci; seulement les trois points: la question de l'engorgement des urgences, la longueur des listes d'attente ou l'allongement des listes d'attente et, troisièmement, le manque de budget pour l'équipement dans les hôpitaux, pour le renouvellement de l'équipement qui devient de plus en plus désuet.

On sait que, depuis un nombre X d'années, depuis 1978, si ma mémoire est bonne, on est passé de 32 000 000 \$ à 8 000 000 \$. Cette année, on remonte à 11 000 000 \$. De 9 000 000 \$, on passe à 11 000 000 \$. Ce n'est pas strictement le point de vue des professionnels de la santé, c'est aussi l'opinion des administrateurs des hôpitaux que l'on prend un retard considérable, par exemple, dans le domaine - j'en ai parlé l'autre jour - de la radiologie diagnostique et dans différents autres équipements pour traiter le cancer, etc. Je pense que, dans la région de Québec, des

représentations ont été faites par le CRSSS de la région de Québec où le manque d'équipement serait particulièrement très sérieux. Non seulement dans la ville de Québec, mais dans tout l'Est du Québec, il y aurait une pénurie d'équipements médicaux.

Selon le témoignage du Dr Morin, cardiologue à l'Hôtel-Dieu de Québec, et d'autres médecins de la région de Québec, il n'y a pas de ville universitaire, en Amérique du Nord, où prévaut une situation de pénurie d'équipements médicaux comme celle que l'on retrouve dans les hôpitaux de la ville de Québec et de l'Est du Québec.

Ceci étant dit, j'aurais quelques questions précises à poser au ministre. En ce qui a trait à l'encombrement des salles d'urgence et l'allongement des listes d'attente qui sont dus, évidemment, au manque de lits de courte durée dans la région de Montréal, le ministre va me répondre: C'est ce qu'on essaie de faire en faisant la conversion du Reddy Memorial de Sainte-Jeanne-d'Arc et du Chest Hospital. Le ministre sait fort bien que ce n'est pas suffisant. Espérons que cela puisse alléger un peu, vu que les patients de courte durée sont moins longtemps dans les hôpitaux universitaires que les patients de longue durée.

Qu'est-ce que le ministre entend faire pour régler ce problème? C'est évident que les photographes ne vont pas tous les jours dans les salles d'urgence, ils l'ont fait pendant au moins deux ans. Ce n'est pas que le problème soit moindre, il est tout aussi considérable. Quant à la question de l'allongement des listes d'attente, il n'y a pas eu de progrès de ce côté non plus. Qu'est-ce que le ministre entend faire pour réduire les listes d'attente et l'engorgement des salles d'urgence? D'une façon plus précise, est-ce qu'il entend rouvrir les lits fermés en permanence dans les hôpitaux universitaires? Il y en a à peu près 600. D'ailleurs, j'ai cela sur un rapport. Je pense que ce sont les statistiques du mois de février du CRSSS de Montréal.

Que compte-t-il faire aussi pour diminuer le nombre de fermetures de lits durant l'été qui ont été au-delà de 2000 durant la saison estivale l'an dernier, parce que c'est la seule façon pour les hôpitaux de procéder pour satisfaire aux exigences budgétaires qui leur sont imposées par le ministère des Affaires sociales?

M. Johnson (Anjou): Mme la députée de L'Acadie va sûrement me donner trois, quatre minutes pour répondre à sa question, c'est un problème assez vaste. On part d'un postulat d'engorgement des salles d'urgence et des listes d'attente. D'abord, les listes d'attente sont plus importantes qu'il y a un certain nombre d'années. Cela s'explique notamment ainsi. Je ne dirais pas que c'est

le seul facteur, je ne veux pas tourner en dérision la préoccupation de la députée, mais il faut comprendre aussi que l'augmentation du nombre de praticiens spécialistes dans certaines disciplines, par définition, a augmenté les listes d'attente. J'ai dit souvent, et je le répète, que l'on pourrait ouvrir un hôpital de soins aigus de 1000 lits à Montréal, et il serait rempli en l'espace de deux mois parce que la demande est en partie engendrée par la disponibilité, et je ne voudrais pas que, dans chaque cas, ce soit l'État qui, par des fonctionnaires ou autrement, décide de la pertinence. L'intervention de l'État se fait à partir des ressources globales qu'il consacre à cela.

C'est un facteur dont il faut objectivement tenir compte qui peut expliquer l'augmentation, compte tenu du fait qu'il y a une stabilisation des ressources, mais une augmentation des spécialistes dans certains domaines. Il ne faut pas s'étonner qu'il y ait plus de demandes de traitements variés, d'opérations qui n'existaient presque pas il y a un certain nombre d'années et qui maintenant existent, pour lesquelles il y a une nouvelle demande. Avant qu'un type de chirurgie, par exemple, s'évanouisse pour laisser place à un autre, il y a au moins une phase où les deux continuent concurremment avec un apport additionnel de praticiens dans ce domaine.

Le deuxième facteur, c'est qu'on identifie souvent l'engorgement des salles d'urgence par la durée d'attente à la salle d'urgence pour les gens. Cela, je l'ai vu dans trois hôpitaux universitaires dans lesquels j'ai pratiqué à Montréal. Ce n'est pas toujours relié au fait qu'il n'y ait pas de lit, qu'il n'y ait pas de ressources. C'est relié parfois à l'organisation de la salle d'urgence. Je continue de prétendre, j'en ai discuté avec des représentants des deux fédérations médicales, que, dans la mesure où, à l'urgence, c'est une médecine à l'acte, il ne faut pas s'étonner que, notamment les fins de semaine et les nuits, les médecins ne voient pas d'intérêt à se partager un relativement petit nombre de patients; cela crée donc autant d'attente que s'ils étaient deux plutôt qu'un seul. Cela aussi est un facteur dont il faut tenir compte quand on parle d'engorgement.

Troisième facteur, c'est celui des politiques d'admission dans chacun des établissements. Encore une fois, il n'y a pas de politique générale gouvernementale, je n'en souhaite pas, qui dirait: Dorénavant, les laparotomies vont passer avant les opérations de type commando en ORL. Ce n'est pas à l'État de décider cela. C'est à chaque établissement de le faire, où se joue une dynamique au niveau du conseil d'administration, du conseil des médecins et dentistes, de différents comités médicaux. C'est là où ces choix sont faits. C'est

extrêmement varié, surtout quand on parle des hôpitaux universitaires qui ont le plus souvent ce type de problème, où il y a une dynamique qui joue entre spécialités au niveau des lits et du contrôle des lits. Donc, qu'est-ce qu'on peut faire devant cela?

Je m'excuse, dernier facteur - ensuite, je vais parler de ce qu'on peut faire à l'égard de certains de ces facteurs, ce qu'on est en train de faire - c'est celui de la présence en nombre anormalement élevé, on le sait, c'est un long débat, de personnes en hébergement ou en soins prolongés dans des hôpitaux qui sont équipés pour donner des soins aigus ou de courte durée. À l'égard de ce dernier problème, je rappelle qu'il y a, prévue dans les crédits de cette année, l'ouverture de 1000 lits additionnels dans la région de Montréal en centres d'accueil et d'hébergement, et que les critères de sélection pour les bénéficiaires y ayant accès seront resserrés pour qu'on ne retrouve pas - ce qui s'est fait depuis un certain nombre d'années - de personnes dans ces centres d'accueil qui, dans le fond, pourraient fort bien être dans un HLM, alors qu'on sait qu'on a des personnes qui sont l'équivalent de ce qu'on appelle des A-3 ou A-4 dans des hôpitaux de soins aigus. Donc, en termes de possibilités de recevoir des patients en hébergement chronique dans la région de Montréal, la première ouverture qui va se faire cette année, c'est 1000 lits pour les CAH. Deuxièmement: Pierre-Boucher, 360 lits additionnels dans la région métropolitaine; Valleyfield, 64 lits additionnels; Repentigny, 200 lits additionnels et, un peu plus tard, dans un certain nombre d'années - le temps de construire l'hôpital, cela prend quand même un certain nombre d'années - éventuellement, Châteauguay. Pardon?

Mme Lavoie-Roux: Ce n'est pas encore parti, Châteauguay. On va se rendre à la prochaine élection.

M. Johnson (Anjou): Le concours pour la sélection des professionnels, je pense, est terminé.

Mme Lavoie-Roux: Non, non. Je ne veux pas vous distraire. Continuez.

M. Johnson (Anjou): On aura peut-être l'occasion d'en reparler.

À l'égard du facteur des politiques d'admission, le ministère entend, à partir de la loi 27 et des règlements qui en découleront, faciliter l'instauration de mécanismes un peu plus précis au niveau des établissements pour que ces arbitrages se fassent d'une façon qui reconnaisse, en tout cas, la priorité de l'urgence sur d'autres types d'hospitalisation. À l'égard du type de rémunération dans les salles d'urgence - cela reste, à mes yeux, un objectif valable, je

souhaite qu'on puisse y parvenir un jour - je pense à modifier la rémunération dans les salles d'urgence. Je pense que cela simplifierait beaucoup de choses, à la fois pour les praticiens et pour les patients. Mais il y a là valeur de "précédent", aux yeux des fédérations, à l'égard d'autres aspects de la pratique de la médecine. Je comprends, sans nécessairement tout accepter, les réticences que je vois chez les fédérations à cet égard.

On peut donc dire que, tant à l'égard du pouvoir réglementaire que nous avons et qui doit demeurer limité si on ne veut pas une ingérence démocratique dans les décisions de nature médicale, tant à l'égard des lits en centres d'accueil et d'hébergement et de la conversion des établissements dont on a parlé en termes de soins prolongés, sans compter qu'ils auront aussi une activité à l'égard des personnes âgées ou en médecine familiale pour les gens du quartier, je pense qu'il y a là des choses qui ont été mises en branle et qui devraient continuer de soulager cette pression qui a été croissante depuis un certain nombre d'années dans la région de Montréal. Je pense que nous verrons, et serons mieux en mesure d'apprécier cela à la fin de l'année, l'effet sûrement très positif qu'aura eu l'ouverture de Pierre-Boucher et les 200 lits de Repentigny qui ont commencé à ouvrir, qui ouvrent cette année. Maisonneuve-Rosemont, par exemple, et Santa Cabrini drainaient une partie du volume qui venait de cette partie de la rive sud où se trouve Pierre-Boucher, par le tunnel Hippolyte-Lafontaine, et même des gens qui venaient de Repentigny. Dans la mesure où on a Pierre-Boucher et Repentigny, avec un total de plus de 500 lits additionnels qui s'ouvrent dans ces régions ou dans ces coins, on pense que cela devrait alléger la pression sur les hôpitaux de l'est de Montréal, en particulier.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, je remercie le ministre. Sa réponse ressemble étrangement à celle qu'il m'a donnée l'an dernier. D'ailleurs, je ne sais pas si...

M. Johnson (Anjou): Oui, mais là, on développe.

Mme Lavoie-Roux: Vous répondez un peu plus longuement.

Une voix: Il s'améliore.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, je voudrais, l'an prochain, peut-être que... Et si j'avais des conseils à lui faire, je lui en ferais. Je lui en ai fait pour sa centrale d'urgence et de coordination. Vous l'admettez, mais, cette année, c'est parce que...

M. Johnson (Anjou): Cela a beaucoup

aidé aussi au niveau des salles d'urgence.
(20 h 30)

Mme Lavoie-Roux: ...cette partie, c'est exactement la même chose que l'an dernier. On pourrait revoir le journal des Débats de l'an dernier, cela doit être, à peu près mot à mot, la même chose. Ah oui! Là-dessus, il y a de la pertinence.

M. Johnson (Anjou): Juste pour reprendre, si Mme la députée me le permet, je ne peux pas laisser passer cela...

Mme Lavoie-Roux: Oui, oui, allez-y, allez-y.

M. Johnson (Anjou): ...totalement. L'an dernier, j'ai dit qu'on ouvrirait des lits à Pierre-Boucher et on en a ouvert 200. Je vous dis qu'on en ouvrira 160 autres, cette année, et 200, à Repentigny; bien, ils ouvriront.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais...

M. Johnson (Anjou): Nous avons juste une parole, pas deux.

Mme Lavoie-Roux: Il reste que je reprendrai très brièvement certains des arguments. Quand le ministre dit que ce sont les praticiens qui font la demande et que, si on ouvrait un hôpital de courte durée de 1000 lits, il serait plein demain matin, c'est vrai qu'il serait peut-être plein demain matin, mais la raison pour cela, c'est que - le ministre le sait lui-même - lorsque vous regardez le rapport que le CRSSS avait publié en 1981 - le rapport de M. Dorval - on déplorait, comparativement à l'Ontario et aux ressources dans des villes comparables d'Amérique du Nord, qu'il y avait un manque de 1600 lits de courte durée. Alors, c'est fort possible, mais il ne faudrait pas le mettre nécessairement sur le dos des praticiens dans ce cas. S'il y a un manque de lits de courte durée, c'est évident que, si vous en ouvrez 1000, cela diminuera les listes d'attente, c'est clair. Alors, je pense que...

M. Johnson (Anjou): Cela recommencera après.

Mme Lavoie-Roux: ...il ne faut pas le relier nécessairement à cela. Il faudrait peut-être examiner aussi l'admission des étudiants en médecine si on veut boucler la boucle.

M. Johnson (Anjou): Il est vrai que les effectifs médicaux en première année seront diminués de 5% à compter du mois de septembre et de 5% l'année suivante.

Mme Lavoie-Roux: Bon, c'est la

première fois.

M. Johnson (Anjou): On vous avait dit qu'on le ferait, cela aussi, c'est fait.

Mme Lavoie-Roux: Oui, cela est fait, bon, d'accord.

L'autre chose: vous parlez des politiques d'admission. Je pense que le ministre conviendra qu'on est devenu beaucoup moins rigide, d'abord dans l'attribution des lits à l'intérieur des hôpitaux qu'on ne l'était il y a quelques années, que les politiques d'admission aussi se sont assouplies et que la réservation des lits a dû se modifier par la force des choses. Je pense que, de ce côté, il n'y a peut-être pas seulement des blâmes à adresser aux gens.

La troisième chose: tant mieux si Pierre-Boucher ajoute des lits. Je pense que le ministre avait, quand même, reconnu l'an dernier que cela devrait atténuer un peu. Il reste que les hôpitaux de Montréal, du moins la plupart de ceux qui sont encombrés, demeurent des hôpitaux surspécialisés, qui, de toute façon, drainent la population de l'ensemble du Québec et non seulement, de Montréal. On ne peut pas faire un calcul mathématique en ajoutant 300 lits à Pierre-Boucher ou 200. Les gens de Valleyfield qui ont besoin de venir à Montréal continueront de venir à Montréal et ceux qui pourront se faire traiter à Valleyfield seront fort heureux de se faire traiter à Valleyfield, j'ai l'impression. Alors, je ne pense pas que ce soit nécessairement équivalent quant au nombre d'ouvertures de lits.

M. Johnson (Anjou): Je dois dire, cependant, que, dans les hôpitaux de Montréal, seulement 15% des patients viennent de l'extérieur de Montréal.

Mme Lavoie-Roux: 15% qui viennent de l'extérieur de Montréal; vous voulez dire qui viennent de l'extérieur de l'île ou de la région?

M. Johnson (Anjou): De l'île.

Mme Lavoie-Roux: Bon, ce qui veut dire que cela ne changera pas grand-chose pour vos lits de la rive sud et des autres régions.

M. Johnson (Anjou): Non, mais, si vous introduisez la distinction quant à la notion d'hôpitaux surspécialisés, par exemple, à Valleyfield où il y aura un service de néphrologie, où il y aura de la gynéco-obstétrique, de la gynécologie spécialisée et pas seulement de l'obstétrique, c'est autant de ressources de plus pour Verdun, par exemple, et même Notre-Dame, le Royal Victoria ou le General, car ce sont autant de

patients qui ne s'y rendront pas pour ces services surspécialisés.

Mme Lavoie-Roux: Mais il reste que je pensais même que c'était encombré plus qu'à 15% par des gens venant de l'extérieur de l'île. Alors, la répercussion sera moins considérable qu'on ne le pensait. Quant aux lits qui sont fermés, est-ce qu'on envisage de les rouvrir? Vous savez, ces lits sont là, ils existent et ils sont fermés en permanence à cause de la rationalisation budgétaire, des coupures budgétaires.

M. Johnson (Anjou): Ce n'est pas 600 lits... J'essaie de voir d'où...

Mme Lavoie-Roux: Je vais vous le sortir, je l'ai ici.

M. Johnson (Anjou): Oui, s'il vous plaît.

Mme Lavoie-Roux: Je vais vous le donner, je l'ai. Je n'ai pas autant de monde pour fouiller dans mes paperasses que vous, M. le ministre. Le voilà.

M. Johnson (Anjou): Le chiffre que cherche Mme la députée de L'Acadie, c'est 626 qui était dans le rapport Dorval.

Mme Lavoie-Roux: Non, c'en est un plus récent, à partir des tableaux... Le rapport Dorval, c'est en 1981?

M. Johnson (Anjou): En 1980.

Mme Lavoie-Roux: Non...

M. Johnson (Anjou): On peut prendre le chiffre du rapport Dorval, 626.

Mme Lavoie-Roux: Je vous dis 599, je l'ai ici.

M. Johnson (Anjou): Une bonne partie de ces lits...

Mme Lavoie-Roux: Je peux vous le passer, si vous voulez: Maisonneuve-Rosemont, ça descend à l'hôpital Reine-Élizabeth, ça finit à l'Hôpital Général jusqu'à la deuxième page et la moyenne de lits fermés est de 559. Je vous ai dit 599, je m'excuse, c'est 559, je vous le donnais de mémoire. En tout cas, on ne va pas se chicaner là-dessus.

M. Johnson (Anjou): Bon. Il y a, dans certains cas, des lits qui figuraient au permis et qui sont inutilisables. Je pense, notamment, aux cent lits du Royal Victoria qui sont encore au permis, qui sont fermés, qui sont inutilisables, c'est aussi simple que ça, à cause de la désuétude. J'ai les conditions matérielles et physiques dans

lesquelles ils se trouvent. Il y a aussi, dans certains établissements, ce qui était du développement anticipé qui n'avait pas été autorisé même s'il avait été planifié dans l'esprit de certains gestionnaires et, au moment où est survenue la période de restrictions budgétaires il y a trois ans, ces lits n'ont pas été ouverts.

Dans la mesure où il y a dans certains établissements des lits qui peuvent être identifiés et bien localisés dans une aile ou un emplacement, c'est également ce qui pourrait servir de base à une intégration de ces données avec celles du changement de vocation de certains établissements pour soulager certains hôpitaux de la pression au niveau des lits pour soins aigus. On ne peut pas simplement le faire en disant que les 559... Cela dépendra de chacun des établissements dans la mesure où cette opération est reliée à chacun des établissements ou à une opération régionale où l'allocation de ressources qu'on veut faire en soins prolongés nous permet l'injection de fonds additionnels. Je pense que c'est comme ça qu'il faut le voir. Il ne faut pas voir ces lits comme simplement des ajouts à chacun des établissements.

Mme Lavoie-Roux: Il reste que ce sont des lits pour soins de courte durée dans une région où il y a un manque de lits pour soins de courte durée.

M. Johnson (Anjou): C'est-à-dire que ce sont des lits d'hôpital et un lit d'hôpital à Notre-Dame, qui est utilisé pour des soins prolongés, je veux bien croire que c'est un hôpital de courte durée, mais il est utilisé pour des soins prolongés quand même.

Mme Lavoie-Roux: En ce qui a trait au renouvellement de l'équipement?

M. Johnson (Anjou): Il y en a eu pour 30 000 000 \$ par année. Et de 1979 à 1982 il y a eu 54 000 000 \$ dans les CH nouveaux ou en développement, en plus des 30 000 000 \$ par année. Cela dit, je pense que c'est un problème réel sur lequel il ne faut pas se fermer les yeux.

Mme Lavoie-Roux: Bon on fait du progrès par rapport à l'an dernier!

M. Johnson (Anjou): Oui, mais le problème réel, c'est notre façon de voir le développement des équipements hospitaliers, notamment dans le domaine de la médecine universitaire et surspécialisée ou hyperspécialisée. Nous avons approuvé, il y a un an - je pense que l'État sera de plus en plus appelé à le faire - des "matching grants" en partie, non pas sur une base de un pour un, mais parfois de un pour quatre ou de un pour cinq, à des fondations qui se

consacrent au développement et au renouvellement d'équipement dans certains secteurs où l'évolution de la technologie de pointe nous amène à considérer qu'il faut du développement.

C'est très très clair que le réseau universitaire au Québec a comme caractéristique, évidemment, d'être excellent, d'avoir des praticiens qui ont des qualifications de type nord-américain et qui sont suffisamment excellents dans bien des cas pour rayonner bien au-delà du Québec et du Canada et même de l'Amérique. Il est très très clair qu'une autre caractéristique de ce réseau, c'est qu'on a plus d'hôpitaux universitaires par pouce carré ici que n'importe où ailleurs et que ce n'est pas vrai qu'ils pourront tous se développer - dans un système, à toutes fins utiles, étatique, qui l'est depuis 1971 - au rythme où leurs voisins américains se développent. On peut aller dans des petites villes de la Caroline du Nord où il y a neuf "Emi-scanners", et ce sont des petites villes, plus petites que Sherbrooke. Ce n'est pas vrai que le Québec a les moyens de se payer cela avec un système étatique.

Mme Lavoie-Roux: Combien le gouvernement en a-t-il payés de ceux qu'on a au Québec?

M. Johnson (Anjou): S'il ne paie pas des "Emi-scanners", il paie autre chose.

Mme Lavoie-Roux: Il n'en a pas payé un seul, à ma connaissance.

M. Johnson (Anjou): Oui, mais il est pris pour payer des budgets de fonctionnement. Je trouve que ce n'est même pas pertinent comme question. Ce qui compte, c'est qu'il y en ait des "Emi-scanners" là où il faut qu'il y en ait. Point. C'est cela, pour les citoyens et pour les praticiens qui servent les citoyens.

Mme Lavoie-Roux: Mais c'est vous qui l'avez apporté.

M. Johnson (Anjou): Pardon?

Mme Lavoie-Roux: C'est vous qui l'avez apporté en disant qu'aux États-Unis il y a des fondations qui paient pour cela, tandis qu'ici l'État ne peut pas le faire. Mais l'État ne le fait pas.

M. Johnson (Anjou): Mais c'est tout le régime qui est différent aux États-Unis. Aux États-Unis, l'État ne se préoccupe pas, par définition, de l'accessibilité de 100% de la population aux services médicaux. Au Québec, il se préoccupe de cela et au Canada, dans l'ensemble des provinces; en particulier au Québec qui a le régime le plus

universel et le plus complet et la couverture la plus totale de ces services. C'est un choix qu'on a fait comme société et qu'on continue de faire comme société. On ne peut pas courir deux lièvres en même temps là-dedans. Cela coûte cher, l'universalité. Aux États-Unis, ils n'ont pas choisi l'universalité. Ils ont choisi la technologie de pointe. C'est un choix qu'ils ont fait.

Je suis allé, récemment, en Californie, qui est l'État américain le plus progressiste en matière de couverture de type régime d'assurance-maladie, et vous avez quand même 20% de la population qui n'a pas accès à des services médicaux en Californie. Par contre, ils vous ont à Stanford et ailleurs des hôpitaux drôlement bien équipés. Dans le fond, il s'agit de maintenir une espèce d'équilibre. Au nom de la technologie, on pourrait, au Québec, à compter de demain matin, en faisant d'autres sortes de choix comme société, choisir de transformer le Québec en une espèce de Californie ou de Stanford de la médecine. Sauf que le jour où on décide cela comme collectivité avec les ressources qu'on a, on vient de choisir de mettre fin à un régime d'accès universel aux services de santé.

Mme Lavoie-Roux: Oui.
(20 h 45)

M. Johnson (Anjou): Cela dit, est-ce qu'un régime universel condamne la médecine à la médiocrité? Je suis de ceux qui croient exactement le contraire. Le choix de l'universalité de nos programmes et de l'accès pour l'ensemble des citoyens à des services de base et même à des services superspécialisés ou hyperspécialisés, c'est un choix qu'on peut maintenir comme société à condition, cependant, que, d'une part, on accepte que le secteur privé participe au développement des aspects technologiques de la médecine québécoise.

Deuxièmement, que cela implique, par définition, que ce n'est pas vrai qu'on va se développer partout en même temps. Ce n'est pas vrai qu'un seul hôpital au Québec pourra prétendre à l'excellence internationale dans les 48 spécialités ou sous-spécialités existantes. Les hôpitaux pourront prétendre à l'excellence de services aux citoyens et à l'excellence internationale dans plusieurs départements ou services, mais ils ne pourront pas prétendre, chacun isolé dans son coin, permettre à la médecine québécoise de progresser parce qu'on n'a pas les ressources pour le faire comme société. On a sûrement les ressources, au niveau de l'État, pour s'assurer qu'il y ait des pointes d'excellence un peu partout à condition que les gens se parlent et n'essaient pas de faire la même chose à deux coins de rue l'un de l'autre et aussi dans la mesure où on acceptera que, de plus en plus, le secteur privé, au niveau des équipements, intervienne.

Qu'est-ce que le secteur privé? Le secteur privé, ce sont des fondations comme celles du Royal Victoria, du Jewish, de Saint-Luc, de Maisonneuve-Rosemont et de la plupart des grands hôpitaux qui ont commencé à se développer, qui font appel pour des fins philanthropiques et fiscales à de nombreuses entreprises pouvant leur fournir de l'argent. Je crois en cela comme possibilité de développement. Je ne vois pas pourquoi on se fermerait les yeux. C'est un choix aussi que la communauté, en dehors de l'État, des députés ici et de ceux qui votent les lois, trouve important. Les gens sont prêts à mettre de l'argent dans des fondations privées pour payer moins d'impôt, c'est vrai. Je trouve cela très bien et je trouve qu'il faut le reconnaître et qu'il ne faut pas assassiner, comme société, ce réflexe.

En ce sens, pour moi, ce sera une partie - je ne dis pas la totalité - de ce qui permettra le maintien de l'excellence - pas le maintien en général, car le maintien en général, c'est le rôle de l'État d'y voir - dans certains domaines nécessitant notamment beaucoup d'investissements sur le plan technologique. Pour moi, il est évident qu'il va falloir accepter que cela ne se fera pas comme cela s'est fait depuis 20 ans, alors qu'on se tournait vers Québec et que Québec envoyait des millions. Il ne les a pas, les millions, le Québec. Il a les millions pour maintenir l'universalité, pour maintenir la qualité, pour maintenir l'accessibilité et une partie des millions pour l'excellence. C'est ce qu'il fait à travers le développement technologique, le ministère de mon collègue, le député de Rosemont, à travers le Fonds de recherche en santé du Québec, dont on a augmenté le budget, cette année, de 21%.

Ce n'est pas assez, on le sait bien. Ce n'est pas avec les budgets du FRSQ qu'on va mettre des scanners partout. D'abord, il y a une question qu'on pourrait se poser: A-t-on besoin de scanners partout? Mais là où il y en a qui pensent que c'est important, que cela doit se développer - on regarde ce qui se passe ailleurs aux États-Unis et on regarde surtout dans les autres provinces canadiennes, parce qu'aux États-Unis ils ont fait d'autres sortes de choix - je pense qu'il va falloir une participation du secteur privé. Il n'y a rien d'épouvantable là-dedans. C'est parfaitement normal et c'est sain pour une société d'être capable de mettre ses priorités là où elle veut les mettre, dans la mesure où elle est obligée de faire des choix dans ses priorités. Moi, mon choix c'est l'accessibilité et l'universalité.

Le Président (M. Desbiens): M. le député de Westmount.

M. French: M. le Président, très brièvement. Le ministre est-il totalement

satisfait que les critères de financement pour les hôpitaux, compte tenu du discours qu'il vient de tenir, respectent scrupuleusement l'indépendance des efforts de ce qu'il appelle le secteur privé pour que les hôpitaux qui réussissent le mieux à se financer autrement que par le biais du trésor public, ne soient pas pénalisés pour leur succès dans ce domaine en voyant leur financement étatique diminuer d'autant?

M. Johnson (Anjou): Le député de Westmount sait très bien qu'il n'y a pas de réponse définitive à cela. Il n'y en aura pas tant qu'on vivra dans le genre de société dans laquelle on vit où c'est ouvert et démocratique; ce qui n'empêche pas les gens de se parler, parce qu'ils vont aux mêmes endroits le midi. Il y a des hôpitaux riches et des hôpitaux moins riches. Il y a des hôpitaux qui ont une tradition de financement et de participation du secteur privé - je pense, notamment, pour des raisons historiques, aux hôpitaux anglophones de Montréal - et il y en a qui n'ont pas cette tradition.

Je pense que, dans les hôpitaux francophones, de plus en plus, cela se développe, cependant, depuis deux à trois ans. Il va falloir élaborer d'ici un an ou deux, au maximum, un cadre de cohérence d'intervention gouvernementale à l'égard de cette participation des fondations privées. Parmi les objectifs qu'on aura, c'est de permettre cette présence du financement privé; deuxièmement, de délimiter certains secteurs technologiques pour lesquels il n'y aurait pas ou il y aurait partiellement, selon le cas, une forme de compensation sur le plan budgétaire quand on pense au budget de fonctionnement qui en découle pour essayer de tenir compte dans cet ensemble de règles d'une certaine équité de répartition. Je souhaite qu'on ne soit pas obligé de le faire de façon impérative ou obligatoire. Mais je vois depuis un certain temps à Montréal, notamment, le développement de fonds de cette nature dans des hôpitaux qui n'en avaient pas antérieurement parce qu'historiquement ils se fiaient aux communautés religieuses.

Cette approche ou cette tradition a aussi pénétré dans le milieu francophone, entre autres, et c'est vrai aussi pour les donateurs. J'ai vu des listes de donateurs récemment. Je me suis rendu compte que de grandes institutions financières qui avaient tendance à toujours donner aux mêmes fonds, qui étaient reliés aux groupes de McGill entre autres, historiquement, donnent maintenant aussi à d'autres fonds. Je souhaite que cela se fasse. Je crois que le milieu est capable de générer cela et je pense que cela serait la meilleure façon d'y parvenir, que le milieu le génère et que ceux qui prennent ces décisions soient conscients

d'un minimum d'équité dans cette répartition.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: C'était fort intéressant. Le ministre s'est un peu éloigné de la première question que je lui ai posée. Je ne lui ai pas demandé de mettre des "scans" dans tous les hôpitaux du Québec et je pense qu'il le sait fort bien. Ce que je lui ai dit - il l'a admis d'ailleurs au point de départ - c'est que les budgets qui sont présentement affectés au renouvellement de l'équipement et peut-être au développement du nouvel équipement parce qu'il l'a abordé sous cet angle, sont insuffisants. C'est vraiment ce point. Le ministre en a profité pour faire une diversion qui était intéressante, mais qui ne répond pas fondamentalement à ma question sur l'insuffisance du budget d'équipement. Là, il ne s'agit pas de l'équipement nécessairement surspécialisé; il s'agit de renouvellement d'équipement qui est désuet, détérioré.

M. Johnson (Anjou): C'est vrai depuis un certain nombre d'années. Je sais qu'il existe une étude qui n'est pas publiée encore. J'ai rencontré son auteur récemment...

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): ...qui prépare une maîtrise dans ce domaine, vous l'avez peut-être rencontré avant moi. Il a fait une analyse du financement du renouvellement de l'équipement. Je n'ai pas vu les chiffres, on s'est vu trois minutes dans un aéroport. Il m'a dit que c'était, je pense, du cinq pour un ou du quatre pour un de financement de renouvellement d'équipement qui venait depuis un certain nombre d'années de la participation privée par opposition aux revenus des chambres privées qui s'en vont aux conseils régionaux pour les fins d'équipement. Cela fait un certain nombre d'années que ça dure.

Mme Lavoie-Roux: Ce n'est pas le sens de ma question. Ce que vous me dites, c'est qu'il y a déjà une participation du secteur privé au renouvellement de l'équipement. Cela a toujours existé.

M. Johnson (Anjou): C'est cela.

Mme Lavoie-Roux: Je vous dis qu'il y a un problème réel.

M. Johnson (Anjou): À Québec, non. À Québec ils ont un plan quinquennal et ils pensent qu'ils vont régler tous leurs problèmes d'équipement dans les cinq prochaines années avec leurs perspectives

budgétaires.

Mme Lavoie-Roux: Dans la ville de Québec et dans la région Est de Québec?

M. Johnson (Anjou): Je parle de la région 03.

Mme Lavoie-Roux: Du Québec et de l'Est du Québec.

M. Johnson (Anjou): Tout l'Est du Québec. Je n'ai pas les chiffres, mais je sais que, dans la région 03, le conseil régional nous a dit que son plan quinquennal, pour lequel il a ses perspectives budgétaires, lui permettait de régler ses problèmes de renouvellement d'équipement pour toute la région 03.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre a laissé entendre qu'il offrait une certaine compensation ou donnait une certaine équivalence des fonds qui étaient recueillis dans le secteur privé. Quel est le montant des équivalences qui a été donné par le gouvernement auquel le ministre faisait allusion? Ce que j'ai cru comprendre du ministre, c'est que, par exemple, pour chaque dollar que le secteur privé donnera, on donnera 0,50 \$. Enfin, vous n'avez pas donné cet exemple, mais c'est ce que vous avez laissé entendre. Est-ce que c'est fait ou si c'est en devenir?

M. Johnson (Anjou): Ah bon! C'est fait dans un cas. Il y a un autre cas qui est en ce moment à l'étude, puisque j'ai reçu la demande tout récemment. C'est fait dans un cas, c'est le Royal Victoria. Le Royal Victoria a ramassé à travers sa fondation, sur une période de trois ans ou quatre ans, je pense, 20 000 000 \$ et le gouvernement du Québec a fourni 5 000 000 \$ additionnels. Alors, c'était du 25%.

Mme Lavoie-Roux: C'est la première fois que cela se faisait de compenser?

M. Johnson (Anjou): Directement auprès d'une fondation privée, je ne pourrais pas vous l'affirmer, mais, à ma connaissance, en tout cas, depuis deux ans au ministère, oui.

Mme Lavoie-Roux: D'accord. Parfait.

M. Johnson (Anjou): Je ne sais pas si cela a été fait antérieurement.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, j'aimerais demander au ministre ce qui arrive au plan de développement des services pour les brûlés à l'Hôtel-Dieu de Montréal? Car on se souviendra qu'il y a quelques années le ministre des Affaires sociales du temps avait même donné en conférence de presse les

plans d'un grand développement pour les services des brûlés à l'Hôtel-Dieu de Montréal et aussi dans un hôpital de Québec, j'ignore lequel, c'était peut-être Saint-Sacrement. Qu'en est-il?

M. Johnson (Anjou): Il y a eu une longue discussion initialement sur la quantité de lits et l'espace qui serait utilisé pour cela. Cela s'est réglé et les plans et devis sont maintenant terminés dans le cas de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Les plans et devis sont terminés, c'est au conseil régional et la prochaine étape, ce sont les appels d'offres. D'ailleurs, je me demande si ce n'est pas fait, les appels d'offres.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que les sommes d'argent ont été accordées?

M. Johnson (Anjou): Ah non! Par définition, les sommes d'argent seront là si on va en appels d'offres. À partir du moment où on a les plans et devis, cela veut dire qu'on l'inscrit dans le développement.

Mme Lavoie-Roux: Quelles sont les sommes d'argent qui ont été prévues?

M. Johnson (Anjou): Les sommes d'argent sont en fiducie au conseil régional. Il y a quelque 800 000 \$.

Mme Lavoie-Roux: Comme vous-même disiez l'an dernier que c'était votre prédécesseur qui avait annoncé cela, est-ce que l'évaluation des besoins financiers qui a été faite remonte à 1980 ou si ce sont des prévisions qui, au plan financier, ont été mises à jour en fonction des coûts de 1983?

M. Johnson (Anjou): À l'origine, l'établissement évaluait cela à 1 250 000 \$ et les discussions nous ont permis d'évaluer que c'était 800 000 \$.

Mme Lavoie-Roux: Moins que 1 250 000 \$?

M. Johnson (Anjou): Oui. Je ne vous aurais pas dit cela il y a un an, mais il y a un accord. Parce que, dans le fond, c'est cela. Cela se négocie. Il faut peut-être se mettre cela dans la tête quand on parle du réseau des affaires sociales.

Mme Lavoie-Roux: Mais quand prévoyez-vous que ce centre va être en activité?

M. Johnson (Anjou): Les plans et devis étant faits, les appels d'offres, deux mois, trois mois. Combien de temps à peu près? Possiblement à l'automne, mais je préfère ne pas... Je pourrai sans doute, à l'occasion d'un complément de réponse en Chambre, donner

une perspective plus précise, mais on parle de quelque chose de l'ordre d'environ six mois. Les plans et devis, dans le fond, sont la grosse partie. À partir de cela, ce sont les appels d'offres et l'exécution des travaux.

Mme Lavoie-Roux: Dans le cas de l'hôpital Saint-Sacrement à Québec?

M. Johnson (Anjou): Saint-Sacrement? Même situation.

Mme Lavoie-Roux: Alors, d'ici six mois, eux aussi?

M. Johnson (Anjou): Si tout va bien. Je pense qu'ils n'auront pas de problème avec les appels d'offres.

Mme Lavoie-Roux: Alors, d'ici six mois, cela devrait fonctionner à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Sacrement?

M. Johnson (Anjou): Je ne voudrais pas que la députée me cite. Je n'affirme pas que d'ici six mois on va ouvrir ce lit et que le premier patient brûlé...

Mme Lavoie-Roux: Ils en ont déjà, des patients brûlés.

M. Johnson (Anjou): ...sera traité dans la nouvelle unité. Je dis, tout simplement, qu'à partir du moment où l'accord est intervenu, où le financement est réglé et où les appels d'offres sont sur le point d'être lancés si ce n'est pas déjà fait, normalement, c'est à peu près six mois; il peut y avoir des pépins en cours de route, mais normalement c'est six mois.

Mme Lavoie-Roux: Apparemment, il y en a déjà eu.

M. Johnson (Anjou): L'autre avantage de la désignation de Saint-Sacrement et de l'Hôtel-Dieu de Montréal, c'est la désignation d'unités au Québec pour les grands brûlés, ce qui fera qu'il y aura le développement d'expertise, d'équipes, de modes de traitement, de relations plus particulières entre ces groupes et des équipes très spécialisées sur le plan clinique comme sur le plan pharmaceutique, etc. Je pense que cela sera un progrès considérable. (21 heures)

Mme Lavoie-Roux: Tout à l'heure, le ministre a fait son grand discours sur la nécessité du secteur privé de s'engager dans la technologie de pointe en médecine, etc. Le ministre peut-il nous dire quelle est sa position quant au plan de développement de programmes de transplantations cardiaques dans trois hôpitaux de Montréal? Parce que ces choses là coûtent cher, M. le Président, cela coûte au moins 50 000 \$ par personne.

M. Johnson (Anjou): On me dit que l'évaluation des coûts d'une transplantation est n'importe où entre 10 000 \$ et 100 000 \$, ce qui fait une marge d'erreur assez élevée, n'est-ce pas? C'est parce que les gens ont de la difficulté à s'entendre sur les coûts imputables à cela. Il faut bien voir que ce n'est pas l'acte chirurgical lui-même qui coûte cher, c'est de la haute couture qui exige beaucoup d'expertise. Fondamentalement, ce n'est pas de faire les ligatures au niveau de l'aorte et des artères pulmonaires qui cause les problèmes, c'est tout ce qui entoure l'opération, comme l'immunologie, soutien de laboratoire, les soins intensifs particuliers, la médication, le suivi du patient, etc. Évidemment, c'est le fait que ce soient des équipes multidisciplinaires qui exigent beaucoup de travail et des chirurgiens, en général, remarquables.

En vertu de la loi 27, on s'en souviendra, on s'est donné... Je n'ai pas relu la transcription de ce qu'avait dit la députée de L'Acadie à ce sujet, je ne pense pas y trouver de contradiction, même si cela arrive à l'occasion...

Mme Lavoie-Roux: Vous voulez dire vos contradictions?

M. Johnson (Anjou): Non, les vôtres.

Mme Lavoie-Roux: Vous ne m'en avez pas cité souvent.

M. Johnson (Anjou): En vertu de la loi 27, on a donné un pouvoir au ministre d'édicter par règlement la désignation de centres pour des fins de services hyperspécialisés.

Mme Lavoie-Roux: Je pense qu'il n'y aura pas de contradiction là-dedans de mon côté.

M. Johnson (Anjou): Non?

Mme Lavoie-Roux: Je ne pense pas.

M. Johnson (Anjou): L'article a été adopté. Le projet de règlement, j'ai ici un extrait de ce que pourrait être l'article 95 qui dirait qu'un centre hospitalier ne peut offrir de nouveaux services dans les secteurs d'activités suivants, sans l'autorisation du ministre et sur avis du conseil régional: la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, la chirurgie néonatale, la neurochirurgie, la transplantation d'organes et la greffe de la moelle osseuse, les unités de soins intensifs spécialisées, l'hémodialyse, les unités de grossesse à risques élevés, la radiothérapie, les techniques diagnostiques de visualisation assistées par ordinateur, selon le cas, l'électrocardiographie assistée par ordinateur.

Je dis bien que c'est un avant-projet.

Mme Lavoie-Roux: Je vous ai posé une question précise.

M. Johnson (Anjou): Oui, mais je reviens là-dessus. Cela tomberait sous la rubrique chirurgie thoracique et cardio-vasculaire. Le règlement n'est pas adopté. Tant et aussi longtemps qu'il ne sera pas adopté, les établissements peuvent, comme ils l'ont fait dans le passé, continuer de se développer comme ils l'entendent dans ces domaines. Or, à Montréal, il y a Notre-Dame qui a déjà procédé à deux ou trois greffes, je crois. Trois greffes. L'Institut de cardiologie de Montréal a laissé entendre qu'il était intéressé. Après tout, je dois vous dire tout de suite qu'on n'a pas l'intention d'en faire un hôpital de soins prolongés. Ce n'est pas tellement étonnant qu'il soit intéressé à la greffe cardiaque: c'est le seul institut spécialisé en chirurgie cardio-vasculaire du Québec.

Le troisième qui a manifesté son intérêt est Sainte-Justine, dans la mesure où 85% de la chirurgie cardio-vasculaire chez les enfants au Québec se fait à l'hôpital Sainte-Justine. Il y a, depuis neuf ans, des équipes qui, parmi les travaux qu'elles font depuis en particulier quatre ans, à toutes fins utiles, se préparent à des possibilités et à tout l'apport immunologique, et pharmacologique entourant la transplantation cardiaque chez les enfants. Donc, une réalité, c'est Notre-Dame; une possibilité sérieuse qui nous est annoncée, en tout cas, par l'Institut de cardiologie, c'est l'Institut de cardiologie.

Mme Lavoie-Roux: Ils en ont fait une la semaine dernière.

M. Johnson (Anjou): Une possible... Oui, sauf qu'ils auront besoin du soutien de toute la dimension médicale et non chirurgicale autour de cela. Cela présuppose qu'ils ont des ententes de service à cette effet avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont puisqu'il n'y a pas d'immunologie à l'Institut de cardiologie. Le grand centre d'immunologie à Montréal est situé à Maisonneuve-Rosemont.

Il reste Sainte-Justine comme hypothèse pour le moment. Donc, dans la mesure où il n'y a pas de réglementation dans le sens de ce que j'évoquais tout à l'heure, les établissements peuvent continuer de le faire.

Mme Lavoie-Roux: Ce que je comprends de la longue réponse d'une question qui était pourtant très courte, c'est que le ministre ne rejette pas l'idée qu'il y ait trois centres de transplantation cardiaque au Québec et tous les trois situés à Montréal - d'ailleurs, qu'ils soient à Montréal ou à Québec, cela ne changerait pas grand-chose - mais trois

centres de transplantation cardiaque au Québec. Peut-on me dire combien il y en a dans les autres provinces du Canada?

M. Johnson (Anjou): Il y en a un en Ontario.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, je ne veux pas faire un long débat là-dessus, mais, quand on parle de retards que l'on prend sur d'autres problèmes majeurs, par exemple, du côté du traitement du cancer, les retards que les gens doivent subir dans ce domaine, de désuétude d'équipement extrêmement important, que le ministre nous dise sans broncher qu'il y a possibilité, et de fait il y en a deux qui fonctionnent présentement, de trois centres de transplantation cardiaque au Québec, je pense qu'il y a peut-être là un choix de priorités à faire.

M. Johnson (Anjou): Jusqu'à maintenant, il a été fait par les établissements et non pas par le ministre des Affaires sociales qui n'avait aucun pouvoir pour l'empêcher.

Mme Lavoie-Roux: Parfois, quand vous indiquez votre réprobation, les gens sont plus hésitants que cela. Il n'y a pas eu de votre part, et je vous ai entendu à la radio, de grande expression de réprobation quant aux priorités qu'on devrait peut-être retenir.

M. Johnson (Anjou): J'ai l'impression que, si on doit "réprober", pour utiliser l'expression du député de L'Acadie...

Mme Lavoie-Roux: Si vous en avez une meilleure, je suis prête à l'accepter.

M. Johnson (Anjou): Je pense que c'est fort valable dans les circonstances. Si l'on veut manifester sa réprobation devant cela, il faut être capable de faire quelque chose le lendemain. Cela ne donne rien de déchirer sa chemise si on ne règle pas les problèmes.

Mme Lavoie-Roux: Bon, je ne veux pas me prononcer là-dessus. Puisque vous avez parlé des règlements de la loi 27, est-ce que vous entendez tenir une commission parlementaire à cet égard, comme nous vous l'avions demandé en décembre, mon collègue de Westmount et moi-même?

M. Johnson (Anjou): C'est une idée que je trouve intéressante.

Mme Lavoie-Roux: Des idées intéressantes, j'en ai beaucoup, M. le ministre. Plus sérieusement, vous n'êtes pas encore décidé et vous avez quand même eu trois ou quatre mois de réflexion. Au moins quatre mois.

M. Johnson (Anjou): C'est cela, quatre mois de réflexion. Je ne dirai pas qu'on était occupé à faire beaucoup d'autres choses. Je pense qu'on ne pouvait pas aussi se mettre à discuter de la réglementation. Je dois dire qu'au niveau du travail fait par le ministère, c'est extrêmement avancé. J'ai l'essentiel de l'ensemble de la réglementation qui doit découler de la loi 27 sur mon bureau depuis un certain temps. Nous avons procédé à des espèces de consultation informelle. Nous commençons à peine ce type d'échanges qui ne sont pas des consultations. Je pense qu'à un moment donné, il va falloir formaliser cela. À toutes fins utiles, sans doute qu'une commission parlementaire est un forum tout à fait adéquat pour ce type de discussion puisqu'il implique - j'ai fait la liste l'autre jour - 35 intervenants susceptibles d'être intéressés.

Mme Lavoie-Roux: On pourra les voir la nuit, M. le Président.

M. Johnson (Anjou): Vous pourriez les voir la nuit.

Mme Lavoie-Roux: Cela nous est déjà arrivé dans le passé.

M. Johnson (Anjou): C'est vrai et cela a été efficace.

Mme Lavoie-Roux: C'est quand même extrêmement important. Je ne blâme le ministère de ne pas être prêt. Vous avez eu les négociations. Ma question précise: Est-ce que, en se reportant au contexte qui a prévalu au moment de l'adoption de la loi 65, il y a eu des commissions parlementaires pour étudier les règlements afférents au chapitre 48?

M. Johnson (Anjou): C'est cela. Je pense que cela a été deux fois modifié depuis 15 ou 20 ans. Aux deux occasions, il y a eu des commissions parlementaires.

Mme Lavoie-Roux: Je ne vous demande pas que ce soit le mois prochain ou dans 15 jours, je vous demande si, en soi, il y aura une commission parlementaire?

M. Johnson (Anjou): En soi, dans la mesure où ce sera moi qui assumerai la responsabilité de ce dossier, sûrement.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que vous nous annoncez que vous allez avoir une promotion?

M. Johnson (Anjou): Non, mais dans la mesure où je ne parle pas ici au nom du gouvernement. Une décision de tenir une commission parlementaire, c'est une décision du gouvernement et non pas du ministre. Il

faut que j'en discute avec mon collègue le leader, ce qui n'est pas fait.

Mme Lavoie-Roux: Vous voulez dire que c'est le député de Vanier qui va vous empêcher de tenir une commission parlementaire?

Des voix: Ah! Ah! Ah!

Mme Lavoie-Roux: Non, non, mais cela a l'air assez prometteur.

M. Johnson (Anjou): À chacun son rôle.

Mme Lavoie-Roux: À chacun son rôle. Celui-là, c'est votre rôle au premier chef, c'est-à-dire de tenir une commission parlementaire là-dessus.

M. Johnson (Anjou): Mon rôle est de le souhaiter. Le rôle du leader est de décider.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, est-ce qu'on pourrait m'indiquer à quoi seront affectés les budgets de développement prévus dans les centres hospitaliers de courte durée pour les maladies physiques, au montant de 17 709 000 \$? Il y a sûrement quelqu'un qui écoute dans toute la salle et qui va lui donner la réponse.

M. Johnson (Anjou): Les 17 000 000 \$ vont être affectés à quoi dans les soins...

Mme Lavoie-Roux: Dans les cas de maladies mentales, 1 441 000 \$.

M. Johnson (Anjou): Je vais simplement énumérer des noms d'endroits, sans donner de chiffres: LaSalle, Fleury...

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): ...l'Institut de cardiologie - pour des lits...

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): ...pas pour un bloc opératoire - Le Gardeur, Pierre-Boucher, évidemment, Châteauguay - mais au stade des...

Mme Lavoie-Roux: Des plans et devis?

M. Johnson (Anjou): ...des plans, etc., ce n'est pas du développement de service encore - Gatineau - gros morceau, Gatineau - Baie-Comeau-Hauterive, Baie des Chaleurs. C'est l'essentiel. Je ne tiens pas compte ici de montants de développement dans le cas du Grand-Nord. On a aussi des crédits de construction dans le Grand-Nord avec Povungnituk et deux dispensaires, un au sud de Kuugaaq, et l'autre à Sagloul.

Mme Lavoie-Roux: Et dans le cas des maladies mentales? C'est une somme de 1 441 000 \$.

M. Johnson (Anjou): De quel poste budgétaire parlez-vous?

Mme Lavoie-Roux: Toujours le même, à la page 14.

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: Attendez une minute. Non, je me trompe. C'est à la page 13 - excusez-moi - oui, c'est à la page 13, au bas: 1 441 000 \$. Soins de courte durée, maladies mentales. C'est le...

M. Johnson (Anjou): Alors, 03-02.

Mme Lavoie-Roux: C'est ça.

M. Johnson (Anjou): Dans la liste que je vous ai donnée tout à l'heure - je m'excuse - je vous ai donné un montant de 21 215 000 \$, ce qui regroupe les deux...

Mme Lavoie-Roux: Oui. Alors...

M. Johnson (Anjou): ...c'est-à-dire courte durée et maladies mentales. La ventilation à courte durée: il y a Pierre-Boucher; il y a Le Gardeur...

Mme Lavoie-Roux: En fait, ce sont les services psychiatriques à l'intérieur des nouveaux hôpitaux de courte durée?

M. Johnson (Anjou): C'est cela.

Mme Lavoie-Roux: Bon, d'accord.

M. Johnson (Anjou): Ou de développement. Je les ai plus précisément ici: Le Gardeur, Pierre-Boucher, Gatineau, Baie-Comeau-Hauterive - c'est un gros morceau en termes relatifs, là bas; c'est presque 500 000 \$.

Mme Lavoie-Roux: Pour combien de lits, dans l'ensemble? Du côté de la santé mentale.

M. Johnson (Anjou): Je vais les additionner... Je regrette, je ne les ai pas à la portée de la main.

Mme Lavoie-Roux: Ce n'est pas plus grave que cela. Laissez faire. Vous me le direz l'an prochain.

M. Johnson (Anjou): Même avant.
(21 h 15)

Mme Lavoie-Roux: Pardon?

M. Johnson (Anjou): Même avant.

Mme Lavoie-Roux: Même avant... Maintenant, au programme 03-04, vous avez aussi - 03-03, 03-04, 1 915 000 \$ pour le développement de programmes, maladie physique, et 120 100 \$, maladie mentale, pour les soins prolongés. Qu'est-ce que c'est?

M. Johnson (Anjou): Alors, Baie des Chaleurs...

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): Je pense que c'est dans le comté du chef de l'Opposition...

Mme Lavoie-Roux: Cela fait longtemps qu'il attend cela.

M. Johnson (Anjou): ...par intérim. Il va être content...

Mme Lavoie-Roux: Il va être content, oui.

M. Johnson (Anjou): Évidemment, Le Gardeur, Pierre-Boucher, Gatineau.

Mme Lavoie-Roux: Bon, d'accord.

M. Johnson (Anjou): Les mêmes que tout à l'heure, sauf Baie-Comeau-Hauterive.

Mme Lavoie-Roux: Bon, d'accord. Deux projets ont été abandonnés, un de 100 000 \$, frais d'abandon de projet de 100 000 \$. Dans les centres d'hébergement - je conviens qu'on les avait terminés la semaine dernière - il y avait un abandon de projet pour 250 000 \$. Quels étaient ces projets-là?

M. Johnson (Anjou): C'est simplement une réserve de prévision de frais d'abandon comme on en prévoit. L'an dernier, on en a fait pour 239 000 \$; on met 250 000 \$ cette année, ce qui ne veut pas dire que cela sera utilisé pour ces fins-là.

Mme Lavoie-Roux: C'est-à-dire...

M. Johnson (Anjou): Cela pourrait devenir périmé. Ce sont des frais d'abandon. Cela paraît paradoxal qu'on fasse une prévision d'un crédit pour quelque chose qu'on abandonne, sauf qu'il y a des frais d'abandon. Cela peut être un problème de litige autour...

Mme Lavoie-Roux: L'an dernier, avez-vous utilisé ces sommes-là?

M. Johnson (Anjou): Oui, 239 000 \$ dans le cas du centre d'accueil Berri, dans la mesure où le centre d'accueil Berri, dont on avait projeté initialement que...

Mme Lavoie-Roux: Et cela vous a coûté

239 000 \$, et Colombo et Berri?

M. Johnson (Anjou): Il n'est pas seul. Colombo, Berri, c'est tout. Sur un total de combien en immobilisations? Combien? Sur un total de 80 000 000 \$.

M. Sirros: Est-ce que vous voulez dire que le centre d'accueil Berri est abandonné?

M. Johnson (Anjou): Non, c'est-à-dire que les plans et devis, les plans possibles ou l'étude, à toutes fins utiles, de faisabilité qui avait été faite dans le cas de l'édifice où est abrité le CRSSS de Montréal... Il a fallu faire les plans. C'était un beau projet qui avait l'air extrêmement intéressant. Il avait même l'air de tomber sous le sens commun, sauf qu'à l'étude - et cela coûte cher de faire des études - on s'est rendu compte que cela ne tombait pas sous le sens commun. Il y a un problème de structures dans cet édifice, de vétusté, de capacité de tenir, en termes de poids, les équipements dont on parle. Cela a fait qu'on a abandonné. Au total, je ne sais pas combien a coûté cette étude. Sûrement pas 200 000 \$ parce qu'il y a un terrain, dans le cas de Colombo, qui devait valoir plus que cela.

Mme Lavoie-Roux: J'aimerais poser quelques questions au ministre touchant les hôpitaux dont on a annoncé les changements de vocation, le cas de Sainte-Jeanne-d'Arc et le cas de Reddy. Dans les deux hôpitaux - on me corrigera - je pense qu'on prévoit des cliniques familiales. On prévoit des cliniques de gériatrie. On prévoit, au Reddy de garder des services de psychiatrie. Est-ce qu'on prévoit de garder des lits de psychiatrie ou uniquement la clinique externe? Parce que j'aimerais apporter... Je pense que le ministre est fort au courant qu'il y avait là un des seuls hôpitaux, sinon le seul, à offrir des services d'hébergement en psychiatrie, 24 heures sur 24, et qui répondait à un besoin. Il y a peut-être d'autres hôpitaux, mais il n'y en a pas beaucoup qui le font. Ils le font peut-être par l'urgence, mais ils ne sont pas strictement organisés pour cela. Est-ce que cela sera maintenu?

M. Johnson (Anjou): Oui, dans le cas de Reddy, on maintient non seulement des cliniques externes en psychiatrie, mais également des lits en psychiatrie.

Mme Lavoie-Roux: Oui. Une clinique familiale et une clinique...

M. Johnson (Anjou): Une clinique familiale, donc de la médecine générale pouvant répondre à l'essentiel des demandes de la population du quartier. Deuxièmement, une clinique spécialisée qui pourrait être - je ne dis pas qui sera - ce qu'on appelle un

hôpital de jour dans le cas des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'on maintiendra la chirurgie d'un jour ou les services de cette nature?

M. Johnson (Anjou): Non, pas de chirurgie d'un jour.

Mme Lavoie-Roux: Ni dans l'un, ni dans l'autre?

M. Johnson (Anjou): Ni dans l'un, ni dans l'autre.

Mme Lavoie-Roux: Le CRSSS de Montréal avait évalué que la transformation de ces hôpitaux apporterait des économies de l'ordre de 17 000 000 \$. Est-ce exact? Est-ce que ceci est confirmé par vos études?

M. Johnson (Anjou): L'évaluation est de 12 000 000 \$ à 17 000 000 \$.

Mme Lavoie-Roux: Ah, bon! Cela vous donne déjà une petite marge de 5 000 000 \$. Est-ce qu'on a établi les coûts de la transformation des hôpitaux?

M. Johnson (Anjou): Vous voulez parlez des aménagements physiques.

Mme Lavoie-Roux: Les aménagements.

M. Johnson (Anjou): Il n'y a pas une évaluation de coût au sens où on n'a pas l'équivalent de plans et de devis et de devis opérationnels sur lesquels on aurait quantifié ce que cela coûterait. Il est évident qu'à partir du moment où la décision sera prise, on va engager les fonds nécessaires au niveau des services professionnels pour avoir une évaluation précise des coûts: est-ce qu'on change tel faux-mur à telle place, est-ce qu'on élargit les portes à tel endroit ou si, au contraire, on crée de grands espaces, etc.? Globalement, on en a tenu compte.

D'autre part, quand on parle d'une économie de 12 000 000 \$ à 17 000 000 \$, on parle d'économie sur la base des frais de fonctionnement, donc, sur une base annuelle, alors que les immobilisations, c'est-à-dire une transformation des locaux, cela n'arrive qu'une fois. On paie une fois.

Mme Lavoie-Roux: On n'a pas établi le coût de la transformation.

M. Johnson (Anjou): Non, je n'ai pas de chiffres.

Mme Lavoie-Roux: C'est strictement en regard du fonctionnement d'un hôpital de soins prolongés par rapport à un hôpital de soins de courte durée.

M. Johnson (Anjou): Exactement. On a des critères assez clairs qui nous le permettent: tant de lits de soins prolongés plutôt que tant de lits de soins aigus. Il y a des formules presque mathématiques pour cela. On arrive toujours avec une marge d'erreurs. Il n'y a pas de laboratoire, il n'y a pas de salle d'opération, il n'y a pas de radiologie. Ce sont des choses qui s'évaluent simplement.

Mme Lavoie-Roux: Dans le cas de la sécurité d'emploi, est-ce qu'on a établi combien de personnes seront mises à pied?

M. Johnson (Anjou): On a des évaluations quant à la quantité de personnel que ça prend pour tant de lits de soins prolongés dans un établissement comme celui-là, ce qui ne résulte pas nécessairement par des mises à pied, dans la mesure où il peut y avoir de l'attrition, des départs, etc. Ce qu'on peut dire, au départ, c'est un minimum de temps. Les équivalents à temps plein, dans le cas de Sainte-Jeanne-d'Arc, qui pourraient être affectés sont de 424; dans le cas du Reddy, 131. Je dis bien qui pourraient être affectés. On parle bien d'équivalents à temps plein. Qu'on se comprenne bien. Ce ne sont pas nécessairement des individus.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais cela pourrait être plus d'individus.

M. Johnson (Anjou): Cela pourrait être moins aussi.

Mme Lavoie-Roux: Des équivalents à temps plein, je ne vois pas comment ça pourrait être moins d'individus.

M. Johnson (Anjou): Je m'excuse.

Mme Lavoie-Roux: Je vois difficilement comment des équivalents à temps plein pourraient être moins d'individus, à moins qu'ils ne travaillent à temps et demi.

M. Johnson (Anjou): Je pense que vous avez raison. J'ai fait un lapsus. Le chiffre est bon, mais c'est le titre qui ne l'est pas. C'est équivalent à temps plein, bel et bien comme vous le disiez; cela pourrait être plus de personnes.

Mme Lavoie-Roux: On doit envisager des mises en disponibilité d'environ 500.

M. Johnson (Anjou): Possible.

Mme Lavoie-Roux: Oui, parce que j'en ai même soustrait 50. En tout cas, mettons 400 si on veut être modéré. Cela veut dire qu'il y a de bonnes chances que ce soit au moins 400. Si on additionne les deux...

M. Johnson (Anjou): Mais il y a du développement qui se fait dans la région de Montréal. C'est cela qu'il faut voir aussi. 1000 lits de centres d'accueil, cela va prendre du monde pour s'en occuper. C'est à peu près une personne par lit en moyenne. À Laval aussi.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, peut-on nous donner la planification pour la région du Saint-Maurice? Il y a passablement de brasse-camarades dans ce coin avec la région de Trois-Rivières-Saint-Maurice. Qu'est-ce qu'on prévoit dans cette région?

M. Johnson (Anjou): Je vais y aller rapidement. Je suis sûr que cela va faire plaisir à la députée de Chomedey.

Mme Lavoie-Roux: Ce n'est pas qu'on prévoit de la chicane.

M. Johnson (Anjou): Cela est fait. Je pense qu'on est en phase de réconciliation en ce moment. Il y a essentiellement un gros bloc qui est Trois-Rivières, c'est-à-dire les deux hôpitaux qui sont, soit dit en passant, à vue d'oeil - sans se forcer - l'un de l'autre, une chose qu'il faut toujours avoir à l'oeil et à l'esprit. Deuxièmement, des décisions qui pourraient toucher l'hôpital Lafleche à Grand-Mère, l'hôpital Shawinigan, l'hôpital régional de la Mauricie, l'hôpital Saint-Joseph à Nicolet, et l'hôpital Cloutier ou Comtois...

Mme Lavoie-Roux: Et Comtois à Louiseville.

M. Johnson (Anjou): ...Cloutier à Cap-de-la-Madeleine et Comtois à Louiseville. Il y a un historique sur lequel je ne reviendrai pas, mais très compliqué dans cette région. Je rappelle que, dans le cas de ces régions, comme dans la majorité des régions, le conseil régional me fait des recommandations que j'entérine habituellement, mais il peut y avoir des exceptions que nous tentons de rendre les moins nombreuses possible, d'autant plus que le travail en général est bien fait. Je pense que le gros bloc, c'est Trois-Rivières, où il y a des activités importantes à faire pour s'assurer qu'on continue de développer un niveau d'excellence avec les ressources qu'on a. Je pense notamment à certaines disciplines chirurgicales, en pédiatrie, en obstétrique et où c'est très clair: les corporations se sont quelque peu braquées au moment de la discussion de différents projets. Ce qui n'a pas simplifié les choses, c'est qu'une des hypothèses évoquées par le conseil régional a été qualifiée d'irrecevable par certains groupes parce que le conseil régional avait comme directeur général l'ancien directeur général de l'un des établissements. Comme on vit au Québec et qu'il n'y a pas

250 000 000 d'habitants, ce sont des choses susceptibles d'arriver.

C'est en ce moment à l'étude au ministère. J'attends les recommandations de mon sous-ministre adjoint, qui est lui-même originaire de la Mauricie, comme la députée de Chomedey.

Mme Lavoie-Roux: Dans le cas du Centre hospitalier régional de la Mauricie, il semble que ce soit surtout là qu'il y a des problèmes. Entre autres, souvent ils ont été dans l'obligation de fermer leur salle d'urgence, je pense que le ministre en est conscient. Est-ce qu'en prévoyant de faire de ce centre un centre encore plus spécialisé et susceptible de recevoir plus de patients, on ne risque pas de créer plus de problèmes? (21 h 30)

M. Johnson (Anjou): Le problème de la fermeture de l'urgence à l'hôpital de la Mauricie à Shawinigan, cela a duré six mois et, dès l'ouverture de 60 lits pour soins prolongés à Grand-Mère - c'est l'an dernier, au début de l'année dernière - le problème ne s'est plus jamais posé après cela.

Mme Lavoie-Roux: C'est cette année qu'on en a entendu parler.

M. Johnson (Anjou): Pas en 1983. La fermeture de l'urgence à Shawinigan en 1983? Je n'ai eu aucun écho de cela. Je me souviens que, l'an dernier, à peu près au mois de mars - quelque chose comme cela, février ou mars - on a ouvert, au printemps 1982, le centre Lafleche avec 60 lits pour soins prolongés. Depuis ce temps, il n'y a pas eu de problème.

Mme Lavoie-Roux: Bon! D'accord. Tout va bien, comme le dit la députée de Chomedey. Je vais vous accorder le bénéfice du doute, parce que je n'ai pas l'article en main sur cette chose.

Dans la région de Sherbrooke, qu'arrive-t-il à l'urgence?

M. Johnson (Anjou): Elles sont ouvertes et elles fonctionnent. Il n'y a pas de problème de fermeture, là.

Mme Lavoie-Roux: Non, il n'y a pas de problème de fermeture, je le sais. C'est-à-dire qu'il y a des problèmes de fermeture, mais d'un autre ordre.

M. Johnson (Anjou): Oui. Il y a un projet à l'étude. Je dois rencontrer, vendredi, le conseil régional de l'Estrie.

Mme Lavoie-Roux: Vous acheminez-vous vers un regroupement des urgences à l'Hôtel-Dieu?

M. Johnson (Anjou): Je sais que cela a

été évoqué par le conseil régional...

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais vous savez que cela fait longtemps...

M. Johnson (Anjou): ...mais à titre d'hypothèse seulement. Je sais - je le sais sûrement - que cette hypothèse a été évoquée par le conseil, mais c'est une hypothèse.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre connaît bien la région de Sherbrooke...

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: ...parce que je pense qu'il a même fait de l'internat à l'Hôtel-Dieu.

M. Johnson (Anjou): De l'externat.

Mme Lavoie-Roux: Ah! De l'externat. D'accord.

M. Johnson (Anjou): À Saint-Vincent et au CHUS aussi.

Mme Lavoie-Roux: Les trois.

M. Johnson (Anjou): Le problème, c'est que je les connais tous les trois.

Mme Lavoie-Roux: C'est cela. Peut-il nous dire si cette hypothèse lui paraît logique?

M. Johnson (Anjou): Ces choses se discutent à partir des faits et de la réalité et non pas à partir d'une vision impressionniste de la réalité. Les faits, les chiffres et les arguments, nous les aurons en discutant avec le conseil régional.

Mme Lavoie-Roux: Oui. Les pédiatries n'ont-elles pas été regroupées dans un hôpital avec l'hypothèse que l'urgence serait regroupée dans un autre hôpital?

M. Johnson (Anjou): Quand on parle d'une région comme Sherbrooke, qui a 85 000 de population comme ville, environ 125 000 de population drainée par Sherbrooke...

Mme Lavoie-Roux: Oh! Il y en a plus que 125 000, je m'excuse, pour la région de Sherbrooke.

M. Johnson (Anjou): Plus que cela. Je ne parle pas de toute la région de l'Estrie.

Mme Lavoie-Roux: Ah! Dans la ville, il y en a 85 000. D'accord, mais...

M. Johnson (Anjou): Oui, oui, c'est cela,

85 000.

Mme Lavoie-Roux: ...les hôpitaux de Sherbrooke drainent plus que 85 000.

M. Johnson (Anjou): Oui, mais faire en sorte que toute l'urgence dans une ville comme Sherbrooke soit dans un seul hôpital fausse carrément le problème de la vocation de ces établissements à certains égards. Il y a peut-être des solutions. C'est pour cette raison qu'on va sur le terrain. On va voir. On écoute ce que les gens ont à dire.

Mme Lavoie-Roux: Oui, c'est parce que le ministre nous parle d'une vision impressionniste. Je pourrais lui dire cela si on parlait des hôpitaux, même de la région de la Mauricie avec laquelle il est probablement moins familier ou de la région de l'Outaouais qu'il connaît, qu'il a peut-être visitée, mais où il n'a pas vécu. Dans le cas de Sherbrooke, la vision qu'il peut avoir devient beaucoup moins impressionniste qu'il peut le sembler. En tout cas, je m'étonne de la réponse du ministre. Par contre, il fait allusion à des possibilités de changement de vocation d'hôpitaux. Envisagera-t-on, par exemple, de changer la vocation de l'Hôtel-Dieu ou la vocation du Sherbrooke Hospital?

M. Johnson (Anjou): Deux choses. La première, c'est qu'il faut se rappeler que le conseil régional de l'Estrie et celui du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont des pouvoirs particuliers en vertu du décret de 1981 et ils peuvent décider de l'affectation de certaines ressources. Par exemple, c'est le conseil régional qui a décidé que la pédiatrie serait au CHUS. Ils ont le pouvoir de rendre une décision finale dans ces matières, contrairement aux autres conseils régionaux. C'est pour cela que, compte tenu de l'importance de cette région, compte tenu de l'importance de l'expérience de la régionalisation qui se fait depuis trois ans, il me paraît important de me rendre sur place et d'écouter ce que les gens ont à dire. Encore une fois, même si j'ai vécu quatre ans à Sherbrooke, ce sont des hôpitaux que je ne prétendrais pas bien connaître. Vous savez, après avoir passé quelques mois dans des cliniques, on ne prétend pas connaître tous les tenants et aboutissants d'un hôpital, surtout quand on est étudiant en médecine. J'ai besoin d'aller voir. C'est ce que je vais faire.

Mme Lavoie-Roux: Ce que je comprends, c'est qu'il n'y a aucune décision de prise quant au regroupement de l'urgence à l'Hôtel-Dieu.

M. Johnson (Anjou): La décision n'est pas prise, c'est exact. L'hypothèse de tout mettre à l'Hôtel-Dieu a été effectivement

évoquée, mais la décision n'est pas prise.

Problème de langue dans les hôpitaux

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, une dernière question avant de toucher aux établissements de psychiatrie. J'avais écrit au ministre au sujet du problème de langue à l'hôpital St. Mary's. Je dois dire qu'il m'a répondu.

M. Johnson (Anjou): Comme d'habitude.

Mme Lavoie-Roux: On va laisser passer. Vous m'avez répondu par une lettre qui est un peu impressionniste aussi, pour utiliser vos termes. Il reste que, sérieusement, pour les hôpitaux anglophones, la façon dont la Commission de surveillance de la langue française a appliqué la loi a créé des problèmes réels. Pas plus tard qu'hier ou avant-hier, j'ai su - je dois dire que je l'ai vu après avoir reçu votre lettre, d'ailleurs - qu'un problème semblable se pose au Reddy Memorial. Quelle est concrètement l'action que le ministre a prise ou entend prendre pour éviter des conflits qui n'aident personne, ni les gens de langue française, ni les bénéficiaires, ni les professionnels et ni les hôpitaux et, j'ajouterais même, ni le gouvernement?

M. Johnson (Anjou): Il y a, d'abord, un problème juridique. Il faut regarder ce que disent les lois. Le chapitre 48, c'est-à-dire la loi organique des services sociaux et de santé au Québec, dit que tous les citoyens ont droit à des services de santé et à des services sociaux, sans distinction de race, de langue, de sexe, etc. Ce droit cependant, aux articles 4 et 5 du chapitre 48, n'est pas absolu pour qui que ce soit, dans la mesure où il est tempéré dans le texte de loi lui-même par la notion d'organisation des services et de ressources disponibles. C'est la base. Deuxièmement, la Charte de la langue française dit, à l'article 23, que tous ont droit de recevoir des services de santé et des services sociaux "dans la langue officielle", et qu'ils peuvent en recevoir en d'autres langues. Par ailleurs, il n'existe nulle part dans notre droit de droit à recevoir ou d'obligation à dispenser les services dans une autre langue que le français. C'est l'état du droit.

La pratique, c'est quoi? La pratique, c'est qu'à Montréal - je parlerai du reste du Québec après - il y a des hôpitaux qu'on appelle, dans la langue courante, des hôpitaux anglophones parce qu'historiquement ils l'ont été, ils ont desservi une clientèle anglophone; les conseils d'administration et corporations qui les administrent sont du milieu anglophone, etc. Beaucoup des professionnels sont des anglophones. Les us

et coutumes, les traditions ont voulu qu'en principe, dans ces établissements, on puisse desservir, dans la mesure du possible, les francophones jusqu'à l'avènement de la Charte de la langue française qui dit, à son article 23, que ce n'est plus seulement une question d'us et de coutumes, mais c'est aussi une question de droit. De la même façon, je dirais que les us et coutumes ont fait que dans le reste du Québec - on m'a cité quelques exemples récemment de la région de l'Estrie, justement, où il y a des gens de souche loyaliste ou même de la Gaspésie - on se débrouille en général pour permettre, dans certaines conditions, que les personnes reçoivent des services en langue anglaise pour le nursing, par exemple, ou, si ce n'est pas par du personnel spécialisé, par la présence de personnes bénévoles, des interprètes, des gens de la famille, etc.

Je constate l'état du droit comme il est; le droit dit qu'on peut exiger, au Québec, de recevoir les services de santé en français. Je pense que le Québec continuera de faire en sorte qu'ils puissent être assurés en anglais. Pour moi, c'est cela, l'état du droit et de la situation. Maintenant, qu'on dise qu'à St. Mary's la présence de l'office a créé plus qu'un remous, a sûrement été un peu perturbatrice, cela n'empêche pas que cette institution est remarquable. Ce n'est pas pour rien qu'un jury indépendant de celui qui vous parle, mais nommé par celui qui vous parle, a désigné St. Mary's comme récipiendaire du prix Persillier-Lachapelle, un prix que le ministère remet annuellement à un établissement du réseau qui s'est fait remarquer pour la qualité humaine des services qu'il rend. Quant à moi, dans le cas étudié par la Commission de surveillance de la langue française - je ne veux pas dire que ce n'est pas arrivé - si la commission de surveillance a tenu son enquête et a fait le rapport que l'on connaît, dont j'ai pris connaissance des grands paramètres et des conclusions...

Mme Lavoie-Roux: Vous avez pris connaissance de l'ensemble?

M. Johnson (Anjou): J'aurais voulu ne pas en prendre connaissance que je n'aurais pas pu. Je ne mets pas en doute que ce qui s'est passé à cet endroit, ce que la commission a constaté, c'est qu'une personne, à un moment donné de son hospitalisation, était dans une situation où la qualité de la communication - non pas au sens que les gens étaient bien dans leur peau quand ils se parlaient - réelle dans l'échange de données entre une partie du personnel soignant et une patiente a posé problème. Ce sont peut-être des choses qui existent ailleurs et dans d'autres domaines. Je pense que cela n'empêche pas que cet établissement, à l'égard de l'ensemble des services qu'il donne

à la population, a sûrement mérité le prix Persillier-Lachapelle, puisqu'il l'a obtenu.

Quant au reste de ce qui se passe dans la communauté anglophone à l'égard de l'application de la loi 101, il y a un organisme qui s'appelle le CELF (Centre d'évaluation de la langue française) qui a été mis sur pied dans le réseau McGill qui s'appelle, à Montréal, le Joint Institute, l'Institut conjoint, qui regroupe, en fait, la plupart des hôpitaux anglophones de Montréal. Le CELF, qui est une émanation de ces établissements, procède lui-même aux tests linguistiques et lui-même, à toutes fins utiles, administre les dispositions de la loi 101 qui sont pertinentes, tout cela dans un contexte d'accord avec les organismes gouvernementaux. Je pense qu'il faut être bien conscient de cela; autant il y a peut-être eu un problème sur lequel on a mis beaucoup de lumière pendant un bout de temps, autant beaucoup des problèmes d'application de la loi 101 dans les établissements de santé se sont réglés par la communauté elle-même.

(21 h 45)

Je trouve cela absolument souhaitable et je me réjouis du fait que ça fonctionne depuis un certain nombre de mois et que ça va relativement bien, semble-t-il. Il est arrivé un cas qui, de toute évidence, n'est pas passé inaperçu. L'office, d'ailleurs, a accepté les critères proposés par le CELF et n'intervient, en aucune autre manière, dans ce processus. Les résultats des tests ne sont communiqués par le CELF qu'aux responsables des établissements, ils ne sont même pas envoyés à l'Office de la langue française.

Mme Lavoie-Roux: Alors, qu'est-il arrivé dans ce cas?

M. Johnson (Anjou): Dans le cas de St. Mary's?

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): Le rôle du CELF est de voir à ce que le personnel ait - comment dit-on dans la loi? - une connaissance courante de la langue, une connaissance d'usage ou adéquate pour les fins professionnelles. Cela ne veut pas dire que c'est lui qui intervient dans chaque cas individuel. Il s'occupe d'administrer les tests, de voir si globalement...

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'il y avait contradiction, à ce moment-là? Puisque vous me dites que ce comité est en fonction depuis un certain nombre de mois...

M. Johnson (Anjou): Il n'a pas un rôle de surveillance de la qualité.

Mme Lavoie-Roux: ...c'est probablement antérieur à la décision rendue au sujet de St. Mary's. Vous dites qu'ils sont en communication avec...

M. Johnson (Anjou): Avec l'office.

Mme Lavoie-Roux: Et non pas avec le comité de surveillance.

M. Johnson (Anjou): C'est ça. Dans le fond, on se souvient, à l'égard de la loi 101 - je ne veux pas prendre la place de mon collègue responsable de la loi 101 - que l'office et la commission ont deux rôles très différents.

Mme Lavoie-Roux: Je le sais fort bien.

M. Johnson (Anjou): La mise en application des dispositions de francisation des entreprises ou des établissements, ça, c'est l'office. La commission est là lorsqu'un citoyen se plaint que ses droits n'ont pas été respectés. C'est ce qui est arrivé dans le cas de St. Mary's. Un citoyen, par sa succession interposée, a dit: Nous n'avons pas obtenu ce qui, en vertu de l'article 23, était une obligation imposée à l'établissement à l'égard de ce citoyen. C'est la commission qui a une espèce de rôle judiciaire à jouer dans ce cas-là. Quant au processus de francisation, je constate avec plaisir et satisfaction, en termes du climat, que ça se fait par les établissements eux-mêmes dans un rapport tout à fait adéquat entre l'Office de la langue française et ce groupe d'établissements qui ont décidé d'administrer les tests eux-mêmes et de voir à la francisation des établissements.

Le Président (M. Desbiens): M. le député de...

Mme Lavoie-Roux: Si je résumais ce que le ministre a dit, c'est qu'il est un peu désolé que ça se soit passé et il fait une espèce de reconnaissance officielle de la bonne volonté des institutions anglophones et de la bonne collaboration entre l'office et les institutions anglophones. Mais le fond du problème, c'est la commission de surveillance qui est venue - je n'utiliserai pas le terme qu'on utilise habituellement - mettre le diable dans la boîte. Il semble y avoir un manque de communication entre la commission de surveillance et l'Office de la langue française, d'autant plus que la Commission de surveillance de la langue française s'est prononcée sur quelque chose qui ne devait prendre effet, de toute façon, qu'en décembre ou en janvier 1984.

La question précise que je veux poser au ministre est la suivante: A-t-il discuté de cette situation avec la Commission de surveillance de la langue française ou avec

le ministre responsable et quels sont les gestes concrets qu'on veut poser pour éviter que de semblables situations ne se répètent, parce que je pense que c'est au détriment de tout le monde?

M. Johnson (Anjou): Je pense que la loi dit bien que la commission ne peut agir qu'à la suite d'une plainte. Encore une fois, je ne veux pas répondre à la place de mon collègue; ce n'est pas moi qui ai la responsabilité de la commission et d'en répondre ici. La commission agit à la suite d'une plainte et la commission a reçu une plainte; elle est obligée de la traiter comme une plainte. C'est ce qu'elle a fait. Par ailleurs, je crois comprendre que l'hôpital St. Mary's s'était déclaré, antérieurement à cette plainte, comme étant dans une situation où il pouvait assumer les responsabilités découlant de la loi 101 quant à la francisation des établissements. Donc, cela sortait des mains de l'office, du CELF et du reste, l'établissement s'étant déclaré apte à fournir les services en français. À partir de là, le seul mécanisme qui existe, il s'agit d'une plainte d'un citoyen. Un citoyen s'est plaint et la commission a fait enquête.

Le Président (M. Desbiens): M. le député de Westmount.

M. French: M. le Président, je pense qu'on peut constater avec le ministre qu'il y a beaucoup de bonne volonté dans les institutions qui sous cet empire, qui sont anglophones, de desservir leur clientèle francophone en français. Il n'est pas, par ailleurs, surprenant que l'hôpital St. Mary's se soit cru en mesure de fournir les services en français puisque 25% à 40% de sa clientèle a été, depuis quelques années, de langue française et il n'a pas eu de plainte. D'ailleurs, sa clientèle francophone récidivait régulièrement chaque fois qu'elle avait besoin des services hospitaliers. Donc, l'hôpital, peut-être naïvement, s'imaginait être en mesure de fournir les services en français puisqu'il l'avait fait, à son jugement, à la satisfaction de quelques centaines de francophones au cours d'une année.

Ce qui est souligné par le jugement de la commission de surveillance, c'est précisément ce que veut dire "services en français". Si j'ai bien lu le jugement, il est évident que l'interprétation de la commission et de son ineffable président indique que chaque contact entre le personnel de l'institution et le client francophone doit se faire en français. Cela crée des problèmes assez graves pour les administrateurs d'une institution anglophone avec les membres du personnel, soit le "staff", de soutien ou les professionnels ayant une ancienneté de dix ou quinze ans et qui sont unilingues anglais. Cette situation oblige cette administration,

vu l'interprétation de "services en français" faite par la commission, à jongler avec les affectations de personnel en fonction de la langue de la clientèle.

Le ministre sait fort bien, pour avoir récemment négocié dans ce secteur, comment les conventions collectives peuvent être contraignantes face à l'affectation du personnel, comment les exigences de la gestion d'une institution fort complexe, comme celle d'un hôpital, peuvent être difficiles sans y ajouter cette problématique d'une espèce de couche de personnes de langue française ou de personnes qui parlent français avec chaque client francophone.

Je ne dis pas que ce que j'émetts ici est la vérité quant au comportement réel de ces administrateurs, mais je dis ce qu'un administrateur rationnel devrait faire compte tenu du libellé de la décision. Un administrateur d'une institution anglophone devrait faire l'une de ces deux choses. Ou il décide de se défaire le plus rapidement possible de son personnel unilingue ou il devrait faire en sorte de minimiser autant que possible le nombre de francophones qui utilisent les services de l'institution.

C'est un peu ce choix tout à fait impossible qui est la réalité de l'impact de la décision sur les institutions anglophones, à partir de cette constatation que la bonne foi et les efforts vis-à-vis d'une clientèle francophone satisfaite ne constituent pas une espèce d'abri contre les enquêtes, les témoignages, les avocats, les procédures, une conférence de presse ponctuée d'interventions tout à fait à côté de la question par le premier responsable de la commission. Tout cela est la menace qui reste suspendue sur l'avenir d'un administrateur d'hôpital anglophone qui veut continuer d'accueillir tous les francophones qui veulent profiter des services de son institution, compte tenu, encore une fois, de la décision comme telle. On ne parle pas du processus en gros de francisation; on parle précisément de la signification de la décision et de ce que la décision dit aux autres administrateurs dans le réseau.

Il me semble que tôt ou tard le ministre et ses collègues - c'est, bien sûr, un problème qui n'est pas uniquement le sien - devront se pencher là-dessus sérieusement. Puisque j'ai plus confiance en ce ministre-ci que dans le ministre supposément responsable de la loi, j'aimerais beaucoup connaître les réflexions du ministre face à cela. Est-ce qu'il partage mon diagnostic ou est-ce qu'il voit une faille quelque part? Deuxièmement, s'il partage mon diagnostic, quelles sont ses réactions face à cela?

Le Président (M. Desbiens): M. le ministre.

M. Johnson (Anjou): Je ne voudrais pas

qu'en répondant ou en tentant de répondre aux questions du député de Westmount, il tienne pour acquis que j'accepte le postulat qu'il a énoncé avant de poser son interrogation quant aux comparaisons qu'il fait entre les membres du gouvernement. Je veux, d'abord, évacuer une couple de choses: tout le sensationnalisme qui a entouré cette décision et, surtout, le processus...

M. French: Dont le président est largement responsable.

M. Johnson (Anjou): Le sensationnalisme, à mon bon souvenir, au moment du processus, avant la conférence de presse qui donnait le jugement, est venu essentiellement des opposants à la présence de la commission. Je pense que le député de Westmount le reconnaît. À partir de là, au moment de la sentence, il était évident que les feux de la rampe étaient braqués là-dessus et le président de la commission a choisi de faire ce qu'il voulait faire. Entre vous et moi, cela le regardait. Cela le regarde, lui et son ministre titulaire. Je n'ai pas de jugement à porter là-dessus. Je vous dirai franchement que je ne suis pas sûr que j'ai même une opinion à avoir là-dessus.

Je trouve intéressants les propos du député de Westmount qui dit: Dans le fond, il faut peut-être placer cela dans une espèce de perspective, parce que cela peut mettre des administrateurs dans la drôle de position rationnelle, en logique pure, de dire: Moi, il faut que je me débarrasse du personnel unilingue ou que je n'accepte plus de patients francophones. Je pourrais lui répondre qu'il ne peut pas prendre la deuxième décision, je pense, en vertu des lois et, deuxièmement, en vertu de toute la sociologie de ce qu'est l'Ouest de Montréal. Quant à la première décision, ce n'est pas pour rien qu'il y a des exceptions dans la loi sur la francisation. Pour les gens qui étaient en place, on n'exige pas, comme pour les nouveaux diplômés, par exemple, la connaissance d'usage, etc.

S'il avait été question de quelqu'un qui aurait dit: Moi, je suis arrivé au bureau d'enregistrement alors que je devais être hospitalisé pour de la chirurgie électorale et la téléphoniste ne m'a pas compris, j'avoue que les cheveux m'auraient peut-être dressé sur la tête de voir les conclusions de la commission. Mais ce qui était en cause ici, ce n'était pas cela. Je trouve, d'une certaine façon, que c'est un mauvais exemple pour défendre la notion de souplesse qui, à mon avis, doit exister. Le problème qui se posait était que vous aviez une patiente avec une trachéotomie, c'est-à-dire quelqu'un qui ne pouvait pas utiliser ses cordes vocales à cause d'un appareillage, qui était aux soins intensifs, qui ne comprenait pas apparemment, d'après ce que j'ai compris, un

seul mot d'anglais et qui se faisait dire par du personnel de soins intensifs, "cough", "toussez". Ne comprenant pas ce que le mot "cough" voulait dire, la patiente n'avait d'autre choix que d'essayer de signifier qu'elle ne comprenait pas.
(22 heures)

Le problème de communication que je crois avoir décelé dans ce que j'ai vu de ce rapport, c'est que, dans le fond, c'était fondamental pour la santé de la patiente de comprendre ce qu'on lui demandait de faire parce que, en postopératoire, il faut que tu tousses, car, si tu ne tousses pas, tu risques d'avoir des problèmes pulmonaires qui peuvent avoir un caractère fatal. Or cela n'est pas écrit dans nos chromosomes, lorsqu'on subit une trachéotomie, qu'il faut se mettre à tousser; il faut se le faire dire par quelqu'un qui sait ce que c'est. Si on veut se le faire dire par quelqu'un qui sait qu'il faut tousser et qui nous le dit, il faut comprendre ce qu'il dit. C'est ce que j'ai retenu d'essentiel dans ce problème. D'accord?

M. French: D'accord.

M. Johnson (Anjou): Je pense que le député de Westmount me suit là-dedans.

M. French: Qui, je vous suis, mais non pas en acceptant totalement la démarche, par exemple. Vous avez raison sur les faits.

M. Johnson (Anjou): Les faits étant cela et la loi étant ce qu'elle est - l'article 23 de la charte - c'est clair qu'il y avait un problème. Maintenant, l'impact de cette décision, cela est une autre paire de manches. Je pense qu'une des pistes qu'il faut voir, c'est de se dire qu'il y a des choses qui tombent sous le sens commun, qu'en termes de la gravité de la difficulté de communication, il faut que des correctifs soient apportés là où il faut les apporter. Je pense, notamment, aux soins intensifs, à l'unité coronarienne, dans les salles d'urgence. Est-ce que cela veut dire qu'il faut que tout le personnel, y compris le personnel sur place depuis 5, 10, 15 ou 20 ans, qui n'est pas bilingue soit absolument bilingue? Je dirai que ce n'est pas sûr que c'est essentiel. Ce qui est sûrement essentiel, par contre, c'est que tout problème de communication avec quelqu'un ayant des droits en vertu de l'article 23 de la charte puisse être réglé sur place.

L'exemple de cela, en pratique, on le vit dans le sens contraire alors qu'on n'est pas contraint par une loi pour le faire au CCUS, le Centre de coordination des Urgences-santé de Montréal, où les gens téléphonent dans des situations de panique souvent, dans des situations d'urgence et on a toujours sur place, si ce n'est pas chacune

des infirmières au téléphone ou chacun des médecins qui sont là au téléphone qui parle l'anglais ou l'italien, quelqu'un qui peut communiquer adéquatement, dans une situation d'urgence, avec une personne de langue anglaise. Je pense que c'est le cas aussi en langue italienne, mais je ne suis pas absolument sûr. Cela, je pense, est un bon exemple - j'allais dire en grec aussi...

Mme Lavoie-Roux: Il faudrait que le ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration soit à la centrale d'urgence.

M. Johnson (Anjou): Je pense qu'il y a là une expérience dans le sens inverse et sans contrainte de la loi, mais où, en pratique, le système s'est organisé, non pas pour obliger les comportements individuels de tous les professionnels à répondre à l'obligation ou au bon sens, mais où l'institution a réglé le problème. Le CCUS a réglé son problème de bilinguisme. Il n'y a rien qui lui impose de l'être, mais le gros bon sens impose que les gens qui communiquent en anglais au CCUS, parce qu'ils ne parlent pas un mot de français, puissent avoir un minimum de services adéquats permettant l'évaluation pour envoyer un médecin ou une ambulance le cas échéant. Je me dis: Peut-être que c'est une piste intéressante dont on devrait s'assurer à l'égard de la langue française dans certains établissements et qui, de toute évidence, n'était pas le cas dans le cas étudié par la commission où ce problème s'est posé objectivement dans la réalité.

M. French: M. le Président...

Le Président (M. Desbiens): M. le député de Westmount.

M. French: ...j'ai deux observations à faire. La première, ce qu'a évoqué le ministre à la fin, est évidemment la piste à suivre. L'hôpital St. Mary's prétend avoir suivi cette piste au meilleur de ses capacités, mais ce n'est pas cela que dit la décision, malheureusement. Le deuxième commentaire, c'est que c'est sûr et certain, compte tenu de la nature particulière de la maladie de Mme Larose, qu'il y a sûrement lieu de s'inquiéter du fait qu'il semble qu'elle ait parfois été soignée par des personnes qui n'étaient pas capables de parler français. Mais, encore une fois, malheureusement, la décision n'est pas encadrée, parce que le ministre constatera que le nombre de personnes qui se trouvent dans une situation où elles ne peuvent pas elles-mêmes parler quelque langue que ce soit, à cause de la nature même de leur maladie, n'est pas aussi élevé que cela. Malheureusement, la décision exige, de par la constatation élémentaire qui est son pivot -

soit qu'il y a quelque 35% du personnel qui avait un contact avec Mme Larose ou avec les clients francophones et qui ne parlaient pas français - qu'effectivement, il y ait une couche de francophones parmi les professionnels, parmi les infirmières, etc., autour de chaque client qui parle français dans une institution, quelle que soit la langue de l'institution ou quelle que soit la langue originale de l'institution, devrait-on dire.

Je ne peux pas demander au ministre de changer la Charte de la langue française, mais je l'informe que, compte tenu de cette réalité, la réaction dans le milieu, dans les institutions anglophones qui s'adaptaient assez bien et qui continuent de vouloir s'adapter assez bien aux exigences de la Charte de la langue française, est extrêmement négative et est inquiétante pour l'avenir de la francisation. J'imagine mal comment on va réparer le tort que la combinaison de la nécessité de changement de vocation de l'institution, de l'ingérence ou des décisions - je devrais dire les sentences, parce que c'est le mot qu'a utilisé le ministre - de la Commission de surveillance de la langue française, des problèmes de relations de travail et des problèmes budgétaires des institutions de santé vont créer, quant à la rétention d'un personnel de qualité. L'hémorragie d'un personnel de qualité du réseau est vraiment le problème du ministre, mais je constate, sur une base anecdotique dans mon comté, puisque j'ai à peu près plus de médecins par tête de pipe dans mon comté que dans toute la province, probablement avec mon collègue d'Outremont...

M. Johnson (Anjou): Mais pas à Chibougamau.

M. French: Oui, c'est cela. La perte de personnel de haute qualité - je ne parle pas uniquement des personnes d'expression anglaise - semble extrêmement grave et c'est le genre d'événement qui, ajouté à tous les autres que j'ai mentionnés, crée un problème extrêmement sérieux à Montréal. Il y a donc une inquiétude qui se traduit par une inquiétude de la clientèle.

Encore une fois, je reconnais que le ministre n'est pas responsable du président de la commission de surveillance ni de ses décisions, mais je lui signale qu'un deuxième cas comme cela, avec le même genre de jugement, sans cette circonstance très spéciale et importante de la nature de la maladie, créerait les plus grandes difficultés pour toutes les institutions de langue anglaise et créerait - ce qui est plus important, d'après moi - des embûches extrêmement importantes au déroulement raisonnable de la francisation et à la fourniture de services en français.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président...

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: ...le ministre n'a pas répondu à ma question. A-t-il eu, depuis cet incident, des discussions ou des échanges, soit avec le ministre responsable de la loi 101, ou encore avec l'Office de la langue française? Parce qu'il reste que la Commission de surveillance de la langue française n'est pas totalement indépendante de l'office. C'est une des filiales de l'office ou peut-être que...

M. Johnson (Anjou): Non, je pense que c'est indépendant.

Mme Lavoie-Roux: C'est indépendant. D'accord. En tout cas, peu importe.

M. Johnson (Anjou): C'est complètement séparé.

Mme Lavoie-Roux: Oui. Avez-vous eu des échanges sur ce problème?

M. Johnson (Anjou): Non. Avec le président, je n'ai pas eu... Je n'ai jamais rencontré M. Cholette. Je l'ai peut-être croisé quelque part. C'est M. Cholette? C'est cela? Je ne pense pas avoir rencontré M. Cholette; peut-être avant qu'il soit nommé, parce que c'est un ancien fonctionnaire des Affaires intergouvernementales. Enfin, je n'ai pas rencontré M. Cholette, ni à l'époque ni depuis cette enquête.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre - il ne l'a peut-être pas dit en personne, il n'a peut-être pas le loisir de le faire - n'a-t-il pas cru bon que quelqu'un du ministère contacte la commission de surveillance pour essayer, quand même... J'ai parlé du ministre responsable. Avez-vous parlé au ministre responsable? Ensuite, est-ce que quelqu'un de votre ministère est entré en contact? Je pourrais vous raconter une anecdote, parce que j'y ai fait allusion dans la lettre que je vous ai envoyée. J'ai surtout insisté sur la relation bénéficiaires-professionnels. Dans un hôpital anglophone de Montréal, le Royal Victoria - je n'hésite pas à le nommer - une patiente francophone assez âgée, qui est traitée là depuis plusieurs années par un médecin anglophone, reçoit la visite de ses soeurs - enfin, je ne porterai pas de jugement - qui sortent en disant: On ne dit pas un mot de français ici. Le résultat de ceci: Les infirmières l'entendent, retournent voir la patiente et disent: On vous aime bien, Mme Unetelle, mais nous autres, on vient d'entendre ce que vos soeurs viennent de dire et on ne veut pas être prises dans le même pétrin qu'à St. Mary's. Elles hésitent à

continuer de la soigner. Vous allez me dire qu'elles n'ont pas le droit de se retirer, vous allez me dire tout cela. C'est simplement pour vous donner une démonstration du climat que cela crée dans les relations bénéficiaires-professionnels. C'est vraiment cet aspect qui m'inquiète. C'est ce que j'ai mis dans ma lettre quand je vous ai écrit.

M. Johnson (Anjou): Si je n'ai pas rencontré M. Cholette, il a cependant rencontré mon sous-ministre, M. Deschênes, pour lui remettre le rapport. Je me permettrai de parler ici de ce que je sais de cette rencontre, puisque M. Deschênes m'en a parlé. Je ne lui passerai pas le micro pour la raison très simple que cela va figurer au journal des Débats, comme étant le ministre qui parle. On se comprend bien là-dessus. Cela mettrait M. Deschênes dans une drôle de position, étant donné que je vous ai dit que je ne l'avais pas rencontré et que le journal des Débats va dire: Oui, voici ma conversation avec lui. Je vais vous dire ce que je sais de la rencontre du sous-ministre avec M. Cholette. M. Cholette a remis une copie du rapport au sous-ministre, après l'avoir rendu public. Il a fait part à M. Deschênes du fait qu'il savait que cela allait soulever des choses dans le réseau, notamment dans les hôpitaux anglophones - je pense que je peux utiliser le mot - il a fait part de son inquiétude face à la conscience qu'il avait des effets de son jugement et de la perception qui en découlerait. Cela a été l'occasion pour M. Deschênes de lui parler de ce qu'était le prix Persillier-Lachapelle.

Mme Lavoie-Roux: Avez-vous eu vous-même des échanges avec le ministre responsable de la loi 101 sur ce problème?

M. Johnson (Anjou): Oui, mais je dirai que, jusqu'à maintenant et volontairement, ce sont des échanges qui ont été faits dans un cadre extrêmement limité, me réservant le soin d'en discuter plus en profondeur avec lui une fois que j'aurai eu une évaluation un peu plus globale et d'autres discussions, puisque je voulais avoir certaines perceptions. Le député de Westmount m'en a donné aujourd'hui. Je savais que l'étude des crédits serait sûrement une occasion pour le faire. Deuxièmement, s'il devait y avoir des changements éventuels à la loi 101, je sais que mon collègue devra en discuter avec un sous-comité du cabinet. J'aurai l'occasion de le faire.

Mme Lavoie-Roux: Le ministre peut-il infirmer ou confirmer le fait que, présentement, dans au moins quatre hôpitaux de langue anglaise, il se ferait des sondages sur la satisfaction de la francisation des institutions anglophones?

M. Johnson (Anjou): On me dit que oui. Je sais que quelqu'un de mon cabinet a été avisé de cela récemment, mais on me dit que ce n'est pas la commission qui fait ces sondages.

Mme Lavoie-Roux: C'est l'office?

(22 h 15)

M. Johnson (Anjou): C'est peut-être l'office. J'ai eu des échos, par personne interposée, d'une de ces choses, au début, où les gens semblaient voir cela comme problématique, mais c'était en plein milieu du grand débat autour de St. Mary's. On a attendu que la poussière retombe un peu; les derniers échos que j'ai eus, c'est qu'il y avait une bonne collaboration avec les établissements. Les sondages n'étaient pas ceux de la commission pour des fins d'enquête, comme elle en fait, me dit-on, dans les entreprises. Cela fait partie des procédures normales d'évaluation de l'office dans l'application de la loi 101.

Mme Lavoie-Roux: Je ne veux pas qu'on prenne une minute de plus là-dessus... Dans les journaux d'hier ou d'avant-hier, on rapportait qu'une même enquête se faisait, je pense, au Reddy Memorial...

M. French: Nous parlons de la commission...

Mme Lavoie-Roux: Ah non! Je ne parle pas de l'office, je parle de la commission.

M. Johnson (Anjou): Tout ce que j'en sais, c'est cet entrefilet; je n'ai pas eu d'écho, mais je pense que c'est tout récent...

Mme Lavoie-Roux: Oui, c'est cela; c'est avant-hier ou hier; bon, d'accord.

M. Johnson (Anjou): Je n'ai pas eu l'occasion d'être saisi avec plus de précision de cela.

Mme Lavoie-Roux: Merci, M. le Président.

Les infirmières auxiliaires

J'aimerais poser une question sur le problème des infirmières auxiliaires dans les hôpitaux. J'ai écrit au ministre le 13 avril. Je n'ai pas eu de réponse, mais cela ne fait peut-être pas assez longtemps. Il semblerait - et ceci m'a été confirmé par la Corporation des infirmières auxiliaires - que le problème vous a été soulevé en relation avec l'Hôtel-Dieu de Québec, l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, je pense, et peut-être un troisième hôpital; ce serait dans un grand nombre d'établissements que la même situation prévaudrait, c'est-à-dire que, dans les rationalisations - enfin, quelles que soient

les raisons - on procéderait régulièrement à des fermetures de postes d'infirmières auxiliaires, que celles-ci seraient remplacées par des infirmières et qu'ensuite, celles-ci seraient mises en disponibilité ou devraient occuper des postes de préposées aux malades. Cela m'apparaît un peu surprenant que, tout à coup, cela semble être le groupe de professionnels qui soient mis en disponibilité presque régulièrement dans les centres hospitaliers.

M. Johnson (Anjou): Oui, ce problème a été signalé, non seulement à l'Hôtel-Dieu de Québec. Je ferai une nomenclature rapide qui nous vient de la Direction générale des relations de travail du ministère: au Centre de santé l'Archipel, aux Îles-de-la-Madeleine, au centre hospitalier de Matane, à l'hôpital de Chicoutimi, à l'hôpital d'Alma, à l'Hôtel-Dieu de Québec, au Centre hospitalier régional de la Mauricie, à l'hôpital Youville - c'est à...

Mme Lavoie-Roux: ...Sherbrooke...

M. Johnson (Anjou): ...Sherbrooke - à Montréal, à l'hôpital Saint-Luc, à l'hôpital Sacré-Coeur, à l'hôpital Général et à l'hôpital LaSalle; sur la rive sud, à Sorel; en Abitibi, à l'Hôtel-Dieu d'Amos, au Centre de santé Sainte-Famille et au centre hospitalier Saint-Sauveur de Val-d'Or. Ce sont les échos qu'on a d'endroits où ces problèmes se sont posés. C'est habituellement, d'une façon assez analogue à celle que je décrirai dans le cas de l'Hôtel-Dieu. Je dis bien analogue, mais non absolument identique. À l'Hôtel-Dieu de Québec, le décret sur la délégation des actes s'appliquant de façon rigoureuse, l'établissement a remplacé dernièrement deux départs d'infirmières auxiliaires par une infirmière diplômée. Les raisons sont que les besoins du service, en termes de qualité de la dispensation des soins et de responsabilité à l'égard de certains types de soins qui sont de la juridiction professionnelle des infirmières diplômées, l'exigeaient; ici, notamment, c'était l'hémodialyse péritonéale avec formation particulière en hémodialyse.

Le problème qu'il y a derrière cela, c'est le suivant: il y a deux corporations professionnelles. Les infirmières diplômées sont à l'égard des infirmières auxiliaires un peu ce que peuvent être les médecins spécialistes à l'égard des omnipraticiens. Encore une fois, j'y vais par analogie.

Mme Lavoie-Roux: J'étais pour dire des médecins par rapport aux infirmières.

M. Johnson (Anjou): Non, des médecins spécialistes par rapport aux omnipraticiens, disons.

Mme Lavoie-Roux: D'accord.

M. Johnson (Anjou): Il y a des choses qu'un médecin omnipraticien, s'il est dans un contexte où il y a des spécialistes, ne fera pas puisqu'il y engage sa responsabilité professionnelle. Cependant, la différence entre la profession médicale et les infirmières auxiliaires ou diplômées, c'est que le médecin n'agit pas dans un lien de préposition avec l'établissement et c'est une décision des individus, alors que, dans le cas des infirmières et des infirmières auxiliaires, elles sont des salariées et elles sont donc dans un lien de préposition avec un établissement qui a une direction des services infirmiers, etc.

En pratique, ce qui se passe, c'est qu'à l'occasion des compressions qui, on le sait, ont été suffisamment importantes pour être ressenties un peu partout dans le réseau, pendant trois ans, des postes étaient coupés. Je vais donner un exemple peut-être plus simple que celui de la dialyse péritonéale et qui sera plus compréhensible pour nous tous, celui des urgences en pédiatrie, exemple vécu récemment à Maisonneuve-Rosemont. On dit: On n'a besoin, de nuit, à l'urgence de la pédiatrie, que d'une personne. Il est évident que, s'il n'y a qu'une personne au lieu de deux, il faudra que ce soit une infirmière diplômée parce que certains des actes que les médecins peuvent demander à ce personnel sont des actes qui sont de la juridiction de l'infirmière diplômée. Quand il y avait deux postes, ça pouvait être une infirmière diplômée et une infirmière auxiliaire, étant donné qu'une bonne partie des tâches que va être appelée à faire l'infirmière diplômée quand elle sera seule pourrait être faite par une infirmière auxiliaire.

Le problème s'est souvent posé en ces termes, sauf que sont venus se superposer à cela deux autres problèmes. Le premier est celui du règlement proprement dit de délégation des actes, qui doit d'abord émaner du niveau d'un médecin vers les infirmières et, par la suite, des infirmières diplômées vers les infirmières auxiliaires. La situation des établissements est très variable. Il y a des endroits où il y a très peu de délégation, il y en a d'autres où la délégation est très stricte, accrochée à une interprétation très restrictive du décret, et donc où c'est le contraire.

Le deuxième problème qui est venu mêler ça, c'est celui d'une bataille pour des emplois. Il faut être bien conscient de ça. Je comprends que les infirmières et les infirmières auxiliaires sont représentées par des structures syndicales en plus d'appartenir à leur corporation, mais, dans la mesure où ce sont des infirmières diplômées qui sont chefs de nursing dans les hôpitaux, quand, depuis trois ans, elles ont été appelées à prendre des décisions en termes de réduction de postes désignés, devinez le poste de qui

on va couper; elles ont plutôt fait affaires avec l'autre confrérie ou avec l'autre "consoeurie", peut-être.

C'est un peu, en toute analogie, comme si, dans un hôpital, il y a beaucoup de médecins spécialistes, quelques médecins omnipraticiens et que les médecins spécialistes dirigent le CMDQ et les différents comités, à un moment donné, dans les horaires et dans les différentes choses; devinez qui sera plutôt favorisé. C'est un réflexe humain normal. Il n'y a pas de règle absolue dans ce domaine. Pardon?

Mme Lavoie-Roux: C'est comme le gouvernement et l'Opposition.

M. Johnson (Anjou): J'allais le dire, c'est un peu parfois comme le gouvernement et l'Opposition dans des décisions de développement, mais très rarement concernant les besoins de la population; ce sont ceux-là qui comptent.

Mme Lavoie-Roux: Êtes-vous capable de dire ça sans rire?

M. Johnson (Anjou): Cela va ouvrir la Pinière.

Mme Lavoie-Roux: On en a parlé, mais elle n'a pas encore vu le jour. Cela s'en vient.

Ceci, c'est très beau, je me doutais que c'était ce qu'il y avait en dessous de tout ça. Il reste que, quand même, vous avez des infirmières auxiliaires qui rendent des services précieux dans les hôpitaux, qui en ont rendu et qui sont prêtes à continuer d'en rendre. D'abord, ça vous fera une autre statistique à me produire, vous me demandiez tantôt ce que je vous avais demandé; je vous avais demandé l'évolution du personnel dans les hôpitaux depuis cinq ans; on pourrait peut-être savoir aussi l'évolution du personnel en fonction des postes d'infirmières et d'infirmières auxiliaires.

Qu'est-ce que le ministère compte faire? Est-ce qu'il dit: Si les infirmières auxiliaires disparaissent, elles disparaîtront et on aura seulement des infirmières? Il reste que c'est important pour au moins 18 000 infirmières auxiliaires qui sont dans les hôpitaux.

M. Johnson (Anjou): D'abord, j'ai le document sur l'évolution des effets à temps complet et à temps partiel de 1977 à 1980-1981. Les statistiques complètes qu'on a remontent à 1980-1981. Cela nous prend à peu près deux ans avant de pouvoir faire les calculs; alors, je remets ce document à la députée.

Mme Lavoie-Roux: D'accord, je vous

remercie.

M. Johnson (Anjou): Quant aux statistiques à l'égard des infirmières auxiliaires, il y a eu une réduction nette des effectifs dans le secteur de la santé en équivalents temps plein et, dans le cas des centres d'accueil publics, une augmentation très marquée des effectifs de 3640.

Mme Lavoie-Roux: À cause de l'ouverture des centres d'accueil.

M. Johnson (Anjou): Voilà. Quant à l'évolution, c'est un peu le contexte dans lequel cela s'est fait.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais je voudrais qu'on reste...

M. Johnson (Anjou): Dans le cas des infirmières auxiliaires, je n'ai pas les statistiques. Je peux vous dire que le mouvement, effectivement, qui s'est dessiné - les problèmes qu'on a dans les régions et dans les hôpitaux que j'ai évoqués - était relié à cela.

Qu'est-ce qu'on fait devant cela? Deux choses. La première, je vais vous le dire, et je sais que c'est toujours avec un certain cynisme que l'Opposition accueille ce type de réponse. Il y a un comité formé avec l'Office des professions du Québec qui est à voir à la formation d'un groupe de travail composé de représentants de l'office qui agira à titre de coordonnateur du dossier. Le groupe de travail inclut des représentants du ministère, de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec quant à la délégation des actes médicaux. Tant que ce problème ne sera pas réglé, on va connaître encore...

Mme Lavoie-Roux: Mais je pensais qu'il y avait eu un décret.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. Il y a eu un décret, mais il pose des problèmes.

Mme Lavoie-Roux: On recommence.

M. Johnson (Anjou): Enfin, on recommence... On regarde à nouveau et, en attendant, on vit avec les ennuis du premier décret. D'ailleurs, je suis convaincu que cela va continuer. Je ne veux pas minimiser cela, mais ce sont des batailles de corporation, comme cela arrive chaque fois. Je vais vous dire qu'on fait juste commencer au Québec. Cela ne fait pas longtemps qu'on a des corporations. En quelle année l'Office des professions a-t-il été créé?

Mme Lavoie-Roux: En 1975, je pense.

Une voix: En 1971.

M. Johnson (Anjou): En 1975.

Mme Lavoie-Roux: Avant cela, oui.

M. Johnson (Anjou): Les Français ont créé cela au Moyen Âge et ils ont encore des problèmes.

Mme Lavoie-Roux: En 1972.

M. Johnson (Anjou): Nous autres, cela ne fait pas dix ans. Cela fait à peine dix ans et, en France, cela fait 300 ans et ils commencent juste à avoir des problèmes.

Cela dit, par définition, je pense que ce problème ne sera jamais tranché de façon définitive.

Mme Lavoie-Roux: D'accord pour celui-là.

M. Johnson (Anjou): Cependant, à l'égard des actes médicaux, il y a des choses à préciser parce qu'il y a des réalités qui varient selon les régions du Québec, selon la pratique, l'historique. Deuxièmement, dans le cas des centres d'accueil, il y a des problèmes qu'on pense pouvoir régler à ce niveau-là, notamment à l'égard de la dispensation des médicaments. La vraie question qui se pose, pour faire une longue histoire courte, c'est: Est-ce que, dans le fond, les infirmières auxiliaires ne seraient pas aptes, dans certains centres d'accueil, puisque, historiquement, on leur en a reconnu le droit par la pratique, à remettre les médicaments? C'est toute la notion des us et coutumes. Au ministère, nous sommes en train de préparer un projet de directives, dont je ferai état sans doute bientôt puisque je dois aller au congrès de la Corporation des infirmières auxiliaires bientôt.

Mme Lavoie-Roux: Elles vont certainement vous poser des questions.

M. Johnson (Anjou): Je n'en doute pas.

Mme Lavoie-Roux: M. le ministre, c'est aussi au plan humain que j'aborde le problème parce qu'il reste que ces gens-là ont une formation, qu'ils ont oeuvré pendant un certain nombre d'années et que, tout à coup... Vous savez ce qui arrive aux préposés aux malades, parce qu'eux aussi sont souvent au bas de l'échelle. Quand on coupe, on commence par là. Si vous regardez l'évolution, on pourrait trouver beaucoup de préposés aux malades. Votre comité, cela va aboutir... Est-ce qu'il est en fonction présentement?

M. Johnson (Anjou): Oui. Cela fait six mois?

Une voix: Je rencontre le président de l'office demain.

M. Johnson (Anjou): Cela fait à peu près six mois. Il a été créé à l'automne et le sous-ministre rencontre le président de l'Office des professions demain pour faire le point sur l'état des travaux. Il est en marche. Je pense qu'on vous en a parlé l'an dernier, lors de l'étude des crédits. Ne vous a-t-on pas dit qu'on en ferait un? On l'a fait.

Mme Lavoie-Roux: C'est drôle, j'ai un trou de mémoire. Je ne me souviens pas d'avoir soulevé ce problème à l'étude des crédits l'an dernier, mais on pourra toujours vérifier. Honnêtement, non.

Une voix: ...

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, on pourrait passer rapidement à la question des hôpitaux psychiatriques, si on veut arriver aux programmes 8 et 9.

M. Johnson (Anjou): Pardon?

Hôpitaux psychiatriques

Mme Lavoie-Roux: Aux hôpitaux psychiatriques. Je pense que je ne me trompe pas en disant que, du côté des hôpitaux psychiatriques, il n'y a pas de développement de prévu, qu'il s'agisse des hôpitaux de courte durée ou des hôpitaux de longue durée, sauf, évidemment, les développements dans les nouveaux hôpitaux. Le reste, c'est une indexation de 5,8%, je pense, par rapport à l'année courante. Ce qui veut dire l'engorgement non seulement des salles d'urgence pour les patients psychiatriques, mais aussi des lits de psychiatrie. Quand on regarde les statistiques de la région de Montréal, on constate que les lits sont toujours occupés dans une proportion qui varie entre 95% et 110%. C'est bien ça, n'est-ce pas? Il ne semble pas qu'on ait, à ce moment-ci, de projet de développement, de projet correctif. On laisse continuer les choses.

(22 h 30)

Je voudrais rappeler au ministre qu'en dépit des directives qu'il avait données pour qu'il n'y ait pas de coupures en psychiatrie j'ai visité assez d'hôpitaux psychiatriques et de départements de psychiatrie pour m'être fait dire à peu près partout que, dans les rationalisations budgétaires qu'on avait demandées, la psychiatrie a écopé, peut-être à un degré moindre, je ne pourrais pas me prononcer là-dessus, en dépit des directives du ministère. C'est pourtant un domaine où les besoins, loin d'aller en diminuant, vont en augmentant.

Ma première question: Est-ce vraiment

le statu quo quant aux services psychiatriques? Deuxièmement, quelles sont les ressources supplémentaires qui sont mises du côté des ressources alternatives, sauf 10 000 \$ qu'on a ajoutés à l'atelier dont on a parlé l'autre soir? Les problèmes sont aigus et je ne vois d'ouverture ou de débouché nulle part.

Ma troisième question: Où en est rendu le ministère quant à son plan de réorganisation des services psychiatriques ou de la psychiatrie pour l'ensemble du Québec? Je vous les pose tout d'un trait; comme cela, ça ira plus vite.

Ma quatrième question: Il y a des pénuries de psychiatres dans les régions éloignées, on en a parlé l'autre jour. Il y en a même dans la région de Québec. Il y en a aussi à l'hôpital Pierre-Janet, dans l'Outaouais, je pense. Un peu partout, il y a une pénurie assez prononcée de psychiatres. Qu'est-ce que le ministre entend faire pour cela? Cela en fait au moins quatre ou cinq.

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: Bon. Si vous en voulez d'autres, je vous en donnerai cinq autres.

M. Johnson (Anjou): Je suis sûr que vous allez me reprendre après. Le principe du développement des ressources psychiatriques dans le réseau suit une politique qui existe depuis un certain nombre d'années, c'est-à-dire que ce ne sont pas tellement les hôpitaux psychiatriques qu'on développe; on développe des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. On a un développement relativement important, notamment, dans la région de Montréal, à cause de Pierre-Boucher. Je pense qu'il ne faut pas écarter cela ou mettre cela de côté; c'est extrêmement important comme approche de faire en sorte que les hôpitaux généraux puissent augmenter leur capacité de répondre aux besoins de la population à travers cela plutôt qu'à travers les institutions psychiatriques uniquement.

Deuxièmement, à l'égard des ressources alternatives: oui, il y a du développement. D'abord, il existe en ce moment - je vais simplement nommer des noms que la députée connaît peut-être - la Maison de transition Vivre, la Maison Alternative de Développement Humain, la Maison l'Entre-Deux, le Service d'intervention en santé mentale Espoir dans 06-A, la Maison Saint-Jacques, la Maison Les Étapes. Au total, il y en a là-dedans pour un peu moins de 500 000 \$; cette année, on ajoute au départ 200 000 \$ en développement. Donc, il y a presque 20% d'augmentation de ce côté.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais c'était presque inexistant, M. le ministre, vous en

conviendrez. Il sort à peu près 1000 patients psychiatriques des hôpitaux de courte durée ou de longue durée sur une période de quatre à six semaines. C'est plus qu'un retard qu'on a de ce côté. Évidemment, 200 000 \$, si vous comparez cela à ce qui était à peu près inexistant, c'est évident que c'est une augmentation de 20%.

M. Johnson (Anjou): Oui, c'est vrai qu'on part de loin. Deuxièmement, on a 250 000 \$ dans la prévention du suicide, un domaine important, notamment, à l'égard des jeunes, qui est un tout nouveau budget.

Par ailleurs, avec la méthode qu'on utilise cette année de réallocation de la compression minimale imposée sur les autres dépenses, c'est-à-dire la partie des 18% qui n'est pas des salaires, des réallocations vont se faire au niveau régional. Le ministre, lui, a une certaine marge de manoeuvre qu'il va réallouer sur une base régionale. Deuxièmement, les conseils régionaux eux-mêmes vont pouvoir affecter des fonds en fonction des besoins. Dans la mesure où, effectivement, les besoins en psychiatrie sont plus manifestes et plus évidents qu'ils ne l'étaient il y a un certain nombre d'années, je dois présumer que cela va être une priorité pour les conseils régionaux d'y affecter une certaine somme. Ce n'est quand même pas complètement marginal. On parle de plusieurs millions de dollars qui vont pouvoir être réalloués. Je ne dis pas que tout va aller en santé mentale ou en psychiatrie, mais il y a plusieurs millions de dollars qui vont être réalloués par les conseils régionaux eux-mêmes dans des transferts de ressources à partir de la méthode budgétaire de cette année.

Les psychiatres en région, c'est un gros problème. Les anesthésistes, les psychiatres, c'est un énorme problème. J'ai eu l'occasion de m'en entretenir récemment avec le président de la Fédération des médecins spécialistes. On l'a ici et ils l'ont partout.

Mme Lavoie-Roux: Il y a des suggestions qui me sont faites pour en trouver pour envoyer en région.

M. French: J'ai deux psychiatres pour aller en région, M. le ministre.

Mme Lavoie-Roux: Ils seraient moins facilement contrôlables en région qu'ici.

M. Johnson (Anjou): D'abord: je dois vous dire que, pour cette année, on n'a pas de résultats faramineux en termes de répartition des psychiatres sur le territoire. Cela reste problématique, notamment dans l'Abitibi-Témiscamingue; je pense aussi à une partie du Saguenay-Lac-Saint-Jean, à la Côte-Nord, au Bas-du-Fleuve. Il y a des

problèmes à 40 milles de Québec. On nous explique quasiment que c'est une région éloignée si on traverse un pont. Il y en a même dans la ville de Québec. La répartition géographique, c'est quelque chose qui commence à ressembler à un problème de répartition par quartier. Il faut y faire face. Dans le cas de la psychiatrie, c'est le métier qui permet la plus grande mobilité.

M. French: Ne venez pas à Westmount avec cet argument.

M. Johnson (Anjou): C'est probablement la spécialité médicale qui permet la plus grande des mobilités puisqu'elle exige essentiellement, comme instrument de travail de base, un crayon et du papier.

Mme Lavoie-Roux: Et un fauteuil.

M. Johnson (Anjou): Et un fauteuil.

Mme Lavoie-Roux: Deux fauteuils.

M. Johnson (Anjou): Je ne veux pas minimiser, encore une fois; il y a beaucoup de travail de laboratoire et d'évaluation par les techniques diagnostiques en psychiatrie, quand on écarte les autres diagnostics. Mais, quand même, c'est clair que cela pose un problème. Maintenant, regardons un peu les "normes". Les normes fédérales du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, c'est 1 pour 11 000. Cela devrait être une norme canadienne. Au Québec, on est à 1 pour 10 555. En Ontario, on dit que la norme devrait être de 1 pour 8650. Je présume qu'il y a peut-être plus de problèmes de ce côté en Ontario.

Mme Lavoie-Roux: Ils s'en occupent peut-être plus qu'ici.

M. Johnson (Anjou): Au Québec, et je comprends que je parle quand même du vivant...

Mme Lavoie-Roux: On peut la fixer à 1 pour 11 000, si vous voulez.

M. Johnson (Anjou): Non, non, je pense qu'il faut améliorer cela, malgré tout. Je suis sûr que cela va rassurer la députée de L'Acadie. En 1990, on pense qu'on va être à 1 pour 7800. Encore une fois, il faut faire ici une distinction entre la pénurie d'effectifs et leur répartition.

Mme Lavoie-Roux: C'est à la répartition que j'en avais.

M. Johnson (Anjou): Une pénurie d'effectifs, d'après les normes fédérales, non, mais le problème de la répartition, avant de le régler dans les régions éloignées, ce n'est

pas des blagues, il va falloir le régler entre la basse ville et la haute ville à Québec. C'est à peu près cela. Il y a toute la dimension de la pratique privée et de la pratique publique. Dans la mesure où l'argent, qui ne fait pas le bonheur, peut, à l'occasion, régler des problèmes, nous avons en psychiatrie beaucoup plus de médecins qui sont à honoraires fixes, c'est-à-dire à vacation ou à salaire, que dans les autres spécialités. Nous avons toujours tenté, depuis un certain nombre d'années, d'ajuster à un niveau un peu plus élevé ceux qui étaient à rémunération fixe. Ceux qui sont à rémunération fixe sont dans les établissements plutôt qu'en cabinet privé. Ils ne pratiquent pas en cabinet privé à taux fixe, c'est à l'acte. Je ne me trompe pas? C'est bien cela? Bon!

Mme Lavoie-Roux: Quelle est la rémunération à l'heure, entre parenthèses, pour une entrevue en cabinet privé?

M. Johnson (Anjou): En psychiatrie? Cela dépend du type d'entrevue. Pour une vacation de trois heures, à rémunération fixe, c'est un peu plus de 130 \$.

Mme Lavoie-Roux: Non, en cabinet privé.

M. Johnson (Anjou): Bon! En cabinet privé, à l'acte? En tout cas, si vous prenez trois heures, c'est 130 \$. Une entrevue, c'est 50 minutes. Alors, cela doit être quatre fois moins, parce que c'est plus payé en termes relatifs...

Mme Lavoie-Roux: À la vacation.

M. Johnson (Anjou): ...à la vacation.

Mme Lavoie-Roux: D'accord. En tout cas, M. le ministre, c'est à vous ou à votre ministère de trouver les solutions. Pour le moment, c'est votre responsabilité.

M. Johnson (Anjou): C'est cela et, effectivement, je vous dis que s'il est un domaine dans ce réseau, parmi quelques autres - et je suis sûr que c'est évident - où nos moyens nous limitent, on en est conscient, c'est celui-là.

Mme Lavoie-Roux: J'ai ici des statistiques qui viennent des statistiques annuelles de la RAMQ et on y fait des prévisions jusqu'en 1984. Je dois vous dire qu'en 1976 il n'y avait aucun psychiatre dans la région de la Côte-Nord et, en 1984, vous vous retrouvez encore sans aucun psychiatre. Pour le Nord-Ouest, vous en trouvez deux en 1976, mais ils sont chanceux, en 1984, ils en auront quatre.

M. Johnson (Anjou): Où cela? Dans quelle région? Montréal?

Mme Lavoie-Roux: Vous riez de moi. Au Nord-Ouest.

M. Johnson (Anjou): Au Nord-Ouest?

Mme Lavoie-Roux: Dans les Cantons de l'Est, ils en ont quinze en 1976. Ils en ont 18 en 1984 et ainsi de suite. Évidemment, Montréal est surpeuplée de psychiatres. C'est peut-être un compliment pour les gens de la ville de Québec. Dans la ville de Québec, cela n'évolue pas beaucoup, non plus. 89 à 107, cela doit servir quand même l'agglomération de Québec. M. le ministre, ce n'est pas beaucoup, 89 en 1976 et 107 en 1984. Ils sont 98 et, si on compte ceux qui ont démissionné à Robert-Giffard, je ne sais pas s'ils sont tous restés dans la région de Québec.

M. Johnson (Anjou): Ils sont allés ailleurs.

Mme Lavoie-Roux: Ils sont allés ailleurs?

M. Johnson (Anjou): Oui, à Roy-Rousseau, qui est à peu près...

Mme Lavoie-Roux: Ah!

M. Johnson (Anjou): ...la moitié d'un coin de rue.

Mme Lavoie-Roux: Mais ils sont restés dans la région de Québec.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. Ils sont restés dans le quartier.

Mme Lavoie-Roux: Ils sont restés dans le quartier.

M. Johnson (Anjou): Ils ne sont pas sur la Côte-Nord.

Mme Lavoie-Roux: Ils ne sont pas sur la Côte-Nord. Pourrais-je avoir la liste de tous les...

M. Johnson (Anjou): De tous les psychiatres du Québec?

Mme Lavoie-Roux: Non, je n'en ai pas besoin d'autant que cela.

Des voix: Ah! Ah!

Mme Lavoie-Roux: Pourriez-vous me donner la liste des ressources alternatives et des subventions qu'ils ont, s'il vous plaît, pour l'ensemble du Québec?

M. Johnson (Anjou): Sûrement. En santé mentale?

Mme Lavoie-Roux: En santé mentale.

M. Johnson (Anjou): D'accord. Une dernière chose, je veux simplement, pour qu'on ne s'imagine pas qu'on traite ce sujet à la légère, dire que c'est un domaine où il est extrêmement difficile d'avoir une grosse efficacité d'intervention au niveau de la répartition géographique. Cela dit, on a quand même fait des choses cette année. J'ai signé une entente avec la Fédération des médecins spécialistes il y a quelques semaines - il me semble que c'était au mois de janvier ou quelque chose comme cela - dans laquelle on reconnaît le paiement de ce qu'on appelle les frais de déplacement dans le cas des psychiatres itinérants en région. C'est vrai qu'il n'y a que deux psychiatres établis en Abitibi-Témiscamingue. Cependant, il y a de nombreux psychiatres itinérants qui s'y rendent une fois toutes les deux semaines, des choses comme celles-là. Il y a des équipes.
(22 h 45)

Je sais qu'à un moment donné il y avait même un psychiatre de Montréal qui projetait d'acheter un avion qui permettrait à des psychiatres de Montréal de s'y rendre régulièrement. Cela coûterait moins cher, disait-il, sauf que c'était aussi consacrer le principe de l'itinérance à jamais dans ce cas et peut-être dans d'autres. Ce n'est pas cela, la vraie solution à long terme, sauf qu'en attendant, dans le cas de la psychiatrie, alors qu'on peut attirer un médecin spécialiste, un orthopédiste à Rouyn-Noranda avec de l'équipement, du fait qu'il y a un bassin différent de clientèle, que c'est un milieu dans lequel il y a des échanges avec des collègues, c'est beaucoup plus difficile d'attirer des psychiatres sur une autre base.

Finalement, la députée de L'Acadie sait fort bien, puisque c'est un milieu qu'elle connaît bien - pas celui de la psychiatrie nécessairement, mais, enfin, tous les instruments de support social qu'on peut trouver, les psychologues, les diplômés en service social, etc. - qu'il y a là-dedans des querelles d'écoles absolument incroyables. Je trouve cela toujours un peu renversant de me rendre à un congrès de psychiatres - ce que j'ai fait il n'y a pas très longtemps - et de voir la variété de tempéraments, d'idéologies, pour ne pas dire d'attitudes, y compris physiques, qu'on y retrouve. Ce n'est pas exactement un domaine de la médecine très monolithique. Il y a beaucoup d'écoles. Il y a des gens qui sont très ouverts, en psychiatrie, à la présence des psychologues, des équipes multidisciplinaires, au support donné par les infirmières et infirmiers, etc. Beaucoup de travail peut être fait, finalement, par des intervenants du système

de la santé et des services sociaux.

On me passe une note pour me dire qu'il y a 30 spécialités médicales et qu'il y en a plusieurs sortes en psychiatrie, en plus. Il y a d'autres écoles plus rigides qui, elles, disent: L'univers de la psychiatrie, c'est l'univers de la médication et du contrôle de type médical, etc. C'est très difficile, finalement, pour ce groupe professionnel d'arriver à avoir des politiques qui nous permettent d'avoir une meilleure répartition sur le territoire.

Mme Lavoie-Roux: Rapidement, si le ministre peut me répondre. Ne deviez-vous pas rendre public un projet de réorganisation de tous les services psychiatriques? Quand devez-vous le rendre public?

M. Johnson (Anjou): C'est cela. Sur le plan de la structure au ministère, c'est déjà fait, à toutes fins utiles.

Mme Lavoie-Roux: Oui. L'orientation?

M. Johnson (Anjou): C'est tellement fait que ce matin, en rentrant à l'édifice Joffre, j'ai vu une table - d'habitude, il y a des expositions de différents groupes - avec la nouvelle structure du groupe de la santé mentale au ministère. Deuxièmement, il y a le Comité de la santé mentale. Les consultations sont toujours en cours.

Mme Lavoie-Roux: Une question précise. Le CRSSS de Québec, par l'intermédiaire de sa commission administrative, avait présenté un plan de distribution des services psychiatriques pour cette région, qui était daté de mai 1981. Quelles suites et quels pouvoirs le ministre entend-il accorder pour la réalisation de ce plan?

M. Johnson (Anjou): Le plan n'est pas définitif. Il y a eu un temps d'arrêt au moment de l'enquête sur ce qui se passait à Robert-Giffard. Cela doit être repris. Maintenant, j'ai manifesté - je dois vous le dire - peut-être très informellement, auprès de certaines personnes du CRSSS de Québec que j'avais personnellement un penchant qui favorisait la dispersion des ressources, l'utilisation des ressources alternatives, l'implication du milieu au maximum, parce que, finalement, la solution de nature institutionnelle et le bien institutionnel exigent un support professionnel qui n'existe pas. On n'a pas les chiffres et les nombres. Les solutions ne sont pas dans le "pattern" qui présume qu'on a 500 psychiatres de plus qu'on n'en a dans la réalité. Il faut partir de la réalité telle qu'elle existe et des projections telles qu'on les voit. Je pense que l'implication communautaire est nécessaire. À cet égard, par exemple, la

ville de Baie-Saint-Paul, en matière de déficience mentale, est une communauté qui a fort bien intégré ce problème. On voit à Baie-Saint-Paul combien sont respectées, sont bien traitées, sont assumées par la communauté les personnes qui souffrent de déficience mentale.

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, j'avais toute une série de questions, mais j'ai l'impression qu'on arrive toujours à la psychiatrie dans la dernière heure. On se reprendra un peu plus tôt l'an prochain, lors d'un débat; je pense que le problème est loin d'être vidé. Je demande au ministre de deviner quelle question je lui poserai.

M. Johnson (Anjou): Sur le programme 3?

Mme Lavoie-Roux: Non, en fait, je suis en dehors du programme, mais on peut adopter le programme 3.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce que le programme 3 est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Desbiens): Adopté.

Mme Lavoie-Roux: Mais, comme il s'agissait encore d'établissements, je voudrais demander au ministre ce qui arrive au foyer du Sacré-Coeur à Magog.

M. Johnson (Anjou): Pardon?

Mme Lavoie-Roux: Le foyer du Sacré-Coeur à Magog.

M. Johnson (Anjou): Ah, mon Dieu! C'est réglé.

Mme Lavoie-Roux: Non, ce n'est pas réglé.

M. Johnson (Anjou): Notre direction de l'hébergement était ici la semaine dernière.

Mme Lavoie-Roux: Bien, ces gens sont encore là, voyez comme ils sont...

M. Johnson (Anjou): Ce ne sera pas long.

Mme Lavoie-Roux: Ils l'attendaient, celle-là. Je la pose pour la cinquième année.

M. Johnson (Anjou): Oui, mais je pense qu'on avait dit qu'on réglerait cela cette année.

Mme Lavoie-Roux: J'ai mes notes ici, je vais regarder cela. Ils ne l'ont pas encore réglée.

M. Johnson (Anjou): Si je me souviens bien, l'an dernier...

Mme Lavoie-Roux: Je peux vous lire votre réponse, si vous voulez.

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: Allez-y. On verra si cela se contredit.

M. Johnson (Anjou): Si je me souviens bien, l'an dernier, vous aviez posé la même question effectivement.

Mme Lavoie-Roux: Cela fait cinq ans que je la pose.

M. Johnson (Anjou): Et on vous avait dit qu'on ferait quelque chose.

Mme Lavoie-Roux: Ah oui! Sûrement.

M. Johnson (Anjou): Alors, le décret est adopté; donc, le décret étant adopté, cela veut dire qu'on procède à la construction.

Mme Lavoie-Roux: Que vous procédez à la...?

M. Johnson (Anjou): On aura les plans et devis bientôt. Le décret étant adopté, le reste, c'est de l'intendance.

Mme Lavoie-Roux: La question de la négociation qui devait se faire avec la communauté religieuse ou je ne sais trop qui, qui était impliquée, est-ce que c'est réglé, cela aussi?

M. Johnson (Anjou): Le désintéressement. C'est terminé.

Mme Lavoie-Roux: Le désintéressement est terminé.

M. Johnson (Anjou): Terminé. La communauté religieuse a été payée.

Mme Lavoie-Roux: Alors, quand les gens peuvent-ils espérer voir la première pelletée de terre?

M. Johnson (Anjou): Ah! Ne vous en faites pas pour cela, ils le sauront.

Une voix: Ce sera une autre question pendant cinq ans.

M. Johnson (Anjou): On me dit à l'automne, à l'occasion du festival des feuilles, peut-être, à Magog.

Mme Lavoie-Roux: Bon, parfait. M. le Président, on peut passer...

Le Président (M. Desbiens): Au programme 7?

Mme Lavoie-Roux: Oui.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce que le programme 7 est adopté?

Mme Lavoie-Roux: Attendez une minute! Je vais regarder lequel. Qu'est-ce qu'il dit?

M. Johnson (Anjou): Le directeur de la construction me dit que ce sera une pelletée de terre symbolique, puisque la construction se fait par en dedans; c'est de la rénovation.

Mme Lavoie-Roux: C'est de la rénovation?

M. Johnson (Anjou): Oui, oui, c'est un réaménagement de toute la bâtisse.

Mme Lavoie-Roux: Oui. Vous pourrez inviter le député d'Orford à aller couper le ruban.

M. Johnson (Anjou): C'est cela.

Mme Lavoie-Roux: Il a été persistant. Je suis seulement la voix du député d'Orford.

M. French: Cela fait 22 ans qu'il pose la question.

M. Johnson (Anjou): C'est cela. Je me souviens aussi que le député de Sherbrooke m'a longuement entretenu de ce dossier.

Mme Lavoie-Roux: Ah! Bien là.

M. French: Ce n'est pas très probable.

M. Johnson (Anjou): Mais le député d'Orford m'en a entretenu effectivement.

Mme Lavoie-Roux: Il n'est jamais venu en parler ici, en tout cas. Il vous a entretenu de cela dans les couloirs, mais vous oubliez...

M. Johnson (Anjou): Ni là-bas.

Mme Lavoie-Roux: ...tout ce dont on vous parle dans les couloirs. On a vu cela l'autre jour avec Anne-LeSeigneur.

M. French: Cela ne vaut pas la peine de vous parler dans les couloirs.

Mme Lavoie-Roux: Bien oui, vous ne vous en souvenez pas; il ne faut pas vous en parler dans les couloirs. Oui, oui, il oublie.

M. Johnson (Anjou): C'est l'âge.

Mme Lavoie-Roux: Bon, il paraît qu'on est rendu au programme 7; il y a de l'espoir, M. le ministre; c'est lequel, celui-là?

Coordination de la recherche

M. Johnson (Anjou): Cinq minutes.

Mme Lavoie-Roux: C'est celui de la recherche. Vous nous avez dit que vous en aviez ajouté.

M. Johnson (Anjou): Cela va bien à la recherche.

Mme Lavoie-Roux: Je suis prête à l'adopter en vous félicitant d'en avoir ajouté; mais sur quoi porteront vos études et votre recherche? Est-ce que c'est surtout dans le domaine social, dans le domaine médical?

M. Johnson (Anjou): Non, non, c'est dans le secteur essentiellement...

Mme Lavoie-Roux: Médical.

M. Johnson (Anjou): ...biomédical.

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): 21 000 000 \$.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce que le programme 7 est adopté?

M. Johnson (Anjou): La recherche thématique et la recherche opérationnelle et quelque 450 000 \$ dans le secteur des biotechnologies, à la suite des représentations de mon collègue, le ministre délégué à la Science et à la Technologie.

Mme Lavoie-Roux: J'ai une seule question. Il y avait une demande touchant le Parkinson.

M. Johnson (Anjou): La maladie de Parkinson?

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): L'Institut de recherche clinique, le Dr Barbeau?

Mme Lavoie-Roux: La Fondation Parkinson du Québec avec le Dr Barbeau...

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: ...qui aurait demandé une subvention. Elle a obtenu de l'aide d'une fondation américaine. Écoutez, il faudrait que je relise cela. Mais, de toute façon, on la lui a refusé. Dans l'article de Mme Dutrisac on peut lire: "Le Fonds de la recherche en santé du Québec ne peut en

dire autant; lui, il ne verse pas un sou, alors que notre gouvernement proclame que le troisième âge est l'une de ses priorités."

M. Johnson (Anjou): Je prends note. L'Institut de recherche clinique, dans la mesure où c'est lui que ça implique, reçoit déjà la part du lion du Fonds de la recherche en santé du Québec. Il reçoit 3 000 000 \$ sur un budget de 21 000 000 \$ distribué à 21 établissements; 3 000 000 \$ sont alloués à un seul endroit, l'Institut du Dr Genest, l'Institut de recherche clinique de Montréal. Si ses recherches sont là, on comprendra peut-être que, de temps en temps, on regarde ailleurs aussi.

Mme Lavoie-Roux: Adopté, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Programme 7, éléments 1 et 2? Le programme 7 est adopté au complet. Est-ce que le programme 8 est adopté?

Coordination régionale et nationale

Mme Lavoie-Roux: Au programme 8, M. le Président, à moins que le ministre n'ait quelque chose à dire...

M. Johnson (Anjou): Gestion?

Le Président (M. Desbiens): Coordination régionale.

Mme Lavoie-Roux: Coordination régionale et nationale.

M. Johnson (Anjou): Cela va bien.

Le Président (M. Desbiens): Le programme 8 est-il adopté?

Mme Lavoie-Roux: Non, il n'est pas adopté, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Je voudrais qu'on m'explique comment il se fait qu'au programme 8, qui touche la coordination régionale et nationale, l'augmentation du budget est plus considérable qu'ailleurs. Je ne voudrais pas entrer dans toute la discussion qu'on pourrait faire sur les CRSSS, mais j'ai beaucoup de réticence quant à la façon dont leur rôle évolue. Je pourrais revenir sur des dossiers qu'on a déjà discutés. Par exemple, quand on fait des pressions pour dire aux membres du conseil d'administration des CRSSS: Prenez une décision, décidez-vous parce que le MAS nous pousse dans le dos, je ne pensais pas que c'était là le rôle des CRSSS et on peut se

poser énormément de questions quant à la qualité de la consultation qu'ils font.

Je pourrais donner des exemples dans chacune des régions, que ce soit la Mauricie, Montréal, Québec, Sherbrooke, ainsi de suite, l'Abitibi, Lanaudière. On pourra reparler tantôt de Lanaudière, vous aimez ce dossier. Je pense qu'il y aurait lieu de faire un débat sur la vocation et la façon dont la vocation des conseils régionaux évolue. Il y a peut-être un seul espoir, c'est que le ministre ne soit pas trop empressé d'adopter la réglementation de la loi 27 qui, probablement, irait conférer encore plus de pouvoirs aux CRSSS aux dépens des établissements et du rôle qu'on demande à des bénévoles de jouer à l'intérieur de ces établissements.

Cela étant dit, comment expliquez-vous qu'en 1979-1980 le budget des CRSSS était de 7 665 000 \$ et qu'en 1983-1984 on est rendu avec un budget de 23 000 000 \$, dont il faudrait soustraire, quand même, les 4 000 000 \$ de la centrale d'urgence de Montréal? Cela veut dire que, de 7 000 000 \$, on est passé à 19 000 000 \$ de 1979-1980 à 1983-1984, alors que, partout ailleurs, ce sont des coupures, des restrictions. Évidemment, le ministre nous dit qu'on est rendu au rythme de croisière régulier, mais c'est un rythme de croisière qui est pénible pour les institutions. Par contre, on trouve toujours de l'argent pour ajouter au fonctionnement des CRSSS.

M. Johnson (Anjou): Il y a une explication fort simple à cela. Je parle ici du budget; je ne parle pas de la dernière envolée un peu exagérée, je pense, de la députée quand elle dit que partout ailleurs ce sont des coupures. Voyons donc!

Mme Lavoie-Roux: Cela fait quatre ans que vous coupez partout ailleurs.

M. Johnson (Anjou): Ce n'est pas vrai cette année; regardez les crédits, on les a vus.

Mme Lavoie-Roux: Vous coupez encore 29 000 000 \$ et ici vous augmentez.

M. Johnson (Anjou): Ce sont des compressions d'une fraction de pourcentage, d'une part.

Mme Lavoie-Roux: On ne refera pas le débat qu'on a fait mercredi dernier, on va continuer.

M. Johnson (Anjou): Deuxièmement, il faut comprendre que les conseils régionaux, concernant leur budget de fonctionnement, avaient, d'une part, ce qu'on pouvait appeler la subvention du ministère, l'allocation budgétaire et, en plus de cela, ils se

servaient, parce qu'il n'y avait pas de comptabilité séparée, des intérêts provenant des fonds en fiducie. Le ministère transfère aux conseils régionaux des sommes considérables en fiducie, par exemple dans le cas de l'implantation des CLSC. Où le CLSC est prévu dans la programmation budgétaire, on transfère 150 000 \$, 200 000 \$ ou 300 000 \$. Il est administré par le CRSSS jusqu'à ce que le CLSC prenne jour et s'administre.
(23 heures)

Les CRSSS, comme budget de fonctionnement, avaient donc deux sources de revenus: d'une part, le ministère et, d'autre part, les intérêts sur les fonds en fiducie qu'ils administrent. On a fait une comptabilité séparée cette année, ce qui donne comme résultat qu'on tient compte de ce montant qui, de toute façon, était des dépenses faites pour eux. On fait une comptabilité séparée et la moitié de l'augmentation qui s'en va aux CRSSS s'explique par le fait qu'on impute cela maintenant à une subvention gouvernementale. La partie qui allait chercher ses intérêts des fonds en fiducie, si on enlève cette moitié-là, cela fait une augmentation comme le reste du réseau.

Mme Lavoie-Roux: Une augmentation de combien?

Le Président (M. Desbiens): L'ordre...

Mme Lavoie-Roux: On n'a pas terminé, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce qu'on peut avoir le consentement...

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): Oui, quelques minutes, je pense bien.

Le Président (M. Desbiens): ...puisque l'ordre de la Chambre, c'est de siéger jusqu'à 23 heures? Il y a consentement pour terminer l'étude des crédits.

M. Johnson (Anjou): Oui, sûrement.

Mme Lavoie-Roux: Une fois soustraites les imputations des dépenses pour les CLSC.

M. Johnson (Anjou): Pour les intérêts? C'est une augmentation qui est absolument semblable. Je dois avouer que ce n'est pas nécessairement évident quand vous voyez le livre des crédits et tout cela.

Mme Lavoie-Roux: Ce qui indique, pour l'an prochain, d'essayer de les faire un peu plus clairs.

M. Johnson (Anjou): C'est cela, c'est donc une augmentation comme le reste. Non seulement c'est une augmentation comme le reste, mais, en plus, c'est une garantie additionnelle. Comme il y a maintenant une comptabilité séparée pour les fonds en fiducie, il y a une garantie de l'attribution de ces fonds aux projets pour lesquels on les transfère éventuellement. Donc, cela veut dire que, dans le champ, les gens qui sont en train de préparer un CLSC ou autre chose vont dire: On sait que les fonds sont là. Le CRSSS n'aura aucun intérêt à retarder les choses parce qu'il touche des intérêts. C'est nous qui le subventionnons directement.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que l'augmentation, par contre, du personnel...

M. Johnson (Anjou): Une autre bonne réalisation du ministère.

Mme Lavoie-Roux: L'autre augmentation du personnel, à 318, à quoi cela est-il attribué? Je n'ai pas le personnel, même pour 1983-1984. Je l'ai simplement pour 1982-1983. Quel est le personnel pour 1983-1984? Évidemment, vous le saurez sûrement l'an prochain.

M. Johnson (Anjou): On ne l'a pas, évidemment.

Mme Lavoie-Roux: Mais vous avez quand même une augmentation?

M. Johnson (Anjou): Mais on a des prévisions... Un instant! Je vais vous donner cela tout de suite. Ils ont le même budget. Normalement, ils devraient avoir à peu près les mêmes effectifs, à quelques variations près.

Mme Lavoie-Roux: Mais ils l'avaient augmenté de...

M. Johnson (Anjou): L'année précédente?

Mme Lavoie-Roux: Oui. C'est simplement...

M. Johnson (Anjou): Ah bon! La dernière variation. Je m'excuse.

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): On était à 318, en 1981-1982. Il y a eu une augmentation de 30 postes entre 1981-1982 et 1982-1983, qui s'explique essentiellement dans la région de Montréal, et je rappelle qu'on a mis sur pied...

Mme Lavoie-Roux: La centrale d'urgence.

M. Johnson (Anjou): ...la centrale de coordination des urgences qui n'explique pas tout, soit dit en passant, puisque c'est une comptabilité séparée, mais le travail de surveillance du conseil régional et des effectifs que cela a exigé a fait qu'il y a eu des réaménagements.

À la santé communautaire, cependant, on a ajouté un conseiller, un demi-poste de secrétariat. En gestion de personnel, on a ajouté un conseiller, un secrétaire; c'est relié essentiellement aux CCUS. À la location d'espaces, on a ajouté un conseiller, un demi-secrétaire; c'est un mandat, donc un mandat temporaire. Aux achats en commun, où on travaille très fort, encore une fois, on a économisé quelques millions l'an dernier; un conseiller et cinq techniciens qui proviennent essentiellement du Joint Institute du secteur anglophone de Montréal. Ensuite, au perfectionnement, un conseiller, une secrétaire; un nouveau mandat leur est donné. Au secrétariat financier et aux services régionalisés de blanderie et de transport ambulancier, on a mis beaucoup d'ordre et fait beaucoup d'économies; quatre commis pour les fins du "processing", enfin, de ces données-là. Aux données et analyses, un programmeur analyste. Au service de références, un employé de secrétariat; c'est le service direct aux citoyens.

Mme Lavoie-Roux: Je pense que ma collègue de Chomedey a une question à vous poser.

M. Johnson (Anjou): Sûrement.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de Chomedey.

Demande de création d'un CRSSS à Laval

Mme Bacon: J'aimerais, si vous me le permettez, M. le Président, revenir à une demande qui a été faite par la population de Laval concernant un CRSSS à Laval et reprendre certains des arguments que j'avais fait valoir l'an dernier en espérant que le ministre les entende cette fois d'une meilleure oreille que l'an dernier.

On sait que la ville de Laval est centrée sur la qualité de la vie des citoyens, qui recherchent certainement la quiétude par rapport à Montréal où ce sont souvent de grands projets dont on a vu beaucoup d'images. Il y a quand même des impacts, des différences fondamentales de plusieurs ordres quand on compare Laval et Montréal. On a, à Laval, moins de personnes âgées en situation urgente et notre délinquance est peut-être moins violente, mais elle se manifeste quand même à certaines heures et peut-être aussi pour des raisons différentes. Nos besoins en services sont sûrement aussi

tout à fait différents de ceux de Montréal.

La population augmente chaque année et, en même temps, les besoins augmentent aussi. Il me semble que tout retard dans la prise en main des leviers de décisions pourrait être, à mon sens, en tout cas, lourd de conséquences. On n'a qu'à prendre comme exemple les services à la jeunesse en difficulté. Ces services sont situés à Montréal et, si on se fie aux priorités et aux engorgements, souvent, en cas lourds, que connaît le réseau montréalais, il est encore loin le jour où les priorités de Laval seront sur le dessus du paquet des problèmes qu'on retrouve au CRSSS du Montréal métropolitain. De ce fait, je pense bien que le jour où nous serons en priorité, ce sera parce que la situation sera très grave.

Si nous étions responsables à Laval de notre territoire, déjà, un grand nombre de mesures pourraient être prises de façon préventive. L'état actuel de la situation ne nous permet pas ce minimum d'action. Souvent, nos urgences sont noyées dans les urgences de la région de Montréal. Il est évident que cette démarche de la population de Laval s'appuie sur une solide dose de bon sens. En réclamant un CRSSS à Laval, on veut surtout réclamer la gestion du réseau des services aux Lavallois par les Lavallois et non l'implantation d'une infrastructure trop sophistiquée qui serait un dédoublement de services. Ce n'est pas ce qu'on demande à Laval.

Nous sommes aussi conscients qu'il y a nécessité d'établir des mécanismes d'échanges de services entre Laval, Montréal et d'autres régions. Bien que Laval soit une île, elle ne veut pas couper ses ponts d'avec les autres régions; elle ne veut surtout pas s'isoler pour mieux s'assumer.

Il y aurait beaucoup d'avantages à la création d'un CRSSS à Laval. On pourrait y redonner un deuxième souffle sur le plan social et sur le plan politique. On pourrait aussi procéder à une meilleure identification des besoins de la population si elle était faite par le milieu. Il y aurait aussi un rapprochement des pouvoirs de planification, de coordination, des pouvoirs de recherche et d'évaluation auprès des établissements qui sont impliqués dans l'exécution. On pourrait sûrement retrouver une plus grande harmonie dans le réseau et une meilleure distribution de l'argent aux établissements publics en fonction des besoins de la population, de même que le respect de l'identité lavalloise, ne seraient-ce qu'un meilleur contrôle des services rendus à la population et une meilleure coordination du réseau. Encore une fois, tout cela en évitant un dédoublement inutile. On pourrait donner une impulsion nouvelle aux garderies, aux foyers monoparentaux, aux personnes âgées, aux locataires, aux personnes en difficulté, par exemple. Un regroupement des intervenants

de la santé et des services sociaux, une mobilisation en vue d'une concertation véritable, une meilleure complémentarité seraient aussi des avantages qu'on pourrait retrouver. On pourrait aussi exercer un meilleur contrôle de développement social, une complémentarité aux services qui sont déjà offerts. Je pourrais en énumérer davantage.

Je pense que la création ou l'établissement d'un CRSSS à Laval, en tout cas, à mes yeux, n'aurait pas à engendrer des coûts prohibitifs puisqu'on pourrait faire des placements. J'aimerais profiter de la commission parlementaire, de l'étude des crédits pour demander si, dans les crédits qui sont prévus, le ministre en a pour la création d'un CRSSS à Laval. Est-ce que cela fait partie d'une planification à court terme, dans les politiques de création de CRSSS, par exemple?

M. Johnson (Anjou): Je remercie la députée de Chomedey de ses préoccupations autour de l'idée éventuelle d'un CRSSS à Laval. Je dois dire que ses préoccupations m'ont également été transmises par son collègue ministériel...

Mme Bacon: Je connais bien ses interventions.

M. Johnson (Anjou): ...le député de Fabre. Pardon?

Mme Bacon: Je connais bien ses interventions.

M. Johnson (Anjou): Oui. Dont certaines ont été particulièrement efficaces.

Mme Bacon: Cela veut dire quoi? Cela veut dire patronage?

M. Johnson (Anjou): Il y a à Laval quatre CLSC, deux centres hospitaliers de soins prolongés, un centre hospitalier de courte durée, trois centres d'accueil et de réadaptation et, pour le moment, deux centres d'accueil d'hébergement. Il y en a un troisième qui s'installe, la Pinière, ce qui fait un total de quinze établissements environ. Je dirai tout de suite que, au départ, pour voir le type de difficulté que cela pose, si on exclut la Côte-Nord pour toutes sortes de raisons, cela mesure 500 milles de long, il y a en moyenne à peu près 80 établissements par conseil régional au Québec. Deuxièmement, la proximité de Montréal. Je ne mets pas en cause toute la notion de l'implication des Lavallois sur leur développement, je dirai que je partage cette approche et cela vaut, je pense, pour Laval comme pour bien d'autres régions du Québec.

Cela ne doit pas être pour rien, d'ailleurs, que la ville de Laval est la seule

ville qui est en même temps une MRC. Je pense que c'est assez significatif. Ce n'est pas cela que je remets en cause, absolument pas. Tout ce qui vient avec l'idée d'une décentralisation, et je n'entrerai pas ici dans les débats de la fin de semaine dernière, de toute évidence, va s'appliquer un jour à Laval. Maintenant, de faire à très court terme, un CRSSS à Laval en vertu du chapitre 48, il n'est pas de mon intention de rouvrir le chapitre 48 à court terme à moins que les obligations ne nous l'imposent. Cependant, j'avais dit l'an dernier qu'on ferait deux choses. J'avais dit qu'on s'arrangerait pour impliquer les gens de Laval dans des processus décisionnels importants et j'ai nommé au Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal un représentant qui est originaire de Laval et qui vient du milieu des affaires, si je ne me trompe pas. C'est un homme qui a oeuvré à la chambre de commerce surtout.

Cela, pour moi, c'est important. Au conseil régional de Montréal il y a 17 membres dont des gens qui viennent des institutions par catégories, etc., mais, chez les socio-économiques, il y en a quatre que je nomme et il y en a un qui vient de Laval. Cela m'apparaissait important. (23 h 15)

Deuxièmement, nous avons nommé l'an dernier, également à l'automne, je crois, une coordonnatrice au niveau des services à Laval qui, à toutes fins utiles, est coordonnatrice d'une sorte de table de concertation des établissements. Je pense que c'est une démarche qui doit se faire. On a dit qu'on le ferait et on l'a fait. Donc, cela a progressé dans ce sens.

Je me permets de croire qu'en attendant que des choses débouchent à l'égard des MRC dans une perspective un peu plus à long terme, il y a sûrement un travail très important qui peut être fait par les représentants de Laval au niveau des différentes commissions administratives du Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal, notamment dans les domaines où Laval croit avoir des besoins spécifiques et des ressources spécifiques pour répondre à ces besoins. Je pense, notamment, au secteur social plus qu'au domaine hospitalier. Effectivement, l'hôpital la Cité de la santé de Laval est probablement l'urgence la plus occupée du territoire du Montréal métropolitain. C'est un hôpital remarquable, bien fait, peuplé d'un personnel sûrement adéquat, et même plus qu'adéquat, mais qui, à cause de la densité de la population, est aux prises avec des problèmes d'engorgement d'urgence absolument phénoménaux. J'y suis déjà allé à deux reprises et cela m'a frappé de voir la quantité de gens dans les salles d'attente.

Mme Lavoie-Roux: Moi aussi.

M. Johnson (Anjou): Oui, j'ai fait le tour régulièrement de beaucoup d'établissements. C'est la seule façon de se garder un contact avec la réalité. Pour solutionner des problèmes de contenu à Laval, en ce moment, on a entrepris aussi une série de mesures cette année. Notamment, quand on dit qu'on va changer la vocation d'établissements au cœur de Montréal - l'exemple que j'ai eu à donner le plus souvent est celui de la Cité de la santé de Laval - il est bien évident qu'il ne faudrait pas que la Cité de la santé de Laval se retrouve avec un pourcentage de patients chroniques, je dirais même, probablement moins élevé que la plupart des autres établissements de Montréal. Cela n'aurait pas de sens de dépasser un certain seuil, parce que ce serait vraiment sous-utiliser un équipement remarquable pour les Lavallois. Cela aussi, je pense, va avoir des effets concrets. La Pinière va ouvrir, normalement, au début de l'été, dégageant donc l'hôpital de beaucoup de personnes qui sont en hébergement et qui sont ce qu'on appelle A-3 et A-4. Deuxièmement, il y aura ces décisions qui affectent la coordination des lits de soins prolongés dans le centre-ville pour débloquer un peu. Je suis sensible à cela. On tentera d'en tenir compte dans la mesure du possible au niveau du permis pour s'assurer qu'il y ait le moins possible de soins prolongés à la Cité de la santé de Laval.

Quant à la notion même d'un CRSSS, je pense qu'il faut encore parcourir du chemin avant qu'une décision soit prise. Ce chemin se parcourt lentement avec l'évolution du dossier de la MRC, évidemment, parallèlement à tout cela, mais, dans le domaine spécifique de ce sur quoi on peut agir, la nomination d'une coordonnatrice à la table de concertation m'apparaît importante.

Mme Bacon: Le ministre a-t-il préparé un échéancier de travail qui débouche sur une décision?

M. Johnson (Anjou): Non, pas pour le moment.

Mme Bacon: Peut-on donner des espoirs à la population?

M. Johnson (Anjou): Je pense qu'on peut donner des espoirs à la population de Laval que ses problèmes vont se régler de plus en plus et qu'il y aura de plus en plus de concertation quant aux ressources que Laval, en tant qu'entité municipale et regroupement de communautés humaines, met à la disposition de ceux qui ont besoin de ces services. Mais ce n'est pas un schéma bureaucratique ou juridique. C'est une affaire de la réalité de tous les jours. Je pense qu'on a mis en place des choses cette année

qui permettent cette plus grande implication et cette plus grande pertinence d'une jonction entre les ressources disponibles dans la communauté et une expertise évidente. Il y a des personnes qui connaissent cela, les problèmes sociaux, à Laval; des professionnels et même, au-delà des professionnels du réseau, des gens impliqués dans des groupes communautaires. J'en connais. J'ai visité aussi des CLSC dans ce coin-là. Il faut permettre à cela de s'exprimer. Je pense que sûrement, dans un premier temps, la table de concertation est un bon endroit. Je peux vous dire qu'au niveau des décisions qui touchent Laval, au ministère, je me fais un devoir de tenir compte de l'abondant courrier que m'a fait parvenir la députée de Chomedey comme des commentaires plus qu'occasionnels de tous mes collègues de Laval du côté ministériel. On tente, dans la mesure du possible, de coordonner certaines choses. Je pense aux maisons de jeunes, aux ressources alternatives, ce qui fait partie des décisions où il y a une forme de discrétion ministérielle qui s'applique. On tente de tenir compte de cette réalité.

Mme Bacon: Ce n'était pas cela, M. le Président. Il y a quand même des décisions qui devront être prises. Il y a des espoirs qui ont été suscités les années passées par des membres du gouvernement qui représentent Laval. Il faudrait quand même regarder le nombre d'établissements qui dépendent du CRSSS du Montréal métropolitain et qui sont drôlement nombreux, comparativement aux autres CRSSS de la province. C'est évident - je vais répéter ce que j'ai dit tantôt - que souvent on retrouve les dossiers de Laval qui ne sont pas sur le dessus du paquet, ils sont souvent en dessous. L'inquiétude de la population est une inquiétude normale parce qu'elle se demande combien de temps encore elle devra attendre la création du CRSSS qu'on lui avait promis, que le député de Laval lui-même avait promis avant la dernière élection. Je veux bien qu'on fasse des promesses, mais il faudra réaliser ces promesses à un moment donné. Je ne veux pas que le ministre des Affaires sociales réponde aux engagements de son collègue, mais il doit quand même être conscient qu'on a créé des espoirs de la population et qu'il faudra un jour soit lui livrer la marchandise ou lui dire exactement si c'est faisable ou pas faisable.

M. Johnson (Anjou): Avec tout le respect que j'ai pour les commentaires que pourraient faire ma collègue ou d'autres, si vous vous promenez dans les rues de Laval et si vous demandez aux gens ce qu'est un CRSSS, ou si vous vous promenez au coin de Peel et de Sainte-Catherine et si vous demandez aux gens ce qu'est un CRSSS, je

ne suis pas sûr qu'ils vont vous répondre qu'ils savent ce que c'est. Je connais même des fonctionnaires d'autres ministères qui ne savent pas ce qu'est un Conseil régional de la santé et des services sociaux. Je ne peux pas les en blâmer vraiment.

Ce qu'a évoqué ma collègue dans le passé et ce qui a été repris par d'autres collègues, en termes d'avancement, c'était plus présenté comme un instrument pour régler des problèmes. Ce qui compte, c'est de les régler. Ce n'est pas de savoir par quelle formule juridique on va le faire. Quand on parle des MRC, c'est une autre paire de manches, mais, quand on parle des conseils régionaux, je pense que, finalement, c'est différent, notamment à cause d'une raison fondamentale: les MRC sont formées d'élus. La grande distinction qu'il faut faire dans les structures administratives, dans les structures régionales au Québec, c'est cela. C'est la notion du caractère de représentativité de ceux qui décident. En ce sens, quant à moi, on ne peut pas parler d'un CRSSS comme on parle d'une MRC, même si les CRSSS, en ce moment, ont beaucoup plus de pouvoirs de présence et de domaines d'activités que n'en ont les MRC. À moyen terme, pour le Québec, l'avenir est dans des structures représentatives et des délégations de pouvoirs. Il se fera de la déconcentration auprès d'organismes administratifs et il se fera de la décentralisation auprès d'organismes représentatifs.

Je n'ai jamais compris que l'opinion de mes collègues de Laval, c'était qu'il fallait absolument que les CRSSS soient élus au suffrage universel.

Mme Bacon: On déplace le problème, on ne parle pas de cela.

M. Johnson (Anjou): J'ai compris qu'ils trouvent qu'il faut que Laval puisse être un endroit où, dans la mesure du possible, dans certains secteurs d'activités, les citoyens de Laval prennent eux-mêmes des décisions en ce qui les affecte. La perspective de la MRC à cet égard est importante. À l'égard de la solution de problèmes concrets, notamment dans le domaine social à Laval, la présence de cette table de concertation, qui est la seule des sous-régions au Québec où on l'a fait, où on paie un coordonnateur dans la sous-région, c'est quelque chose qui non seulement fait évoluer certains concepts, mais règle des problèmes. C'est cela que les citoyens veulent. C'est à cela que se sont engagés mes collègues. Je suis sûr que c'est ce qui préoccupe la députée de Chomedey.

Mme Bacon: J'aimerais faire remarquer que je n'ai pas parlé de MRC au ministre, c'est lui-même qui ramène toujours les MRC dans la discussion. J'aimerais quand même

qu'il soit sensibilisé. Il peut faire des gorges chaudes et dire que la population de Laval ne connaît pas le CRSSS.

M. Johnson (Anjou): À Montréal non plus.

Mme Bacon: Les gens du milieu connaissent les besoins. Les gens du milieu, la table de concertation dont parle le ministre, savent très bien que la création d'un CRSSS pour Laval est une chose très importante afin d'assurer à la population, ne serait-ce que pour la prévention dans certains domaines à caractère social, ne serait-ce que cela, ce serait déjà régler certains problèmes qui existent en ce moment. Considérant non seulement la population de Laval, mais toute cette région située au nord, je pense que, comme je disais tout à l'heure, Laval ne veut pas s'isoler, au contraire, mais Laval n'est pas Montréal. Laval ne fait pas partie de...

M. Johnson (Anjou): Je suis parfaitement conscient de cela.

Mme Bacon: ...l'agglomération montréalaise à ce niveau, au niveau des problèmes sociaux et des problèmes de santé en général.

M. Johnson (Anjou): La députée connaît sûrement un peu ce domaine puisqu'elle a oeuvré au développement social à une certaine époque, mais les conseils régionaux ne rendent pas de services directs à la population.

Mme Bacon: Ils les coordonnent drôlement.

M. Johnson (Anjou): Les conseils régionaux sont des structures administratives de planification, d'orientation et, maintenant, un peu plus, d'allocation budgétaire intraprogramme et, peut-être, interprogramme. Mais présenter comme elle le fait, avec une certaine ambiguïté qui n'est sans doute pas voulue, la création et l'avènement de cette structure juridique qu'est un CRSSS comme étant l'assurance qu'en termes de prévention, il se fera plus de choses... C'est le service de santé communautaire, ce sont les CLSC qui s'occupent de la prévention, ce n'est pas le conseil régional de la santé et des services sociaux. Il y a un DSC et il y a quatre CLSC à Laval. Ce qui compte, dans un premier temps, c'est que ces gens se parlent entre eux pour régler les problèmes. C'est cela qu'on a mis sur pied cette année et on leur a donné des moyens pour le faire.

Donc, on respecte ce qu'il y a là et on comprend les aspirations de cette population qui, c'est vrai, n'est pas montréalaise, mais

qui, de façon générale, n'est pas intéressée intrinsèquement, dans sa vie quotidienne, si on parle de l'ensemble des citoyens, que ce soit à Laval, à Drummondville, à Amos ou au coin de Peel et de Sainte-Catherine ou au coin de la rue Des Ormeaux ou Azilda, dans mon comté, en soi, à la notion d'un CRSSS, dans la mesure où cela ne touche pas les services des citoyens; je ne suis pas sûr que cela préoccupe les individus dans leur vie quotidienne. Que cela préoccupe, cependant, les ressources impliquées dans le domaine de la dispensation des services sociaux et de la santé, je le comprends. Ce qu'ils veulent, c'est avoir un mot à dire dans les décisions qui les affectent. Il y a des moyens qui ont commencé à être pris pour cela et, éventuellement, on verra.

Mme Bacon: J'ai un autre dossier, si vous me le permettez, où l'on retrouve certaines ambiguïtés à Laval. Il y a eu la création d'un centre d'accueil pour handicapés mentaux qu'on a appelé Rayon de soleil. Ce centre d'accueil semble avoir été voué, dès le départ, à faire face à beaucoup de problèmes. On parle d'absence de budget adéquat, on parle de fusion forcée, on parle de signature de bail par Caprol, avec lequel on veut fusionner Rayon de soleil. J'aimerais que le ministre me donne davantage d'information ou actualise le dossier du centre d'accueil Rayon de soleil. Est-ce que le ministre m'écoutait en même temps? Oui?

M. Johnson (Anjou): Pardon?

Mme Bacon: Avez-vous compris ma question?

M. Johnson (Anjou): Oui, Rayon de soleil.

Mme Bacon: Oui, et Caprol.

M. Johnson (Anjou): Caprol, une fusion entre les deux.

Mme Bacon: Les deux, oui.

M. Johnson (Anjou): Un instant!

Mme Bacon: Le député de Fabre connaît bien le dossier, il s'en occupe beaucoup.

M. Johnson (Anjou): En instance d'obtenir la charte du ministère des Institutions financières.

Mme Bacon: Pourquoi force-t-on cette fusion?

Mme Lavoie-Roux: Ah! bien, c'est l'attitude générale.

M. Johnson (Anjou): Il y a un protocole de fusion et les deux établissements l'ont signé.

Mme Bacon: Oui, mais on sait comment on peut faire signer certains protocoles de fusion.

M. Johnson (Anjou): Je ne dois pas présumer de cela, étant donné que j'ai vu le contraire à l'occasion, et ce n'est pas pour rien qu'on a un pouvoir de l'imposer quand il faut l'imposer.

Mme Bacon: Est-ce qu'on a vraiment entendu toutes les demandes faites par Rayon de soleil avant de forcer cette fusion?

M. Johnson (Anjou): La fusion n'a pas été forcée. Je ne dis pas qu'on ne s'est pas senti...

Mme Bacon: ...coincé...

M. Johnson (Anjou): ...qu'on n'a pas senti que c'était une orientation qu'on favorisait, mais, ceci dit, je n'ai pas eu à décider ou à forcer une fusion, donc, je n'ai pas eu à entendre les parties.

Mme Bacon: Pourquoi avoir créé Rayon de soleil?

Mme Lavoie-Roux: Pour faire un peu de lumière!
(23 h 30)

M. Johnson (Anjou): Pas pour faire les crédits, non.

Mme Bacon: Non, avant de faire la fusion.

M. Johnson (Anjou): Avant de faire la fusion? Je ne suis pas au courant, étant donné que je n'y ai pas participé. Je n'ai pas consulté le député de Laval-des-Rapides sur la fusion de Rayon de soleil avec Caprol, étant donné que je n'ai pas eu à intervenir dans cette fusion.

Le Président (M. Desbiens): M. le député de Fabre.

M. Leduc (Fabre): Merci, M. le Président. Je ne veux pas prendre trop de temps parce que je pense qu'on a déjà consacré pas mal de temps à la question des CRSSS, mais, en tant que responsable de ce dossier au caucus des députés du Parti québécois, je suis heureux de constater que ma collègue de Chomedey et moi partageons les mêmes préoccupations. Je dois dire que, sur cette question, il y a unanimité sur l'idée d'avoir un CRSSS un jour à Laval. Je dois dire que j'ai suivi de près le dossier puisque j'ai été en étroite relation avec les

gens du milieu qui ont le plus fait la promotion du CRSSS, c'est-à-dire les représentants des divers établissements de Laval qui forment la table de concertation des établissements sociaux et de santé de Laval.

C'est une table de concertation extrêmement dynamique qui existe depuis des années. La table de concertation a fait cette demande depuis de nombreuses années à votre prédécesseur, d'ailleurs, M. le ministre. Il faut dire qu'après consultation avec le groupe de concertation, ce groupe est extrêmement heureux d'avoir obtenu cette année une coordonnatrice qui s'occupe des dossiers spécifiques à Laval. Je dois dire que, dans un premier temps, bien sûr, on souhaiterait tous obtenir un CRSSS dès cette année ou dès l'année prochaine. Je dois dire que nous sommes... Je me fais un peu l'interprète du groupe de concertation puisque c'est avec son accord que nous avons obtenu de votre part une coordonnatrice pour Laval, qui travaille en étroite collaboration avec le CRSSS de Montréal, qui permet au milieu d'identifier les besoins dont parlait la députée de Chomedey.

Je pense que, dans un premier temps, avant même d'obtenir un CRSSS, il faut bien identifier les besoins des gens. Il faut, pour cela, accomplir une certaine recherche et c'est dans le mandat de la coordonnatrice; il faut faire une certaine orientation, une certaine planification et c'est également dans le mandat de la coordonnatrice. Je pense que personne ici ne peut imaginer qu'on obtient un CRSSS de façon automatique, surtout qu'on sait très bien que ce CRSSS à Laval, même si nous le souhaitons, serait un petit CRSSS, compte tenu de la population, compte tenu également du nombre d'établissements qu'il y a à Laval. Il y aurait beaucoup d'ententes de services à établir avec le CRSSS de Montréal ou avec celui qui est situé au nord de Laval. Laval n'est pas desservie que par des établissements de Laval, il y a une foule d'établissements de Montréal qui desservent la population de Laval. Mentionnons l'hôpital Sacré-Coeur, l'hôpital Albert-Prévost et d'autres hôpitaux également.

Il faut mentionner également qu'un CRSSS n'accorde pas automatiquement non plus des services à la population. Je pense que ce que veut en premier lieu la population de Laval, ce sont des services. Je pense qu'à ce niveau, la population de Laval est relativement bien servie par les services qui sont assurés par le CRSSS de Montréal.

Donc, cette planification, M. le ministre - ces orientations, cette recherche - qui sera établie par la table de concertation avec l'aide de cette coordonnatrice vous sera soumise en temps et lieu. Mais je pense que, pour l'instant, le milieu est amplement satisfait de ce qu'il a obtenu cette année et

je dois vous en remercier au nom des représentants à la table de concertation.

Je ferai une courte intervention en ce qui concerne le dossier Caprol-Rayon de soleil, que j'ai suivi de près. Je dois dire également que l'orientation dont vous parliez a été donnée il y a à peu près un an et que le milieu a été, puisque j'ai eu l'occasion de suivre le dossier, très consulté. Rien n'a été laissé de côté pour s'assurer que le conseil d'administration de Caprol et le conseil d'administration de Rayon de soleil soient amplement consultés, encore une fois, avec l'aide d'un agent du CRSSS ou du CSS de Montréal, pour en arriver à cette fusion que nous connaissons aujourd'hui. Après avoir rencontré, encore récemment, les deux groupes, Rayon de soleil et Caprol, je dois dire que cette fusion, finalement, est acceptée. Je pense que cette fusion se fait - c'est important de l'ajouter; je pense que les deux milieux en sont très conscients - dans l'intérêt de la population de Laval. Dans ce sens-là, je pense que la fusion aura été une bonne chose.

Le Président (M. Desbiens): Le programme 8 est-il adopté?

Mme Lavoie-Roux: Non, M. le Président.

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce que le ministre peut nous dire comment il se fait qu'on a prévu une augmentation de 98 000 \$ pour porter à 235 000 \$ le coût des honoraires pour agir à titre de conseillers dans le cadre des négociations avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec? 235 000 \$; on vient d'ajouter 98 000 \$.

M. Johnson (Anjou): Ce sont des réserves qui, souvent, comment dit-on, deviennent pas désuètes, mais périmées. Au moment où on a bâti les crédits, peut-être que les négociations n'allaient pas aussi bien que depuis qu'on les a déposés.

Mme Lavoie-Roux: Cela veut dire que les honoraires vont être de 235 000 \$ pour cette négociation?

M. Johnson (Anjou): Non, pas nécessairement. Les honoraires seront ce que sera la facture des multiples conseillers qu'il y a dans ce domaine. Il y a des actuaire. Il y a, évidemment, des équipes du ministère, mais il y a des représentants aux tables qui sont des professionnels de la négociation.

Mme Lavoie-Roux: 98 000 \$, c'est pour le Dr Claude Roberge.

M. Johnson (Anjou): Pas nécessairement pour une personne. Il y a une série de conseillers.

Mme Lavoie-Roux: C'est indiqué: Fournisseur: Claude Roberge, médecin omnipraticien. Montant de l'engagement: 98 000 \$.

M. Johnson (Anjou): C'en est un, sur la période de l'année, mais je pense qu'il ne travaille pas seul. Il y a un médecin et un avocat dans cette équipe, le fournisseur étant celui dont le nom est là.

Mme Lavoie-Roux: Une dernière question sur les CRSSS. On indique que les CRSSS reçoivent des budgets des institutions. Est-ce que le ministre s'assure que, dans leur opération d'équilibre budgétaire, ce qui doit revenir à la psychiatrie y revient? J'ai apporté l'exemple de l'Institut Albert-Prévost où 250 000 \$, qui devaient être imputés au centre de jour en pédopsychiatrie, vont au budget général de l'institution. Il y a une chose spéciale, par exemple, dans la région de Sherbrooke, où on a prélevé des différentes institutions des montants d'argent qui devaient être affectés à la psychiatrie et qui ne sont pas retournés à la psychiatrie.

M. Johnson (Anjou): À Sherbrooke?

Mme Lavoie-Roux: Oui.

M. Johnson (Anjou): Dans le cas de Sacré-Coeur? Ce ne sera pas long. Je peux donner une réponse technique au sujet de la pédopsychiatrie. Le budget de fonctionnement alloué à l'hôpital Sacré-Coeur de Montréal pour le développement de la pédopsychiatrie se résume donc, en 1979-1980, à 100 000 \$, sur une base annuelle, de 150 000 \$ en dollars 1983-1984, l'équivalent de 213 500 \$; en 1980-1981, 10 000 \$, sur une base annuelle, de 64 000 \$ correspondant à 82 800 \$ en dollars de 1983-1984; en 1982-1983, 45 600 \$ sur une base annuelle de 46 000 \$, par rapport à 48 200 \$ en dollars de 1983-84, pour un total de 344 500 \$.

Cependant, conformément à la directive concernant le rectificatif postbudgétaire, les crédits de développement alloués la première année et non utilisés sont récupérés par le ministère. L'année suivante, la base annuelle est intégrée au budget global. En conséquence, les transactions suivantes ont été effectuées. En 1979-1980, 100 000 \$ récupérés par le MAS; en 1980-1981, 10 000 \$ utilisés pour le foyer de protection L'Envol; en 1982-1983, 45 000 \$ qui devraient être récupérés par le MAS. La base annuelle des crédits de développement indexés au taux d'accroissement a servi à atténuer la compression budgétaire effectuée par le ministère au cours de la dernière

année. Le projet implique une construction évaluée à 380 000 \$ en 1981 et le décret 1298-81 octroie au centre hospitalier un budget de 12 000 \$ pour l'engagement de professionnels afin de confectionner des plans et devis. Le projet est rendu à cette étape et le moratoire d'un projet de construction, accompagné de différentes difficultés dans le recrutement des professionnels, a expliqué le retard. Lorsque la construction sera terminée, l'hôpital pourrait effectuer un réaménagement à l'intérieur du budget pour dégager les crédits nécessaires au fonctionnement de la pédopsychiatrie.

C'est la note un peu technique que j'ai eue des services. En pratique, premièrement, il y a un problème au niveau du retard à cause du recrutement des professionnels pour les fins de plans et devis. Deuxièmement, il y a toute la question de savoir si, oui ou non, c'est un développement qui peut se faire par l'intérieur ou qui exige qu'on empiète sur les terrains de stationnement. Cela repose toute la question de l'Institut Albert-Prévost.

Mme Lavoie-Roux: Ce que vous voulez dire, en termes plus simples, c'est que cela n'a pas été affecté au budget de l'hôpital.

M. Johnson (Anjou): Cela n'a pas été au budget de pédopsychiatrie, c'est un fait.

Mme Lavoie-Roux: Est-ce qu'il y en a une partie qui a été affectée au budget? J'ai compris qu'il y en avait une partie qui avait été retournée au ministère des Affaires sociales.

M. Johnson (Anjou): Oui, au MAS et l'autre, au budget de l'hôpital. Je m'excuse, tout a été récupéré au MAS.

Mme Lavoie-Roux: Maintenant, l'autre jour, à cette question sur le département de pédopsychiatrie, vous m'avez dit que c'était relié à la vocation éventuelle de l'Institut Albert-Prévost. J'ai cru comprendre, à l'Assemblée nationale - j'aimerais que le ministre me le confirme - que votre décision est de garder le pavillon Albert-Prévost là où il se trouve.

M. Johnson (Anjou): Pour le moment, j'ai demandé un moratoire. La querelle sur la construction, donc, à toutes fins utiles, l'élimination de l'Institut Albert-Prévost tel qu'il existe en ce moment, est une affaire qui a retardé bien des choses et qui existe depuis longtemps. J'ai demandé qu'il y ait un moratoire sur une décision comme cela. Je ne pense pas qu'il faille, en ce moment, changer la vocation de l'Institut Albert-Prévost.

Mme Lavoie-Roux: Bon, parfait. Alors,

cela va pour ce programme.

Le Président (M. Desbiens): Le programme 8 est adopté.

Le programme 9 est-il adopté?

Direction et gestion

M. Johnson (Anjou): Adopté.

Mme Lavoie-Roux: Un instant. Est-ce qu'on peut nous indiquer pourquoi, à la direction supérieure, il y a une augmentation de 20%? Comment expliquez-vous cela? C'est une variation pas mal plus considérable.

M. Johnson (Anjou): Quel article?

Mme Lavoie-Roux: Direction supérieure, élément 1.
(23 h 45)

M. Johnson (Anjou): 10 000 000 \$ à 12 000 000 \$. Je peux commencer à répondre; je donnerai le reste en cours de route. Il y a une réorganisation au ministère, notamment au niveau de la Direction du budget. Une partie des activités, qui relève aujourd'hui de la Direction du budget, donc, de la Direction supérieure du ministère, relevait auparavant d'une autre partie du ministère qui, elle, n'était pas de la Direction supérieure. C'est un transfert de poste à poste, en partie.

Mme Lavoie-Roux: L'autre partie?

M. Johnson (Anjou): L'autre partie, cela doit être l'augmentation normale. C'est d'autant plus vrai que l'élément 1 descend, il ne monte pas.

Mme Lavoie-Roux: Je regrette, il passe de 10 000 000 \$ à 12 000 000 \$.

M. Johnson (Anjou): Je m'excuse, c'est parce qu'on est dans l'autre. Moi, j'étais à 01. La première partie de l'explication - c'est ce que j'évoquais tout à l'heure - c'est un compte de poste à poste dans le cas de la Direction supérieure.

Mme Lavoie-Roux: Cela se trouvait où? Est-ce que cela se trouvait à l'administration?

M. Johnson (Anjou): Cela se trouvait quelque part à l'administration, sauf qu'on a ici la même chose qu'on a évoquée à l'occasion des autres discussions la semaine dernière. Ce à quoi il faut se fier, c'est à ce document-ci, les crédits détaillés 1983-1984...

Mme Lavoie-Roux: Je vais trouver le programme 9, un instant.

M. Johnson (Anjou): ...page 40. Le chiffre n'était pas de 10 000 000 \$ l'an dernier; il était de 13 000 000 \$. Comme, cette année, c'est 12 500 000 \$, il y a une diminution de 500 000 \$ et non pas une augmentation de 2 000 000 \$. Alors qu'au cahier des crédits, encore une fois, ce qui figure c'est 10 000 000 \$, qui a été établi sur la base des prévisions avant la confection du livre des crédits détaillés.

Mme Lavoie-Roux: Oui, mais il y a...

M. Johnson (Anjou): Donc, il n'y a pas d'augmentation à la Direction supérieure; il y a une diminution.

Mme Lavoie-Roux: Écoutez...

M. Johnson (Anjou): Enfin, au programme 9, pardon, il n'y a pas d'augmentation.

Mme Lavoie-Roux: Je suis d'accord avec vous. Quand vous regardez les programmes de santé, ils passent de 13 000 000 \$ à 10 000 000 \$, ce qui est une diminution de 19%. À l'administration, vous avez une diminution de 1% ou, enfin, de près de 2%. Vous avez une diminution au Conseil des affaires sociales et de la famille et vous avez une augmentation à la Direction supérieure. Je suis prête à admettre que, globalement, cela peut représenter une diminution, vous avez raison, parce que, de 52 000 000 \$, on est à 49 000 000 \$ maintenant. Comment se fait-il qu'à la Direction supérieure on augmente?

M. Johnson (Anjou): C'est à quelle page? Ah! vous êtes dans le livre des crédits généraux. Puisque la députée a décidé d'ouvrir cela, je pense qu'il va falloir le fermer. Pourrais-je demander à la députée de L'Acadie de prendre son cahier à la page 40, direction supérieure. En 1982-1983, c'était 13 003 500 \$; en 1983-1984, c'est 12 520 400 \$, donc, une réduction au chapitre de la Direction supérieure. Bon! Deuxièmement...

Mme Lavoie-Roux: Excusez-moi de vous interrompre...

M. Johnson (Anjou): Oui.

Mme Lavoie-Roux: ...mais ce que vous aviez prévu, c'était 10 415 000 \$ en 1982-1983...

M. Johnson (Anjou): C'est cela.

Mme Lavoie-Roux: ...et vous avez dépensé 13 000 000 \$.

M. Johnson (Anjou): C'est-à-dire qu'on a

changé la structure. C'est cela. C'est tout le débat. Vous vous souvenez au début, quand on a commencé la commission la semaine dernière, on a expliqué...

Mme Lavoie-Roux: Bon! Écoutez...

M. Johnson (Anjou): ...que les chiffres qui figuraient dans la colonne de 1982-1983 dans le livre des crédits n'étaient pas les chiffres dont il fallait tenir compte, mais que c'étaient les crédits détaillés, parce qu'ils étaient basés sur...

Mme Lavoie-Roux: Et le chiffre de 10 000 000 \$ n'était pas dans le livre des crédits détaillés de l'an dernier.

M. Johnson (Anjou): Non.

Mme Lavoie-Roux: Bon! En tout cas! Je veux bien qu'on compare les mêmes choses, mais...

M. Johnson (Anjou): L'an dernier, dans le livre des crédits, on avait 10 000 000 \$ pour 1982-1983. De fait, on a obtenu des crédits de 13 000 000 \$. Cela ne veut pas dire qu'on a dépensé 13 000 000 \$, mais on a obtenu des crédits de 13 000 000 \$. Alors qu'on a obtenu des crédits de 13 000 000 \$ l'an dernier, cette année, c'est 12 500 000 \$, une réduction de 500 000 \$, crédits à crédits, dépenses à dépenses.

Mme Lavoie-Roux: Vous avez dépensé combien des 13 000 000 \$ que vous avez obtenus?

M. Johnson (Anjou): On va vous dire cela plus tard. Il faut attendre les rapports. On vient de finir l'année financière. Il faut fermer les livres.

Mme Lavoie-Roux: Vous voulez dire que c'est l'an prochain que je vais savoir cela?

M. Johnson (Anjou): Comme d'habitude. On pourrait vous parler de cela en 1980-1981, probablement.

M. French: ...au rapport financier déposé, le plus court délai dans tout le Canada.

Mme Lavoie-Roux: Mais ils ne sont pas là-dessus, eux autres.

M. French: Il n'y a pas de crédits périmés dans le secteur privé.

Le Président (M. Desbiens): L'élément 1 est-il adopté?

Mme Lavoie-Roux: Je vais leur donner le bénéfice du doute. Je suis sûre qu'ils sont

honnêtes. Ils me disent cela.

Le Président (M. Desbiens): Le programme 9 est-il adopté avec tous ses éléments?

M. Johnson (Anjou): Adopté.

Le Président (M. Desbiens): Est-ce adopté?

Mme Lavoie-Roux: Oui, oui.

Le Président (M. Desbiens): Les crédits du ministère des Affaires sociales...

Mme Lavoie-Roux: Non, non! Une minute, M. le Président!

Le Président (M. Desbiens): Mme la députée de L'Acadie.

Mme Lavoie-Roux: Quand allez-vous déposer un projet de loi touchant des modifications à la loi 24?

M. Johnson (Anjou): Pardon? Je m'excuse, je n'ai pas entendu.

Mme Lavoie-Roux: Quand allez-vous déposer un projet de loi touchant des modifications à la loi 24?

M. Johnson (Anjou): Possiblement au mois de juin.

Mme Lavoie-Roux: Il pourrait être adopté quand?

M. Johnson (Anjou): Si on le dépose au mois de juin, on ne peut pas l'adopter avant l'automne.

Mme Lavoie-Roux: Bon! Je voudrais simplement rappeler au ministre que, quand on nous a mis la corde au cou pour ce comité en disant: Il faut que vous fassiez cela avant le mois de décembre - c'est le cas de le dire, on avait la police après nous - on a tout fait, on a travaillé pour couper les coins ronds, etc., et, finalement, cela va faire un an que le rapport aura été déposé et les modifications n'auront pas été apportées. M. le Président, je veux simplement dire au ministre - d'ailleurs, cela vaut pour la loi 27 - que c'est la dernière fois que j'accepte de me faire prendre dans des prétendues urgences qui n'existent pas et qui sont simplement dans l'esprit des ministres qui veulent se débarrasser le plus possible de ce qui est bien fatigant à porter, des projets de loi et des lois, etc. Cela fait au moins deux fois qu'on se fait prendre - et de façon très évidente - dans les soi-disant urgences du gouvernement, vous en conviendrez, M. le

ministre. Merci, M. le Président.

M. Johnson (Anjou): M. le Président, je voudrais remercier tous mes collègues de la commission, tant du côté ministériel que du côté de l'Opposition, pour leur collaboration. Bonne nuit.

Le Président (M. Desbiens): Les crédits budgétaires...

Mme Lavoie-Roux: M. le Président, excusez-moi. Je voudrais aussi remercier le ministre et ses fonctionnaires.

Le Président (M. Desbiens): Il reste encore quatre minutes.

Mme Lavoie-Roux: Je voudrais remercier mes collègues qui m'ont aidée dans la préparation et l'étude de ces crédits.

Le Président (M. Desbiens): Troisième tentative. Les crédits budgétaires du ministère des Affaires sociales 1983-1984 sont adoptés avec tous leurs éléments et programmes.

Mme Lavoie-Roux: On les a adoptés.

Le Président (M. Desbiens): La commission permanente des affaires sociales ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 23 h 56)