



ASSEMBLÉE NATIONALE

QUATRIÈME SESSION

TRENTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

journal des Débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Étude des crédits du ministère des Affaires sociales (2) et du ministère des Relations avec les citoyens (2)

Président: M. Richard Guay

Le mardi 17 avril 1984 - No 10

QUÉBEC

Comptes de deuxième classe - Enregistrement no 1727

Dépot légal
Bibliothèque nationale du Québec
1551 0823-0102

Table des matières

Affaires sociales	CAS-281
Services des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins prolongés (CHSP)	CAS-282
Qualité de vie dans les centres d'accueil	CAS-291
Centres de jour	CAS-295
Services des centres de réadaptation	CAS-298
Relations avec les citoyens	CAS-299
Office des personnes handicapées du Québec	CAS-299
Affaires sociales (suite)	CAS-309
Services des centres hospitaliers de courte durée et psychiatriques	CAS-309
Déficit des centres hospitaliers	CAS-309
Déficit à l'hôpital Notre-Dame	CAS-321
Sécurité et vétusté des centres hospitaliers	CAS-323
Budgets de fonctionnement des centres d'accueil	CAS-328
Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine	CAS-330
Compressions budgétaires dans les centres hospitaliers	CAS-336
Coordination de la recherche	
Fonds de la recherche en santé du Québec	CAS-339
Coordination régionale et nationale	
Urgences-santé	CAS-340
Subventions	CAS-342
Statut des infirmières auxiliaires	CAS-343
Direction et gestion	CAS-347
Conseil des affaires sociales et de la famille	CAS-347
Relations du travail	CAS-348
Communications	CAS-350
Frais modérateurs en centres de convalescence	CAS-351
Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)	
Hausse du budget	CAS-352
Médecins en région	CAS-353
Départ de médecins spécialistes	CAS-354
Régime de soins dentaires	CAS-355
"Désassurance" de certains services	CAS-357
Reconnaissance des chiropraticiens	CAS-359

Intervenants

Mme Thérèse Lavoie-Roux, présidente

M. Pierre-J. Paradis
M. Jules Boucher
M. Camille Laurin
M. Roger Paré
M. Denis Lazure
M. Denis Vaugois
M. Yves Beaumier
M. Jean-Paul Bordeleau

* M. Jean-Claude Deschênes, ministère des Affaires sociales
* Mme Jeanne d'Arc Vaillant, idem
* M. Jacques Lamonde, idem
* Mme Laurette Robillard, Office des personnes handicapées du Québec
* M. Jean Taillon, ministère des Affaires sociales
* M. Guy Rivard, idem
* Mme Madeleine Blanchet, Conseil des affaires sociales et de la famille
* M. Auguste Mockle, Régie de l'assurance-maladie du Québec

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mardi 17 avril 1984

**Étude des crédits du ministère des Affaires sociales
et du ministère des Relations avec les citoyens**

(Dix heures dix-neuf minutes)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): À l'ordre, s'il vous plaît!

On s'excuse, mais il est déjà 10 h 20 et on n'a qu'une journée pour étudier tout ce qui reste des crédits des Affaires sociales. Alors, c'est quand même assez limité. La commission des affaires sociales se réunit pour poursuivre l'étude des crédits du ministère des Affaires sociales. Il y a un remplacement.

La Secrétaire: Oui, M. Bordeleau (Abitibi-Est) est remplacé par M. Beaumier (Nicolet).

Affaires sociales

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bonjour, M. Beaumier. Je proposerais que nous terminions ce matin de 10 heures à 11 h 30 - et finalement cela va être de 10 h 25 à 11 h 30 - les programmes 5 et 6 du ministère des Affaires sociales et que de 11 h 30 à 12 h 30 nous étudions les éléments 3, 4 et 5 du Conseil exécutif; pour être plus simple, c'est toute la question des personnes handicapées. Nous prendrions une heure, de 11 h 30 à 12 h 30 et en après-midi et en soirée nous poursuivrions l'étude des programmes 3, 7, 8 et 9 du ministère des Affaires sociales.

Oui, M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Mme la Présidente, sauf erreur, on avait convenu au début de l'étude des crédits de consacrer la première journée, qui était mardi de la semaine dernière, plus spécifiquement au secteur social. On avait également convenu de consacrer la journée d'aujourd'hui au secteur hospitalier. J'ai constaté avec tout le monde qu'on n'avait pas terminé tout l'aspect du secteur social et c'est normal, avec le nombre d'heures qui nous est alloué, qu'on n'ait pas pu passer à travers tout cela. Je crains qu'on ne puisse pas passer à travers tout notre programme de la façon qu'on aimerait le faire. Mais, est-ce qu'on ne devrait pas s'en tenir à notre formule initiale et aller immédiatement au secteur de la santé comme tel et, si le temps le permet en fin de journée, revenir à l'autre? On pourrait se retrouver dans une situation où il resterait très peu de temps pour tout le domaine de la santé. Je pensais

que c'était pour cela que la division du temps avait été faite au début.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Brome-Missisquoi, je suis évidemment sensible à cela parce que je sens bien la limite du temps et je ne voudrais pas qu'on en prenne encore trop pour discuter. Les programmes 5 et 6 du ministère des Affaires sociales, c'est ce qui touche tous les centres d'accueil. Est-ce qu'on prend le risque de se retrouver avec rien, de manquer de temps en fin de journée? Je ne sais pas qui a déterminé les heures pour l'étude des crédits, mais c'était, de toute évidence, trop court pour le ministère des Affaires sociales. Il n'y a aucun doute dans mon esprit. Alors, là, on est obligé de faire des prodiges pour essayer de passer à travers cela dans le temps qui nous est alloué.

J'aimerais entendre ce que les autres ont à dire avant que je réagisse. Je ne sais pas s'il y a d'autres membres qui veulent...

M. Boucher: Mme la Présidente, je suis de votre avis. Le programme 5 m'apparaît aussi important que celui que le député de Brome-Missisquoi veut traiter. Il s'agit de répartir le temps. Je pense que chacun aura le temps de poser ses questions pour les principaux programmes qu'on va étudier, mais, dans l'ensemble, il faudrait quand même porter autant d'attention au programme 5 qu'aux autres programmes.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon, alors, si on se disait quand même qu'on va essayer de raccourcir les questions dans les programmes 5 et 6, si possiblement on pouvait aborder dès ce matin l'autre partie qui sont les hôpitaux, le faire; mais, cela m'apparaît être un gros morceau, compte tenu des problèmes qu'il y a dans les centres d'accueil. On risque de ne pas avoir de temps en fin de journée. Alors...

M. Paradis: Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est un peu comme Salomon, trancher entre un qui suggère qu'on passe immédiatement à l'autre et l'autre...

M. Paradis: Il est certain qu'on va manquer de temps pour quelque chose.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Paradis: Je peux me rendre à l'argument de mon collègue d'en face qui me dit que le programme 5 est aussi important que le programme 3, mais je ferai remarquer que si, en fin de journée, on n'a pas passé à travers le programme 3, on aura oublié à peu près la moitié de nos crédits, parce qu'à ce programme il y a 3 430 000 000 \$.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais je pense qu'on va arriver au programme 3 cet après-midi quand même. Il n'y a quand même pas de risque qu'on ne touche pas du tout au programme 3.

M. Paradis: C'est toujours risqué, la procédure parlementaire.

M. Boucher: Tu poseras des questions pour 3 000 000 000 \$.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors...

M. Laurin: Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, M. le ministre.

M. Laurin: Avant de commencer, M. le sous-ministre voudrait répondre aux deux dernières questions auxquelles on n'avait pas pu répondre...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, d'accord.

M. Laurin: ...et que nous avait posées le député de Brome-Missisquoi.

M. Deschênes (Jean-Claude): Mme la Présidente, je voudrais déposer auprès de la commission le curriculum vitae de Mme Dominique Fournier qui a servi comme personne-ressource pour la formation au ministère de répondantes à la condition féminine qui pour nous est une activité importante. Le curriculum vitae explicite de dix pages de Mme Fournier est ici, attestant de sa qualité pour ce faire. Alors, je le déposerai tantôt.

Quant à l'autre question posée et qui avait eu une réponse partielle séance tenante la semaine dernière, c'est la question des traducteurs. Comme précision additionnelle à apporter, lorsque le service de traduction du ministère des Communications ne peut pas répondre à une demande, l'on fait référence à une liste de traducteurs agréés au ministère des Communications auxquels nous faisons appel. Le vendredi 17 en après-midi et le samedi 18, il y a eu sept traducteurs ou traductrices qui ont été appelés par notre service qui les requérait d'urgence, en fait

dans un travail de nuit, de dimanche à lundi matin, et cinq ont refusé avant que deux acceptent. J'ai les noms des personnes mais, effectivement, ce sont les sixième et septième personnes qui ont accepté et qui sont venues faire le travail au ministère.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Nous abordons maintenant l'étude du programme 5 et de ses différents éléments. M. le député de Brome-Missisquoi.

Services des centres d'accueil d'hébergement et des CHSP

M. Paradis: Au niveau des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée, on passe d'un budget de 839 000 000 \$ à un budget de 898 000 000 \$. Je vais tenter de formuler ma question le plus brièvement possible, mais en la plaçant dans son contexte.

On se rend de plus en plus compte que, dans les centres hospitaliers de courte durée, des lits sont occupés par des personnes qui deviennent des cas de plus en plus lourds et qui se transforment en personnes à qui on applique des soins prolongés, finalement. Après avoir inventorié la situation, M. le ministre, est-ce que vous pensez qu'une augmentation aussi minime du budget à ce point permettra de dégager des lits suffisants en centres d'accueil d'hébergement et dans les centres hospitaliers de soins de longue durée pour permettre de dégager les hôpitaux de soins aigus?

M. Laurin: Dans votre question, vous mettez ensemble les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins prolongés. Je pense que, dans les crédits, ils ne sont pas ensemble. Donc, je pense qu'il y a là une distinction à faire.

En fait, nous avons actuellement 472 établissements qu'on peut appeler centres d'accueil d'hébergement pour un grand total, au 29 février - parce que c'est une année bissextile, 1984 - de 36 766 places. Je rappelle que depuis sept ans nous avons construit plus de 7000 places d'hébergement. En effet, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on constate le vieillissement progressif de la population et la nécessité qu'il y a de procurer à cette population vieillissante des facilités d'accueil et des facilités de soins, des facilités d'hébergement accrues.

On a dû effectuer un très gros rattrapage au cours des sept dernières années, ce dont témoigne bien cette augmentation de 7000 places. Quand on pense qu'une place coûte à peu près 18 000 \$ par année, en multipliant 7000 places par 18 000 \$, vous voyez l'effort budgétaire extraordinaire que le gouvernement a dû consentir, non seulement pour construire ces

centres d'accueil dont chacun coûte environ 2 000 000 \$ mais également pour les faire fonctionner et ceci malgré la période de compression, de contraintes budgétaires que nous avons connue au cours des quatre dernières années.

Cela veut dire qu'il y a une moyenne de construction d'à peu près 1000 places d'hébergement par année et il ne prend guère de temps avant que les budgets de fonctionnement se substituent aux budgets de construction. C'est là un très gros effort. Est-ce que c'est suffisant? Est-ce qu'il faudrait construire d'autres centres d'accueil d'hébergement? On pourrait le penser et la question du député de Brome-Missisquoi nous y ramène puisque, effectivement, on se rend compte que dans beaucoup de centres hospitaliers de courte durée un certain nombre de lits, et parfois beaucoup plus que moins, sont occupés par des patients de longue durée. C'est vrai à peu près pour toutes les régions.

Je ne crois pas personnellement que la solution soit simplement de multiplier les centres d'accueil d'hébergement ou les centres hospitaliers de longue durée. Je pense qu'il va falloir penser à d'autres formules pour régler les multiples problèmes avec lesquels nous sommes confrontés. D'abord, l'augmentation du vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies au fur et à mesure que les personnes vieillissent. On sait que la vieillesse, sans être une maladie, expose à des maladies beaucoup plus fréquentes et plus répétées, plus complexes, plus graves.

Je ne crois pas cependant que la solution soit simplement d'augmenter le nombre de places en centres d'accueil d'hébergement ou en centres hospitaliers de longue durée. Je pense qu'il faut se tourner vers d'autres solutions et ces solutions, on les applique depuis cinq ou six ans.

Par exemple, je rappelle au député de Brome-Missisquoi qu'en 1975, pour entrer dans un centre d'accueil, il suffisait de demander un certificat de santé. La conclusion est donc qu'il fallait être en santé pour entrer dans un centre d'accueil. La politique est maintenant complètement changée. Les centres d'accueil sont maintenant réservés à des personnes âgées en perte d'autonomie prononcée, ce qu'on appelle les A-3 ou les A-4. Il y a même des centres d'accueil qui ne reçoivent que des patients A-4, c'est-à-dire que le centre d'accueil d'hébergement est un établissement de bout de ligne. La politique est maintenant de tout faire en sorte pour maintenir la personne âgée le plus longtemps possible dans son milieu naturel. C'est plus facile à dire qu'à faire. Pour le faire, il faut mettre ensemble toute une gamme de mesures. Par exemple, maintenir à domicile le plus grand nombre de personnes âgées possible.

Comment? En fournissant à ces personnes âgées qui continuent à demeurer dans des loyers ordinaires soit des services familiaux ou des services ménagers, par exemple, aide au grand ménage, aide à la réparation, aide à l'entretien, aide à l'alimentation aussi: repas chauds le plus souvent possible.

Il faut aussi procurer à ces personnes âgées dans leur logement des services médicaux, ou sociaux, ou sociomédicaux les plus nombreux possible, que ce soit des services de pansements, des services de nursing, des services médicaux également, afin de leur procurer sur place ce que, autrement, ils vont être obligés d'aller demander aux centres d'accueil ou aux hôpitaux et même, ce qui va les obliger, en raison de l'insécurité propre à cet âge, à demander des places dans des centres d'hébergement. Donc, des services à domicile beaucoup mieux pourvus qu'auparavant.

Nous sommes avancés dans cette direction puisqu'en 1984-1985 nous dépenserons 84 000 000 \$ pour les services à domicile, ce qui est une augmentation de près de 300% par rapport à ce que nous dépensions il y a six ans ou sept ans. C'est donc là une première formule.

La deuxième formule, c'est de permettre la construction de loyers modiques pour les personnes âgées, en fournissant à ces personnes âgées dans les HLM des services identiques à ceux que je viens de décrire mais aussi peut-être une surveillance, une assistance, sous forme de famille d'accueil qu'on pourrait intégrer dans les appartements à loyer modique ou encore des appartements supervisés, ou encore des familles d'accueil, toutes des ressources alternatives qui coûtent moins cher mais qui répondent aux besoins de ces personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans le milieu naturel afin de garder leurs racines sociales, leurs racines communautaires, de continuer à être insérées dans leur milieu naturel avec toute la satisfaction que cela procure. C'est là une deuxième série de mesures.

Une troisième série de mesures, c'est de faire en sorte que les soins hospitaliers de courte durée puissent, au besoin, procurer aux personnes âgées les services plus spécialisés dont ils ont besoin. Cela demande un service de transport, parfois, pour aider ces personnes âgées à se rendre à l'hôpital. Cela demande aussi probablement - nous avons commencé à le faire cette année - l'instauration dans plusieurs centres hospitaliers de courte durée d'unités gériatriques actives, c'est-à-dire où on admet les personnes âgées, où on les traite immédiatement. Bien souvent on prend pour des syndromes chroniques susceptibles d'un hébergement continu des symptômes qui peuvent être facilement réduits ou résolus par une action médicale ou sociale

immédiate appropriée. Le rendement de nos quelques unités gériatriques montre que c'est une direction extrêmement valable et que nous devons augmenter dans les années à venir.

Une autre solution est d'instaurer dans nos centres d'accueil et dans nos centres hospitaliers également ce qu'on appelle des centres de jour qui s'occupent d'activités préventives et d'activités thérapeutiques. On donne des conseils, par exemple, aux personnes âgées sur leur alimentation et sur le logement. On leur donne de la physiothérapie, des exercices. On fait de l'animation pour les loisirs. On fait le lien avec les organismes communautaires de plus en plus nombreux qui s'occupent des personnes âgées, qu'il s'agisse des clubs d'âge d'or ou de tous les autres organismes. En somme, on privilégie le maintien dans la communauté par une amélioration de la qualité de la vie que peut procurer un centre de jour assez facilement. Actuellement, nous avons 76 centres de jour au Québec. On les multiplie d'année en année et je pense qu'il faudra continuer dans cette direction.

Il faut aussi que nos centres d'accueil puissent recevoir la clientèle appropriée. On ne peut y arriver que par de meilleurs mécanismes d'admission. Vous savez qu'il y a à peine quelques années chaque centre d'accueil avait sa politique d'admission et souvent les critères étaient flous et vagues. Les admissions étaient censées être planifiées et coordonnées par les centres de services sociaux mais, une fois le travail fait, il était à recommencer parce que chaque centre d'accueil avait aussi sa politique d'admission. Il y avait une anarchie, un empirisme qui se traduisait par ou bien de l'arbitraire ou un mauvais rendement au sens administratif du terme. Nous avons donc révisé du tout au tout les mécanismes d'admission, avec l'aide des CRSSS d'ailleurs, dans plusieurs régions du Québec. Nous avons mis en place des comités sous-régionaux d'admission où sont représentés les CSS, les centres d'accueil d'hébergement, les centres d'accueil de longue durée et les centres d'accueil de courte durée. Toutes les demandes sont examinées par ce sous-comité régional d'admission. On essaie de tenir compte de la situation globale du patient, de tous ses besoins, de la possibilité qu'il y a de le maintenir en milieu naturel en lui offrant les services que je viens de mentionner: soins à domicile, service alimentaire, centre de jour et ainsi de suite.

En somme, on peut maintenant dire que les demandes sont évaluées d'une façon beaucoup plus rigoureuse, beaucoup plus scientifique et beaucoup plus humaine qu'auparavant. On maintient dans leur milieu naturel beaucoup plus de patients qui, auparavant, étaient accueillis en centres d'hébergement. Ceux qu'on accueille dans les

unités gériatriques, dans les centres d'accueil ou dans les CHSP le sont d'une façon décidée par ces sous-comités régionaux d'admission. En somme, le centre d'accueil ne peut plus aller à l'encontre des décisions prises par ce sous-comité. On peut être sûr maintenant que les admissions se font d'une façon beaucoup plus appropriée.

Nous pensons qu'en mettant ensemble cette gamme de procédures, de mécanismes, de moyens, d'outils, de mesures, d'établissements, on peut arriver à ne pas augmenter plus que de raison le nombre de places en centres d'accueil ou en centres hospitaliers de soins prolongés.

Lorsque cette philosophie sera incarnée davantage dans les faits cette année, l'an prochain, dans deux ou trois ans, on se rendra compte que, d'une part, il n'est pas nécessaire d'augmenter aussi rapidement qu'on l'a fait jusqu'ici le nombre de places; deuxièmement, qu'il sera possible d'orienter vers les centres d'accueil et les CHSP un bon nombre de ces patients qui actuellement occupent les lits de courte durée. De cette façon indirecte, on va augmenter la capacité d'accueil des centres hospitaliers de courte durée pour les maladies qui sont vraiment justifiables d'être traitées dans les centres hospitaliers de courte durée. Il est difficile d'aborder un problème comme celui que soulève le député de Brome-Missisquoi d'une façon isolée. Je pense qu'à toutes les fois qu'on touche à ce problème, que ce soit celui des urgences, que ce soit celui de l'occupation des lits de courte durée par les soins prolongés, on est obligé de remettre en question tout le dispositif, toute la philosophie des soins, toutes les orientations et les objectifs qu'un système de santé et de services sociaux peut se donner.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: M. le ministre, on était conscient de tous les programmes que vous nous avez énumérés. On peut même vous dire que ce programme s'applique à une clientèle nouvelle, une clientèle que, avant de faire entrer dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier de soins prolongés, on tente le plus possible de conserver à domicile, etc. et on est d'accord avec une telle orientation. Mais il y a des problèmes pratiques qui se posent au moment où on se parle et je tente de trouver dans les crédits que vous tentez de défendre - mais, comme on l'a dit, ils ne sont pas vos crédits - quelle solution pratique vous avez pour le moment pour le centre hospitalier dont un trop fort pourcentage de lits - comme vous l'avez vous-même mentionné - sont occupés par des patients qui deviennent des patients de soins prolongés. Quelle solution pratique sur le plan budgétaire on a pour les centres

d'accueil qui, peut-être en 1975, ont permis à des cas plus légers de s'installer en centres d'accueil mais qui, aujourd'hui, reçoivent comme vous le mentionnez des A-4 et des A-5? La clientèle de 1975 avec le vieillissement est alourdie. La clientèle des A-4 et des A-5 est une clientèle qui est beaucoup plus lourde. Lorsqu'on parle d'une clientèle beaucoup plus lourde on s'attend que cela coûte plus cher en ressources de toutes sortes, cela coûte plus cher en crédits, finalement. On ne retrouve justement pas, ni au niveau des centres d'accueil et d'hébergement, ni dans les centres hospitaliers, ces crédits. Est-ce que le ministère que vous dirigez a des statistiques sur les coûts d'utilisation ou d'occupation d'un lit en centre hospitalier de courte durée par les personnes de soins prolongés, versus une occupation d'un lit dans un centre d'accueil d'hébergement ou un centre hospitalier de soins prolongés? Est-ce qu'il n'y aurait pas des économies à réaliser à cet endroit? Malgré tous les programmes que vous nous avez récités, est-ce que, dans nos centres d'accueil, dans nos centres hospitaliers de soins prolongés, on a créé de la place justement dans la roue que vous avez décrite pour libérer nos centres hospitaliers de courte durée, pour permettre aux urgences de mieux fonctionner et pour permettre également à des gens qui attendent des interventions chirurgicales de toutes natures sur les listes électives de ne pas attendre un an ou un an et demi, deux ans dans certains cas, avant d'être appelés? Est-ce qu'il y a quelque chose dans ces crédits qui prévoit tout cela? Ce dont vous nous parlez, c'est d'une orientation future du ministère, l'implantation de centres de jour, etc. C'est bien, cela, mais là, on a fait face à un problème qui est criant et dont sont victimes plusieurs personnes dans la population. Est-ce qu'on ne pourrait pas réaliser des économies sur le plan budgétaire en libérant nos lits de courte durée qui coûtent très cher par jour, versus un lit de soins prolongés? Est-ce que vous avez anticipé quelque part, posé une action, si minime soit elle, dans ce domaine? Où retrouve-t-on cette action, si vous avez l'intention de la poser, dans les crédits qu'on a devant nous? L'exploitation des centres d'accueil et d'hébergement: 357 000 000 \$ l'an passé, 378 000 000 \$ cette année, une augmentation de 20 000 000 \$. Les cas s'alourdissent, cela prend toute l'augmentation. Les centres hospitaliers de soins de longue durée: 406 000 000 \$, 439 000 000 \$: 30 000 000 \$ d'augmentation. Est-ce qu'il y a quelque chose dans cela pour régler ce problème? C'est ce que je veux savoir.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Un instant, M. le ministre.

M. Laurin: Il ne s'agit pas du tout... Oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Avant de vous céder la parole, j'aimerais rappeler que la façon dont nous devons calculer le temps, compte tenu des limites de temps que nous avons, c'est le temps des questions et des réponses qui est attribué à chaque député. On est déjà rendu dans le cas présent à 19 minutes; peut-être pouvez-vous essayer que la réponse soit brève. Merci.

M. Laurin: Il ne s'agit pas d'une politique que nous allons appliquer à l'avenir puisque j'ai déjà dit qu'on a augmenté de 7000 places au cours des sept dernières années la capacité des centres d'accueil, qu'on a augmenté à 84 000 000 \$ les soins à domicile. Ce sont des mesures qu'on applique actuellement. Mais, pour répondre d'une façon plus spécifique à la question du député de Brome-Missisquoi, oui, il y a déjà des choses qui sont faites. D'abord, il y a un bon nombre de nos centres d'accueil qui contiennent maintenant ce qu'on appelle les unités spécifiques où nous acceptons des patients qui, auparavant, se seraient retrouvés dans des hôpitaux généraux de courte durée, où l'on accepte, par exemple, des pathologies très sévères, des syndromes cérébro-organiques. Je ne connais pas le nombre de places, mais cette année il doit sûrement y en avoir une centaine de nouveaux cas que nous avons admis. (10 h 45)

En plus, dans les crédits de développement, vous voyez un budget additionnel de 13 500 000 \$ annualisé à 27 000 000 \$ - l'an prochain, ce sera 27 000 000 \$ - pour l'alourdissement des clientèles, qui tient compte justement du fait que, dans nos centres d'accueil, on accepte maintenant des patients dont la perte d'autonomie confine à l'invalidité. Et les crédits pour ces unités spécifiques, comme pour l'alourdissement des clientèles, comme pour quelques unités de psychogériatrie, sont très importants. Par ailleurs, les chiffres que vous avez mentionnés montrent quand même qu'il y a eu un effort sérieux. S'il y a eu une augmentation de 30 000 000 \$ dans les budgets de CHLD et de 20 000 000 \$ dans les budgets de centres d'accueil, 50 000 000 \$, c'est un effort considérable; quand on le traduit par nombre de patients, par alourdissement de cas de patients, ce sont des sommes considérables. Si l'on met ensemble toutes ces sommes, les crédits additionnels, avec l'augmentation normale du budget, je pense que cela témoigne justement de la nouvelle direction que nous prenons. Mais M. Deschênes semble avoir quelque chose à ajouter, Mme la Présidente.

M. Deschênes: Je pense qu'en termes

de statistiques il y a lieu de rappeler que, concernant l'augmentation des lits sur la période à laquelle on faisait référence, des lits d'hébergement, j'entends, de 1976 à 1984 il y a eu une augmentation des lits de 38,7% alors que la population, durant cette période, s'est accrue de 27%. C'est donc un gain net en termes de situation de disponibilité de lits pour les personnes âgées. Ce qui est caractéristique, comme le disait le ministre plus tôt, c'est que l'avenir est axé sur une politique beaucoup plus diversifiée qui comprend encore, d'ailleurs, des ouvertures de lits. À ce sujet, je voudrais mentionner qu'en 1984-1985 il y a en cours de réalisation, surtout dans la région métropolitaine, quelque 800 places qui vont s'ajouter au réseau de lits d'hébergement et, si l'on prolonge jusqu'en 1986-1987, il y a 1200 lits qui sont en construction actuellement aux fins d'hébergement, plus de 80% situés dans la région métropolitaine où il y a une plus grande concentration de personnes âgées. Je pense que ce sont les données avec lesquelles on travaille et c'est un volet.

Il serait intéressant de souligner à la commission qu'à Montréal nous considérons qu'il y a un gain possible de quelque 500 places en améliorant le taux d'occupation, en particulier dans les centres hospitaliers de soins prolongés qui pourraient gagner quelque 3% ou 4% d'occupation et cela représente 500 places. Ceci peut se faire par une meilleure coordination des admissions ou des demandes d'admission en hébergement et soins prolongés. On a vécu l'expérience dans la région de Québec avec le système qu'on a appelé PECA, dans la région 03; l'effet, c'est qu'en quelque deux ans, la liste d'attente des personnes pour hébergement dans la région de Québec est passée de 1200 à moins de 300 personnes. Et la durée d'attente des gens pour être hébergés est passée de deux ou trois ans à six mois et demi maintenant, avec un système plus intégré au niveau régional. Nous nous attendons que Montréal arrive à des résultats semblables. On a mis en place, on est en train de roder des mécanismes semblables.

J'ajouterais que la situation par rapport à 1979... Si l'on regarde les cinq dernières années, il y avait en 1979 dans les hôpitaux de courte durée 760 lits de soins prolongés ou d'hébergement au-dessus des permis de courte durée. Actuellement, en 1984, c'est 259 lits. La situation s'est donc aussi améliorée dans les hôpitaux de courte durée à Montréal sur cette question. Nous pensons d'ailleurs l'améliorer davantage avec, non seulement une meilleure utilisation des places disponibles, non seulement les constructions en cours qui vont se terminer mais aussi la rationalisation des vocations sur le territoire de Montréal métropolitain, nous rendant compte que l'engorgement des hôpitaux de

courte durée est particulièrement marqué dans les hôpitaux en périphérie, d'où le projet de rationaliser Sainte-Jeanne d'Arc et Reddy Memorial pour une vocation de soins prolongés; et, comme vous le savez, ce dossier est sub judice devant la cour.

En fait, voilà des efforts d'une part et, d'autre part, déjà des résultats, sans compter des choses en marche qui, à mon avis, vont donner des résultats fort intéressants.

Quant aux crédits au-delà de ce que le ministre a fait état quant à l'alourdissement - dans notre jargon un peu technocratique, on l'appelle l'alourdissement de la clientèle - il y a les activités concrètes de développement dont 10 000 000 \$ en services à domicile qui sont justement pour accélérer et faciliter soit le fait d'éviter l'institutionnalisation ou celui de favoriser la sortie de l'institution. Dans les deux cas, c'est aussi une façon de faire le lien entre le développement des services à domicile et l'hébergement, ce qui m'apparaît une relation évidente, puisque nous sommes de plus en plus convaincus qu'il y a deux piliers de notre politique à cet égard: d'une part, axer l'avenir sur le maintien au maximum dans le milieu naturel de vie, deuxièmement, favoriser par toutes les méthodes possibles la coordination et l'intégration des ressources pour tirer plus d'effets de ces ressources.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Rivière-du-Loup.

M. Boucher: Merci, Mme la Présidente. Simplement un commentaire et en même temps une question. Il existe actuellement dans certaines régions - évidemment, je prends ma région comme exemple - des CHSP qui ont, à l'intérieur, des lits de centres d'accueil, des lits d'hébergement. Compte tenu du vieillissement de la clientèle, compte tenu des CH, des centres d'accueil pour des gens qui deviennent chroniques et qui ne peuvent pas obtenir de lits pour chroniques dans ces centres d'accueil, est-ce qu'il y aurait possibilité de songer que les lits de centres d'accueil qui sont dans les CHSP actuellement puissent être transformés le plus rapidement possible en lits de CHSP? Je prends comme exemple des hôpitaux comme Saint-Joseph de Rivière-du-Loup qui est un CHSP à l'intérieur duquel on a encore de 25 à 30 lits de centres d'accueil et qui font que les centres d'accueil qui ont des malades chroniques ne peuvent pas obtenir de lits pour envoyer cette clientèle dans les CHSP.

Il m'apparaît qu'en transformant ces lits en lits de CHSP on aurait un coût moindre étant donné que déjà il y a des lits qui sont payés au barème des CA dans les CHSP et qui pourraient être transformés facilement en lits de CHSP tout simplement, ce qui permettrait de "désalourdir" un peu la

clientèle des CA actuellement qui, même s'ils reçoivent des A-4... Imaginez-vous que de A-4 à chroniques, il n'y a pas une grosse marge! Ils sont pris avec cette clientèle et en même temps cela dégagerait les hôpitaux généraux de certains surplus de lits qui dépassent leurs permis et cela permettrait de répartir la clientèle également dans un territoire donné. Je le vois sur le plan régional comme un problème qui actuellement serait facile à régler si on mettait un peu de temps pour le faire.

D'autre part, le développement des familles d'accueil par les CSS pour amener des gens à s'intéresser à construire même des établissements qui permettent d'accueillir au moins neuf personnes, étant donné qu'elles doivent demeurer famille d'accueil, je pense que cette initiative devrait être encouragée plus qu'elle l'a été dans le passé par les CSS pour permettre de dégager un certain nombre de personnes qui sont à domicile actuellement et qui attendent des lits d'hébergement tout simplement parce qu'elles n'ont pas, dans les régions éloignées, des facilités qu'on retrouve dans les villes, dans les agglomérations urbaines. Tout cela pour dire qu'il y aurait peut-être certains ajustements à faire qui permettraient, dans nos régions, de pouvoir faciliter l'accès des personnes âgées soit à des lits d'hébergement, soit encore à des lits de soins prolongés.

J'ignore encore si les normes qui existaient au ministère il y a quelques années, à savoir que les régions qui ont dépassé 6 lits par 100 personnes âgées, ne peuvent pas bénéficier de l'implantation d'un centre d'accueil... Il faudrait peut-être regarder aussi la configuration de certaines régions comme celle de Québec, où en région périphérique, par exemple, dans le Bas-Saint-Laurent, à Rivière-du-Loup, la carence de lits n'est pas évaluée au niveau de la sous-région mais au niveau de la région de Québec, alors qu'on sait que la concentration des centres d'accueil a surtout été faite dans la Beauce et dans la région de Québec. Dans la région du Bas-Saint-Laurent, on doit maintenir un certain nombre de lits étant donné qu'on a dépassé le nombre de 6 lits par 100 personnes âgées pour la région de Québec.

Je demanderais au ministre s'il y a une possibilité de corriger cette adéquation par rapport à d'autres régions et si la politique de 6 lits par 100 personnes âgées demeurera toujours, même si on regarde les besoins à l'échelle d'une région.

M. Laurin: Comme votre question l'indique, la ligne de démarcation entre les centres d'accueil d'hébergement tels que nous les concevons maintenant, c'est-à-dire devant accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie de plus en plus grande, d'une

part, et les centres hospitaliers de soins prolongés d'autre part, est de plus en plus mince, d'abord parce que, encore une fois, on alourdit les clientèles par des centres d'accueil. Deuxièmement, on crée dans les centres d'accueil des unités spécifiques qui accueillent des personnes, pas toujours âgées, d'ailleurs, qui sont affectées de syndromes très graves, lesquels amènent une invalidité quasi permanente. Nous acceptons donc ces personnes de plus en plus dans les centres d'accueil. Auparavant, elles allaient dans des centres d'accueil à soins prolongés.

Dans les CHSP, c'est une clientèle qui a encore certaines caractéristiques particulières, mais il y a de plus en plus de chevauchement entre les caractéristiques des clientèles. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'on considère, nous au ministère, les centres d'accueil d'hébergement et les CHLD - centres hospitaliers de longue durée - dans le même programme. Il y a vraiment des vases communicants entre ces deux types d'établissement de plus en plus nombreux, de plus en plus marqués.

Ceci amène comme conséquence que les CRSSS, aussi bien que le ministère, devront maintenant établir leur planification et leur programmation en tenant compte de cette évolution qui fait que les centres d'accueil d'hébergement vont ressembler de plus en plus à des centres hospitaliers de longue durée.

Il faudra aussi que les CRSSS tiennent de plus en plus compte, c'est d'ailleurs pour cela qu'ils sont là, des caractéristiques non seulement régionales mais sous-régionales. Dans presque toutes les régions, on voit que l'histoire, la tradition et l'évolution ont fait en sorte que certains coins ont été plus développés que d'autres. Il faudra, par souci de justice à l'endroit des populations, rétablir un meilleur équilibre, une meilleure équité intrarégionale entre les programmes, entre les secteurs. C'est là un des mandats que nous donnons au ministère, aux CRSSS, pour qu'ils procèdent à cette planification et cette programmation qui collent davantage aux réalités de chacun des secteurs géographiques sous-régionaux et même "sous-sous-régionaux".

C'est là aussi une politique dont les CRSSS sont bien conscients et, même si les résultats ne sont pas encore bien évidents, la politique ayant été mise en vigueur il y a deux ans, de plus en plus on assiste à des rééquilibrages, des rétablissements d'équités dont tiennent compte aussi bien nos budgets d'immobilisation pour la construction, pour l'agrandissement que ceux pour la fourniture de services de ressources plus légères, comme celles des services à domicile.

En ce qui concerne votre sous-région, je préférerais demander à Mme Vaillant d'ajouter des renseignements qui répondront au caractère plus spécifique de votre

question, ou à M. Deschênes.

M. Deschênes: Justement, dans la question spécifique concernant Rivière-du-Loup, il y a un taux de réponse à l'hébergement. Il y a 6,64 places par 100 personnes âgées dans la région. Si on prend l'ensemble, centre d'accueil d'hébergement et centre hospitalier de soins de longue durée, il y en a 11,85. Voilà une réponse technique mais qui est loin d'être satisfaisante pour le député, je pense.

M. Boucher: Il s'agit de la région de Québec au complet.
(11 heures)

M. Deschênes: Non, le DSC de Rivière-du-Loup. Je voudrais vous donner quelques informations sur la façon dont on définit les normes et dire où nous en sommes sur cette question, car la norme de 6% est, pour nous, sous un moratoire. Nous nous sommes rendu compte d'abord que cette norme ne s'applique pas par régions, les régions étant des ensembles beaucoup trop grands, mais par zones de DSC. On ne peut pas facilement considérer qu'un lit disponible à Québec soit vraiment disponible pour quelqu'un qui demeurerait dans la région de l'amiante ou dans la Beauce, par exemple.

Alors, nous avons intégré plus de souplesse et nous avons 32 sous-régions, en quelque sorte, les zones de DSC, plutôt qu'une base régionale. Ce n'est donc pas non plus 6%. Cette norme est en révision, car la prévision démographique nous fait voir le besoin d'hébergement, particulièrement chez les personnes de 75 ans et plus; c'est là qu'on voit véritablement l'utilisation statistique des institutions. Il y a une forte différence entre 65 ans et 75 ans et nous distinguons maintenant... Des travaux se termineront là-dessus d'ici à quelques semaines et nous devrions avoir un certain consensus au niveau administratif, pour avoir assoupli en quelque sorte la définition de la norme sur la base du territoire et considérant l'âge, parce que l'âge est un facteur très important à l'égard de l'institution. Nous constatons que la courbe démographique change puisque, parmi les 65 ans et plus, la tranche des plus de 75 ans devient plus importante statistiquement. Donc, il nous faut prendre cette prévision en considération.

En termes de souplesse, c'est la raison même pour laquelle nous avons intégré, dans un même programme, le programme dont on discute maintenant, les centres d'accueil et d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée. À la suite d'études sur les bénéficiaires, sur le type de soins ou l'état de santé des bénéficiaires dans les centres d'accueil et d'hébergement et de soins prolongés, nous nous sommes rendu compte que, bien qu'il n'y ait pas une similitude, pour une partie assez importante

de la population hébergée il y a similitude, et nous avons intégré dans un même programme budgétaire, bien que dans deux éléments distincts, l'hébergement et les soins prolongés pour avoir une souplesse d'adaptation au fur et à mesure entre ces deux types de population et ces deux types d'établissements.

Autrement, vous le savez, le vote des crédits est une chose assez hermétique d'un programme à l'autre et nous sommes obligés d'apporter des ajustements une fois par année, si possible, et si nous sommes prêts à temps. Pour les fins de souplesse, nous avons aussi - je parlais d'intégration tantôt - même au niveau structurel, je dirais, du gouvernement, une structure budgétaire intégrée pour faciliter les études comparatives entre ces deux sous-réseaux de l'hébergement et des soins prolongés.

Je voudrais ajouter qu'au-delà des crédits cette approche est soutenue; par exemple, nous avons constaté ce que le député décrivait tantôt ou ce que l'on appelle l'alourdissement des clientèles. On se souviendra qu'à la commission parlementaire il y avait un consensus général sur le besoin de mieux structurer l'activité médicale et pharmaceutique à l'intérieur des centres d'accueil et d'hébergement. Dans les projets de règlement, il y a eu, à ce moment, un consensus disant que, oui, il fallait mieux organiser cette pratique à l'intérieur des centres d'accueil et d'hébergement, les clientèles se ressemblant.

Au-delà des crédits, dans les normes d'organisation, le ministère voit à l'adaptation, en quelque sorte, du réseau des établissements et de sa réglementation, pour tenir compte des changements de ce type. J'ajouterais en outre que, dans le cas des centres d'accueil et d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée, un accord de principe est intervenu avec la Fédération des médecins omnipraticiens, en août dernier, pour reconnaître que la rémunération à l'acte était inappropriée dans ces types d'établissement. En conséquence, il y a un projet sur lequel nous sommes à la veille de commencer un travail concret; il y a une entente à finaliser - il ne faut pas vendre la peau de l'ours avant de l'avoir tué - mais, dans une trentaine de centres d'accueil et d'hébergement et de centres hospitaliers de soins de longue durée, conjointement le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens s'entendent pour modifier le mode de rémunération afin qu'il soit sur un mode de vacation et pour intégrer, à ce moment, l'activité médicale et médico-institutionnelle de la part du médecin, de sorte qu'elle soit reconnue et qu'il n'y ait pas une contradiction entre, d'une part, une attention, une certaine lenteur et une délicatesse qu'il faut avoir à l'égard de ces populations et, d'autre part,

une espèce d'impératif économique sous-jacent à la structure de rémunération à l'acte.

C'est aussi un mode d'adaptation particulier qui n'est plus de la réglementation ou des crédits, mais qui illustre l'adaptation progressive du réseau à ces besoins changeants de la population.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):

J'aimerais demander au ministre où il en est dans son plan d'adaptation physique des CA qui doivent maintenant prendre charge de clientèles plus lourdes. Est-ce que vous avez un plan de développement pour l'année 1984-1985? Pourrait-il être déposé? Est-ce qu'on pourrait nous indiquer non seulement les noms des centres d'accueil, mais aussi les régions?

M. Laurin: Je demanderais à M. Deschênes de répondre à cette question.

M. Deschênes: Les crédits disponibles pour l'hébergement sont de 13 500 000 \$ cette année, mais la décision doit se prendre en ayant à l'esprit que c'est 27 000 000 \$ sur une base annualisée. Nous avons eu des consultations avec les conseils régionaux. Nous sommes présentement en consultation sur l'utilisation et la répartition de ces enveloppes entre les différents établissements. Nous n'avons pas une liste fermée préétablie. Nous avons des indications sur certains besoins plus accrus à des endroits qu'à d'autres. Nous sommes à finaliser la répartition de cette somme avec les conseils régionaux.

J'ajouterais aussi un problème qui complique la répartition. Nous n'avons pas partout un vocabulaire standardisé à cet égard. Il y a donc des établissements qui n'utilisent pas tout à fait la nomenclature des A-3, A-4, de sorte que, si on veut comparer... Pour une piastre, c'est une piastre, il n'y a pas de confusion, tout le monde sait de quoi il s'agit, mais à quoi cela sert-il? Il faut évaluer la clientèle et le mode d'évaluation des bénéficiaires, il y a des milieux qui ne l'acceptent pas intégralement parce qu'ils avaient des systèmes locaux. Cette transformation qui se fait progressivement n'est pas faite partout. Dans la répartition des sommes d'argent disponibles, nous avons des problèmes de raffinement, de compréhension. Là-dessus, les conseils régionaux nous donnent un fier coup de main puisque eux connaissent mieux les variantes locales.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que le sous-ministre pourrait nous dire si les 13 000 000 \$ annualisés à 27 000 000 \$ doivent s'appliquer à des transformations physiques ou à l'ajout de personnel et de quelle façon se fait la distribution?

M. Deschênes: Il n'y a pas de distribution. C'est essentiellement pour un budget de fonctionnement, c'est-à-dire, non pas pour des immobilisations, ce qui est une tout autre chose, mais bien pour du fonctionnement. Donc, des dépenses salariales ou des dépenses non salariales parce qu'il y a des choses qu'il faut acheter à l'occasion. C'est donc du fonctionnement et non de l'immobilisation.

M. Laurin: Cela devrait procurer de l'emploi à 1000 ou 1500 personnes additionnelles dans ces centres d'accueil.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce que j'aimerais savoir... Il s'agissait là d'un programme extrêmement grave, soit le sous-équipement, si je puis dire, au plan du personnel dans les centres d'accueil, lesquels, comparativement aux hôpitaux de soins prolongés, étaient très pauvres. Et cela, non seulement au plan de personnel infirmier, mais aussi au plan d'autres ressources en personnel.

Évidemment, 27 000 000 \$ annuellement, cela semble être beaucoup. J'aurais aimé savoir concrètement... On parle aussi de 1000 personnes ajoutées. Si vous avez 600 centres d'accueil... Combien en avez-vous, des centres d'accueil d'hébergement pour les personnes âgées? Si après vous faites la division, c'était de 20% de carence en soins infirmiers dont on parlait dans les centres d'accueil.

M. Laurin: M. Deschênes. Mme Vaillant.

Mme Vaillant (Jeanne d'Arc): Disons que, dans un premier temps, il y a toute la question des 13 500 000 \$ qui sont pour l'alourdissement de la clientèle et qui vont créer de 1000 à 1500 postes qui seront distribués dans les centres d'accueil. On a au total 472 centres d'accueil d'hébergement, dont 303 qui sont des centres d'accueil d'hébergement publics qui détaillent en privé, autofinancés, conventionnés et le reste.

Donc, la répartition des 13 000 000 \$ ou des 27 000 000 \$ annualisés est effectivement pour augmenter le niveau de soins dans chacun des centres d'accueil d'hébergement où il y a des manques, si vous voulez, compte tenu de l'alourdissement des clientèles.

Il y a ce volet mais il y a aussi et, cela, c'est du personnel et des services, une augmentation en termes de services. Il y a aussi un autre volet que comporte votre question, c'est toute la question des immobilisations. La construction des centres d'accueil de 1975 répondait à un autre type de clientèle que celle qu'on retrouve actuellement. Des détails aussi simples que passer une civière...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ne donnez pas de détail. Pourriez-vous répondre directement parce qu'on a tellement peu de temps?

Mme Vaillant: D'accord. Donc, on a pour 1984-1985 - et j'ai ici le détail - des projets d'immobilisation qui tiennent compte de cela. On va essayer au niveau des rénovations fonctionnelles de la vétusté d'adapter les locaux ou les immeubles que nous avons actuellement et de faire en sorte que les centres d'accueil d'hébergement physiquement soient rénovés, compte tenu...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Avez-vous un plan pour l'ensemble des centres d'accueil qui devront éventuellement être rénovés et subir des transformations physiques pour répondre aux besoins de la clientèle?

Mme Vaillant: On a un plan triennal. J'ai quelque chose pour 1984-1985.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous pourrez nous le remettre.

Mme Vaillant: Il y a un plan directeur national.

M. Deschênes: Je pense que, pour l'année 1984-1985, c'est une liste fermée. Effectivement, c'est le dossier d'immobilisation...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est la première question que j'avais posée tout à l'heure.

M. Deschênes: Il y a une liste fermée pour 1984-1985. D'autre part, nous avons désormais une approche en matière d'immobilisation qui est aussi intégrée; on va intégrer à la fois sécurité, vétusté, rénovations fonctionnelles et certaines augmentations de capacité là où c'est requis à la fois au plan social et pour la santé. Nous sommes à finaliser le programme triennal à partir de l'input des conseils régionaux qui sont impliqués, il faudra s'en souvenir, dans les immobilisations, puisqu'ils en décident, puisqu'ils en financent. Alors, il y a un plan directeur national des immobilisations qui jouera sur trois ans et qui est en instance d'être finalisé au sein du ministère. C'est, à ce moment, pour une période de trois ans postérieure à 1984-1985. Donc, c'est 1985-1988.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce qu'on peut vous demander de déposer la liste fermée pour 1984-1985?

M. Deschênes: Oui, c'est une liste qui peut être déposée. Elle est arrêtée.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon, merci. Je vous ferai remarquer - c'est évidemment une amélioration par rapport à l'an dernier - que, quand on divise vos 472 centres d'accueil par X millions, les 13 ou 27 selon qu'on le considère sur une demi-année ou sur une année, cela représente 57 000 \$ par centre d'accueil. Évidemment, ce ne seront pas nécessairement tous les centres d'accueil qui recevront 57 000 \$, j'imagine, mais c'est quand même un début. Je pense qu'on est encore loin des représentations qui ont été faites. Une question plus précise: J'aimerais demander ce qu'on fait dans les centres d'accueil - c'est une question que j'ai posée l'an dernier, cela rejoint une préoccupation que le ministre doit avoir au sujet d'une autre grande institution présentement - sur la qualité de vie dans les centres d'accueil. C'est très inégal d'un centre d'accueil à l'autre. Évidemment, tout le monde est un peu soulagé quand on veut placer quelqu'un en centre d'accueil et que, finalement, on le place. Le problème est résolu momentanément. Je pense qu'au-delà de cela il y a des préoccupations qui doivent rejoindre la qualité de vie des gens qui sont à l'intérieur des centres d'accueil. Le sous-ministre a parlé tout à l'heure de certaines mesures qui sont prises du point de vue de l'utilisation des médicaments. Il semble qu'on aurait des règles un peu plus fermes pour empêcher l'abus des médicaments. Je suis sûre que le ministre a fait le tour d'un grand nombre de centres d'accueil et que, dans un grand nombre d'entre eux, les gens sont totalement inoccupés, ils se bercent à longueur de journée. Je pense que ce n'est pas une façon, de dire aux gens: Bercez-vous jusqu'à ce temps que vous mouriez.

Je ne veux pas dramatiser et je ne veux pas revenir dans trop de détails. On l'a soulevé l'an dernier. Je voudrais savoir quelles sont les mesures qui depuis l'an dernier ont été prises justement pour stimuler la vie des gens et même pour permettre qu'ils ne soient pas toujours dans les centres d'accueil jusqu'à la fin de leurs jours et qu'ils puissent retourner dans la communauté, pour permettre un peu une mobilité de ces populations. D'ailleurs, il y a certains efforts qui sont faits du côté même des hôpitaux de soins prolongés pour permettre une certaine mobilité sur un nombre restreint - cela, je le comprends bien - de personnes qui sont hébergées. Cela m'apparaît une question fondamentale. On peut se dire: Tout le monde a sa place, tout le monde a son casier, si jamais on y arrive, mais au-delà de cela, comment vit-on dans son casier? Comment vit-on dans la place où on nous a mis? Cela m'apparaît extrêmement important d'autant plus qu'il y a augmentation de notre population vieillissante.

(11 h 15)

**Qualité de vie dans
les centres d'accueil**

M. Laurin: L'effort s'est poursuivi sur plusieurs plans. Prenons, par exemple, les services pharmaceutiques. On sait qu'auparavant les médicaments étaient distribués un peu à la va-comme-je-te-pousse, cela variait d'un centre à l'autre. Dans certains cas, il y avait surmédicalisation; dans certains cas, il y avait sous-médicalisation, parce que le système n'existait pas. Des études ont été faites au ministère et la conclusion en était que dans les centres d'accueil chaque pensionnaire avait besoin d'un service de 0,5 heure-pharmacie par patient. À partir de cette norme on a développé les études appropriées et surtout on est passé au stade des réalisations concrètes. On peut dire maintenant que 66% de nos centres d'accueil ont des services pharmaceutiques rigoureusement et scientifiquement organisés avec des services professionnels appropriés, avec une surveillance adéquate de la dispensation de médicaments. Ceci, couplé avec l'effort que nous faisons pour la médicalisation appropriée des centres d'accueil, va sûrement amener une gestion beaucoup plus rigoureuse et beaucoup mieux surveillée de l'aspect pharmaceutique et de l'aspect médical ou de la vie en centre d'accueil et c'est important pour l'amélioration de la qualité de la vie.

Un effort identique a été fait sur le plan de l'alimentation à la suite d'un sondage fait par le Comité provincial des malades. Les conclusions de ce comité étaient assez apocalyptiques. Par exemple, on disait que le moment de l'alimentation était un moment de tristesse pour les pensionnaires et on sait à quel point l'alimentation joue un rôle important pour la qualité de la vie des bénéficiaires. De gros efforts ont également été faits dans ce sens-là sur le plan des études, sur le plan de la sensibilisation du personnel, sur le plan de la formation de diététiciens, sur le plan de l'organisation des services alimentaires. Je pense que M. Deschênes pourra donner des renseignements supplémentaires. Je pense qu'il y a une grosse amélioration déjà, à ce point de vue là, mais il ne faut pas s'en satisfaire, il faut continuer dans le même sens.

Il y a aussi eu une grosse amélioration sur le plan de l'utilisation des heures libres. Par exemple, un nombre de plus en plus grand de centres d'accueil se sont dotés de directeur de services de loisirs ou de directrice - souvent ce sont des femmes - d'animation communautaire où on a essayé d'organiser les heures libres des pensionnaires de mille et une façons, en faisant appel à toutes les ressources que l'imagination et la créativité peuvent suggérer. Ceci, autant de la part du

personnel des centres d'accueil que des associations de bénévoles qui jouent un rôle extrêmement important à cet égard et sur le plan de la créativité, de l'initiative et, aussi, sur le plan de l'assistance aux efforts du centre d'accueil.

Nous avons vu au cours de l'année qui vient des initiatives extrêmement intéressantes que le prix Persillier-Lachapelle est venu couronner.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est toujours le meilleur, celui-là. Bravo pour lui!

M. Laurin: Mais on peut dire que, d'une façon générale, un nombre de plus en plus élevé de centres d'accueil se sont dotés de cette direction des services communautaires, d'animation communautaire. En plus, j'ai mentionné tout à l'heure...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Combien de centres d'accueil se seraient dotés d'un tel service, M. le ministre?

M. Laurin: Peut-être que Mme Vaillant ou M. Deschênes pourra répondre, mais je sais que la tendance est à la hausse. Dans les nouveaux centres d'accueil que je suis allé inaugurer, par exemple, ces services communautaires sont très bien organisés et ont été l'objet de préoccupations dès la construction afin que les locaux appropriés soient mis à la disposition des bénéficiaires.

J'ai mentionné également les centres de jour qui jouent un rôle très important dans cette animation communautaire, dans le fait aussi qu'ils peuvent faire en sorte que la population âgée des environs apprend à considérer...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Combien se sont ouverts cette année?

M. Laurin: Il y a actuellement 76 centres de jour dans nos centres d'accueil.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, mais comparativement... Il y avait eu une politique, à un moment donné, qu'avec chaque nouveau centre d'accueil s'ouvrait un centre de jour. Il y a eu un moratoire pour des raisons budgétaires. Ce moratoire est-il levé et est-ce qu'on a réalisé les centres de jour dans les centres d'accueil où il devait y en avoir un?

M. Laurin: Oui, le nombre de centres de jour a continué d'augmenter cette année. On pourra vous donner le chiffre exact.

Donc, je peux dire également que, sur le plan de l'amélioration de la qualité de la vie en ce qui concerne les loisirs, l'utilisation des heures libres, la gamme d'activités, les sorties de malades, les sorties de bénéficiaires, soit avec du personnel du

centre d'accueil ou avec les bénévoles, là aussi il y a eu une grande amélioration. On peut dire aussi qu'un certain nombre de centres d'accueil se sont dotés de services de dépannage pour aider les familles qui gardent à domicile un certain nombre de personnes âgées pour les aider à mieux supporter les contraintes que nécessite le maintien de ces personnes âgées à domicile. Cela aussi, c'est un progrès que nous avons constaté cette année.

Évidemment, je ne dis pas que nous avons atteint les objectifs. Des efforts accrus devront être faits au cours des prochaines années, mais la direction est prise et je ne doute pas qu'avec toutes les ressources actuellement mises en oeuvre on assiste à une amélioration qui va continuer d'augmenter, de s'intensifier au cours des prochaines années. Pour répondre à vos questions plus spécifiques, je demanderais soit à M. Deschênes ou à Mme Vaillant de compléter.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je voudrais simplement dire qu'en 1982 il y avait 70 centres de jour dont 29 ont été implantés entre 1981 et 1982. Si je comprends bien, vous en avez ouvert six cette année puisque vous parlez de 76, si je vous ai bien entendu.

M. Deschênes: Je pense qu'il faudrait considérer aussi le développement des unités de gériatrie dont on n'a pas parlé ici, mais qui se situe davantage dans l'hôpital de courte durée, même si c'est pour soins prolongés.

Comme complément de réponse à ce que le ministre dit, je voudrais mentionner que, dans le programme de travail déposé auprès du ministre délégué aux Relations avec les citoyens, nous avons les objectifs pour le ministère comme organisation et, en ce qui a trait au réseau, c'est effectivement le secteur de l'hébergement et des soins prolongés que nous avons privilégié quant à quelques actions.

Parmi les actions envisagées dans ce domaine, il y a la mise en place et l'amélioration du fonctionnement des comités de bénéficiaires. Il y a des comités conjoints avec les conseils régionaux pour faire le point sur les comités de bénéficiaires, leur implantation, leur fonctionnement, pour voir s'ils sont efficaces. C'est par un amendement législatif de la loi 27 en décembre 1981 qu'un certain nombre de fonctions ont été clarifiées pour le comité des bénéficiaires. Nous avons sans doute des degrés de réalisation variés selon les lieux. Il existe quelque 300 comités de bénéficiaires dans le réseau et, avec les conseils régionaux et ces comités, nous sommes à voir à l'amélioration du fonctionnement de ces comités. Je pense que tabler, en quelque sorte, sur les énergies

des gens qui résident dans ces centres, c'est sans doute une orientation privilégiée.

En outre, nous favorisons dans ces centres des actions visant une meilleure individualisation du milieu de vie. Ceci touche, par exemple, à l'horaire du repas, l'horaire de la journée, la modalité du choix de repas. Ce sont des domaines de vie concrète sur lesquels, avec chacun des conseils régionaux et les comités des bénéficiaires, nous examinons ce que l'on peut améliorer.

Quant au développement des centres de jour, effectivement il y a eu, lors de la construction, des prévisions pour avoir des centres de jour dans chacun des centres d'accueil d'hébergement, peut-être à quelques exceptions près, mais je parle des centres d'accueil construits au cours des dernières années.

Quant au développement et à l'utilisation de ces centres de jour, il y a eu à un moment donné un temps d'arrêt afin de voir de quelle façon on doit définir les rôles et aussi la complémentarité à assurer entre un centre de jour situé en centre d'accueil d'hébergement ou un hôpital de jour et quelle est la différence entre un hôpital de jour et un centre de jour dans un centre d'accueil d'hébergement dont la clientèle est lourde, quel est le rôle possible, aussi, du CLSC qui organise des activités de groupe sur son territoire.

On ne pouvait pas continuer aveuglément le développement des centres de jour d'hébergement sans considérer ce qu'on devait aussi développer qui était compatible ou comparable du côté hospitalier. C'est ce qui a expliqué un temps de réflexion, d'examen et de discussion qui n'est pas complètement terminé. Nous avons cheminé certains centres de jour qui apparaissaient plus évidents dans des milieux où il y en avait moins, mais ce dossier, effectivement, n'est pas tout à fait clair aux yeux de tous. Nous n'avons pas de consensus actuellement, ni dans le réseau ni dans l'ensemble de l'organisation, pour définir une fois pour toutes: Oui, on y va sans arrêt ou on modifie le rythme ou le type de centre de jour* dans les centres d'accueil d'hébergement.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Très brièvement, pourriez-vous me dire combien de centres d'accueil se sont donné des directeurs de programmes de loisirs et combien de centres d'accueil ont maintenant un service de physiothérapie à la disposition... J'aimerais avoir seulement des chiffres, s'il vous plaît.

Mme Vaillant: On va faire faire un relevé dans le détail et on pourra vous déposer cela cet après-midi ou vous l'envoyer. Je n'ai pas le détail à ce moment-

ci. Il n'y a pas de relevé.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Mme la Présidente, très brièvement. On va être appelé à adopter les crédits et les éléments de crédits. Si j'avais à voter sur les discours qui ont été prononcés, je serais porté à voter en faveur. Mais, quand je regarde les chiffres, on nous parle d'accroissement, de services, etc. Pour les frais d'exploitation des centres d'accueil d'hébergement, on a une augmentation, face au budget de l'an passé, de 5,8%; dans les frais d'exploitation des centres hospitaliers de soins de longue durée, une augmentation de 8,3%; service de la dette, 8,5%, c'est là qu'on a la plus grosse augmentation; loyers, équipement et rénovations, on a une belle diminution de 8,8%. Si on fait l'ensemble du budget des crédits à voter sur ce programme 5, on a une augmentation de 6,4%. Comment pouvez-vous concilier tous vos beaux discours avec les chiffres sur lesquels vous nous demandez, comme parlementaires, de voter? Il y a quelque chose moi, lorsqu'on me parle qu'on va rénover, qu'on va faire de belles choses: et que je voie loyers, équipement et rénovations, 16 000 000 \$ l'an passé, 14 000 000 \$ cette année, une diminution de 8,8%, j'aime le discours, mais je ne retrouve pas le chiffre. Avez-vous trouvé des formules magiques?

M. Laurin: J'ai quand même donné des chiffres tout à l'heure qui témoignaient d'une augmentation et le député lui-même les citait: 20 000 000 \$ pour les centres d'accueil, 30 000 000 \$ pour les CHSP. Nous avons aussi ajouté les 13 500 000 \$ additionnels pour l'alourdissement des clientèles, annualisés à 27 000 000 \$. Tout cela, ce sont des chiffres quand même très importants.

Deuxièmement, il y a une meilleure utilisation des ressources, une meilleure organisation qui, même si elle peut parfois se traduire par des économies sur le strict plan budgétaire, se traduisent par une amélioration sur le plan des services. Quant aux questions additionnelles du député sur le service de la dette, sur le loyer, je demanderais à M. Deschênes de répondre à cela.

M. Deschênes: On pourrait ajouter tantôt peut-être un commentaire additionnel sur le loyer et la dette en particulier; je voudrais signaler que 6,4%, c'est l'augmentation des crédits que vous voyez. Ceci se compare à une augmentation prévue de la masse salariale de 4,3%. C'est donc un écart. C'est véritablement du développement,

parce que la prévision pour la masse salariale est de 4,3%. C'est la grosse masse des crédits. C'est cela qu'il faut considérer davantage.

Le discours déborde effectivement le programme 5, mais c'est manifestement nécessaire parce qu'on ne cloisonne pas ce programme. Lorsqu'on parle de services à domicile, lorsqu'on parle de CAH et de CHSP combinés, on ne peut pas cloisonner. Je conviens qu'à certains on est obligé d'intégrer et d'expliquer l'ensemble des politiques poursuivies, mais c'est une caractéristique, je dirais, du réseau tel qu'il évolue maintenant. Je ne pense pas que le discours déborde les crédits au-delà de ce qui est nécessaire pour expliquer les éléments d'intégration que l'on poursuit.

M. Paradis: C'est parce qu'on se retrouve sur le terrain, sur le plan pratique, en situation pénible. M. le député de Rivière-du-Loup faisait part de manque d'espace dans sa région. Je pourrais vous parler de la région d'où je viens comme député. On peut parler à l'ensemble des députés et là, on s'aperçoit que, pour répondre à une situation urgente, on a le discours mais on n'a pas les chiffres. A moins que, comme le disait le ministre, vous n'ayez trouvé un moyen incroyable et là, il faudrait que vous nous le disiez. On pourrait vous féliciter de rendre de meilleurs services avec des ressources diminuées. Là, on pourrait vraiment vous féliciter. Mais, je regarde juste à l'élément loyers, équipement et rénovations, il y a une diminution de 8,8%. Est-ce qu'on va vraiment progresser en diminuant dans ce domaine?

Je regarde dans le Service de la dette, il est rendu à 65 000 000 \$, quelle est la dette au total? Est-ce que cela va augmenter à chaque année?

M. Laurin: M. Lamonde.

M. Lamonde (Jacques): Par rapport aux éléments "Loyers, équipement et rénovations" et "Service de la dette", si vous allez à la page 73, de même qu'à la page 71 des documents qu'on vous a remis, vous allez constater que pour l'élément Loyers, équipement et rénovations qui baisse d'environ 8%, l'explication vient du fait que les sommes qui étaient antérieurement consacrées à l'élément Achats, construction et rénovations pour des coûts variant entre 250 000 \$ et 1 000 000 \$ qui étaient avant dans cet élément de programme ont été transférées dans un autre élément de programme qui est celui que vous retrouvez à la page 71. Et la baisse à la page 73, à l'élément Loyers, équipement et rénovation est de 2 000 000 \$ à ce titre et explique très largement la baisse dont vous venez de parler. À l'inverse, si vous allez à la page

71 du même document, vous allez avoir une hausse dans cet élément de 2 000 000 \$ sur 3 800 000 \$, ce qui est une hausse absolument extraordinaire avec une ventilation des projets entre 250 000 \$ et 1 000 000 \$ qui est largement supérieure aux 2 000 000 \$ de la page précédente qui avaient été transférés. Il faut donc les regarder les deux ensemble et non pas séparément.
(11 h 30)

M. Laurin: En somme, ce sont les CRSSS qui auraient des responsabilités qu'ils n'avaient pas auparavant. Est-ce que c'est l'explication?

M. Lamonde: Non, c'est tout simplement un réaménagement budgétaire des crédits pour mettre ensemble des choses qui vont davantage ensemble.

M. Paradis: C'est là-dessus qu'on va voter. Est-ce que je comprends bien - je ne vous en voudrai pas si vous me dites non - que la diminution de 8,8% à loyers, équipement et rénovations n'est pas une diminution dans les faits mais qu'on retrouve ce chiffre, qui est à l'élément 4, dans le service de la dette? On finance autrement: Au lieu de financer en déboursant, on finance des services de dette.

M. Lamonde: Non, on va financer quand même en crédits directs en déboursant, sauf qu'on a l'activité pour les travaux entre 250 000 \$ et 1 000 000 \$: au lieu de les ranger et de les classer dans l'élément 3, on les classe maintenant dans un autre élément. Il s'agit de travaux de construction qu'on mettait dans du loyer et de l'équipement. Cela nous apparaît plus logique de mettre ces travaux dans une activité qui est celle du Service de la dette: ce sont là des activités de construction, de travaux et non pas des activités de location ou d'équipement. C'est la distinction qu'on introduit cette année et c'est ce qui fait que, dans un cas, cela baisse de 2 000 000 \$. La baisse de 2 000 000 \$ est supérieure à la baisse totale de l'élément de programme qui est de 1 428 000 \$. En contrepartie, à la page 71, dans cette activité qui comprenait 2 000 000 \$ de crédits en 1983-1984, il y en a pour 4 180 000 \$ en 1984-1985; donc, elle a plus que doublé.

M. Paradis: 7 000 000 \$.

M. Lamonde: Oui, sauf que vous avez le CH Côte-des-Neiges qui est là.

M. Paradis: Pour 3 000 000 \$, qui est un centre hospitalier.

M. Lamonde: C'est cela. Si vous

réduisez cela fait 4 180 000 \$ au lieu de 2 000 000 \$. Le comparatif est 2 000 000 \$ par rapport à 4 180 000 \$. Donc, cette activité a plus que doublé.

M. Deschênes: D'autre part, pour les loyers, voici une information plus détaillée: ils étaient de 780 000 \$ en 1983-1984 et ils croissent en 1984-1985 à 977 000 \$. C'est un accroissement de quelque 196 000 \$, disons une augmentation à l'élément loyers de quelque 25%.

M. Lamonde: Pour compléter, si vous mettez les deux éléments ensemble, vous obtenez une croissance et non pas une décroissance. Dans un cas, cela décroît de 1 400 000 \$ et, dans l'autre cas, cela croît de 2 200 000 \$.

M. Paradis: Pour bien comprendre le fonctionnement parce que vous avez fait le choix comptable de le placer sous l'élément Service de la dette, le Service de la dette de 65 379 700 \$, c'est une dette totale de combien?

M. Lamonde: Je ne pense pas avoir la statistique avec moi, mais cela peut être fourni.

M. Paradis: D'accord. Vos amortissements, ces dettes-là sont financées sur combien d'années? Quinze ans?

M. Lamonde: Cela dépend des émissions d'obligations qui ont été faites. Si vous regardez à la page 69 du document, je ne sais pas si cela va répondre à votre question, il y a là une série d'explications qui vous disent que, par exemple, le stock des émissions d'obligations au 31 mars 1983 était de 47 934 000 \$. Il y a eu des émissions de vendues depuis le 3 avril de 1 500 000 \$, pour un nouveau total de 49 500 000 \$. Il y a des émissions à vendre. Il y a des crédits qui sont accordés en fonction d'un taux d'intérêt de 11,8% et d'un remboursement de capital de 3,3% par année.

M. Paradis: Sauf que, cette année, ils sont à 12,1%.

M. Lamonde: Pardon?

M. Paradis: Pour les crédits de 1984-1985, on voit qu'ils sont à 12,1%. Non?

M. Lamonde: Oui, taux d'intérêt de 12,1%. Vous avez toute une série d'explications - je peux vous les sortir les unes après les autres - où on parle des anciennes émissions d'obligations qu'on avait avec les refinancements dessus, les taux, les modes de remboursement de capital, etc., les nouvelles émissions prévues en vertu des

travaux réalisés. On fait une prévision là-dessus, d'émissions d'obligations avec un taux d'intérêt, remboursement de capital et intérêt à des séquences... Je pense que c'est semestriel, mais c'est peut-être trimestriel, l'hypothèse.

M. Paradis: On retrouve des détails à la page 69 comme telle, mais cela n'enlève pas ma question originale. On a un Service de la dette pour lequel on va déboursier, si on vote ces crédits, 65 000 000 \$ cette année. La dette totale pour ce programme est de combien?

M. Lamonde: Je garde la question.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Shefford.

Centres de jour

M. Paré: Oui, Mme la Présidente. Je ne sais pas si c'est une question ou un commentaire, mais cela revient à ce dont on vous parlait tantôt. Au niveau de l'implantation des centres de jour dans les centres d'accueil, je suis d'accord que tout ce qui est complémentaire ou qui pourrait être substitué à la construction de centres d'accueil de façon démesurée. On a dit qu'il y en avait maintenant 76, qu'il y en avait 70 l'an passé; c'est une augmentation de 6. C'est au niveau de cette augmentation, c'est pour cela que je vous dis que je ne sais pas si c'est sous forme de question ou de commentaire. J'ai rencontré les gens du CRSSS de ma région qui avaient pris décision lors de leur conseil d'administration de la fin de janvier 1984, donc, tout dernièrement, qu'à même leur budget régional, ce qu'on appelle la récupération des institutions, ils étaient pour mettre sur pied - et effectivement je crois que c'est en phase d'implantation - treize centres d'accueil dans la Montérégie. Quand vous parlez de 76, est-ce que ce sont effectivement 76 centres de jour bien structurés, bien montés et reconnus par le ministère? Est-ce l'ensemble des centres de jour? Est-ce qu'il pourrait y en avoir plus que cela qui ont été mis sur pied soit sur une base embryonnaire, si on veut, dans d'autres centres d'accueil? Est-ce qu'il y en aurait plus que cela? Je sais que dans ma région, en tout cas, il y en aurait treize qui sont en train de se monter, c'est-à-dire que chaque municipalité importante de la Montérégie devrait avoir son centre de jour qui ne sera peut-être pas un centre de jour complet sur une base reconnue, mais qui commencerait à se structurer, à donner des services essentiels. Je me dis: Si le CRSSS dans ma région est en train d'en structurer treize, peut-être que dans d'autres régions d'autres CRSSS sont aussi en train de faire un cheminement semblable. Est-ce que le

nombre 76, c'est ce qu'on a présentement et qu'on en monte d'autres? Ou, pourrait-il y en avoir plus que 76 à l'heure actuelle, mais qui ont été créés à même les budgets régionaux?

M. Laurin: Il pourrait sûrement y en avoir plus que 76. Ce ne sont pas seulement des centres d'accueil récemment construits qui peuvent se doter d'un centre de jour. Je connais par exemple dans mon comté un centre d'accueil qui a un certain âge, le centre Pierre-Joseph-Triest qui, en louant un local situé non loin de là, a ouvert un centre de jour qui dessert une partie importante de la population. D'autre part, il y a les problèmes dont parlait le sous-ministre, qu'il nous faut régler de la façon la plus adéquate possible. Je pense bien qu'une fois ces problèmes réglés il va y avoir un nouvel élan pour la mise à la disposition de la communauté d'un nombre plus important de centres de jour. Il y a aussi une troisième politique. Le CRSSS à l'intérieur de l'enveloppe dont il dispose peut lui aussi faire de la péréquation ou faire des réallocations de ressources, soit par les pouvoirs dont il dispose ou par les sommes dont il dispose à la lumière des études qu'il fait des besoins qu'il identifie. On assiste effectivement dans certaines régions à une réallocation de ressources en fonction des besoins que le CRSSS estime prioritaires. Il se peut très bien que la création d'un centre de jour soit considérée par la population d'une région desservie par un CRSSS comme prioritaire et à ce moment il y aura une réallocation de ressources. Effectivement, c'est ce qui se passe dans certains endroits. On peut même assister à une réallocation de ressources à l'intérieur d'un budget d'établissement avec la politique du budget global. Il y a certains centres d'accueil qui font des économies à certains postes et ces économies sont canalisées par le conseil d'administration du centre d'accueil vers l'ouverture d'un centre de jour qu'autrement il aurait été impossible de financer. Je sais, par exemple, que certains centres d'accueil ont pu ouvrir des centres de jour par cette réallocation interne de fonds grâce aux économies ou à la gestion rigoureuse qu'ils ont pu faire. Mais, pour répondre d'une façon plus spécifique à votre question, je demanderai à Mme Vaillant de compléter.

Mme Vaillant: D'accord. Les 76 centres de jour auxquels M. le ministre faisait référence, ce sont 76 centres de jour structurés, avec des locaux, des programmes développés en santé, en alimentation, en soins personnels, en stimulation physique et avec un volet communautaire.

Les treize dont vous parlez dans la région de la Montérégie, c'est à même la marge de manœuvre qui a été octroyée au CRSSS l'an dernier. Ce sont des programmes

externes qui se font en collaboration avec les CLSC. Donc, les personnes âgées sont à domicile, il y a des services externes, que cela touche, par exemple, de l'information sur l'alimentation ou que ce soient des infirmières qui vont à domicile pour les injections, pansements et autres. C'est vraiment nouveau et intéressant. C'est la jonction entre un centre d'accueil d'hébergement et un CLSC et ce sont des programmes de services externes qui peuvent comporter à certains endroits des programmes d'ergo et de physio. Cela touche la nutrition, les soins personnels et cela peut toucher l'alimentation aussi. Cela peut s'organiser par territoires de CLSC où les CLSC touchent les personnes âgées via leur programme de service à domicile et où les centres d'accueil d'hébergement ont également à l'égard des personnes âgées une expertise. C'est la jonction des deux. C'est nouveau et c'est fort intéressant. C'est axé sur les besoins de la clientèle comme tels.

M. Paré: J'ai seulement une courte question pour compléter. On dit que c'est différent mais c'est quand même... On l'appelle chez nous centre de jour aussi. Est-ce qu'on peut dire que c'est le début de l'implantation d'un centre de jour comme tel?

Mme Vaillant: Ce pourrait être le cas. Il va falloir regarder avec le conseil régional si un centre de jour est un lieu qui permet un regroupement de personnes âgées. À ce moment-là, il faudra voir avec le conseil régional, là où ce sera requis, la possibilité d'aménager les locaux. Mais, indépendamment du fait qu'il faille des centres de jour, je pense que c'est nécessaire dans la communauté qu'il y ait des services externes aussi. Donc, je réponds à votre question à moitié parce que, compte tenu de l'état de la situation, je ne peux pas aller plus loin.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): J'ai deux petites questions courtes. Je voudrais savoir si le rapport d'enquête sur la maison Sainte-Clothilde est terminé et quelles en sont les conclusions. Si vous me le permettez, je voudrais dire pour ceux qui ne sont pas au courant que la maison Sainte-Clothilde est un centre d'accueil et de réadaptation dans le comté d'Arthabaska. Une enquête policière a finalement été entreprise en novembre dernier à la suite des pressions de l'Opposition afin de déceler des irrégularités qui auraient été commises par le directeur général et le directeur des services administratifs. Selon nos rapports, l'enquête est terminée. Mais ce que je voudrais signaler en passant, c'est que cette enquête est intervenue et cela m'apparaît être une situation vraiment anormale. À la suite d'un rapport anonyme qui nous a été

envoyé - et généralement les gens ne donnent pas suite aux rapports anonymes - compte tenu du sérieux du rapport, on a communiqué avec le ministère des Affaires sociales qui, finalement, a donné une suite. Mais, je voudrais faire remarquer que je trouve quand même inquiétant que - on ne sait pas le rapport de l'enquête - dans le cas où il y aurait vraiment des fautes commises, les employés d'une institution par peur de représailles doivent se cacher derrière l'anonymat pour pouvoir faire valoir leur point de vue. Peut-être qu'il n'y a rien et je signale en passant que le ministère des Affaires sociales est allé de l'avant. Alors, ce n'est pas le ministère des Affaires sociales, mais cela décèle dans le réseau un esprit qui, j'espère, n'est pas généralisé mais qui est quand même inquiétant. Quand on voit aussi tout le temps que cela a pris pour que - on y reviendra probablement après-midi - le rapport sur l'hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine sorte dans le public, on peut se demander si c'est normal que les gens soient si peu à l'aise dans le réseau que les choses ne sortent pas plus rapidement ou encore qu'on doive recourir à l'anonymat. Je voulais simplement donner cela parce que c'est une inquiétude supplémentaire. Alors, Mme Vaillant.
(11 h 45)

Mme Vaillant: Les faits que vous rapportez sont exacts. C'est à la suite de cinq lettres anonymes. Comme vous l'avez mentionné, le ministère a demandé en septembre 1984 une enquête policière sur les actes qui ont été reprochés. L'enquête a pris fin en décembre 1983. Je n'ai pas encore les résultats officiels. La question: Est-ce que le Procureur général du Québec va porter des accusations? C'est actuellement entre les mains du Procureur général. Je n'ai donc pas, par-devers moi, actuellement le résultat de ces enquêtes mais je puis vous dire que nous suivons de très près ce dossier.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce qui indique que, si c'est rendu auprès du Procureur général, c'est une indication que tout ne tournait pas rond, pour dire le moins.

Mme Vaillant: C'est cela. Il peut y avoir des accusations portées. Nous attendons actuellement les résultats de l'enquête policière.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

Mme Vaillant: C'est le Procureur général actuellement qui, seul, peut porter des accusations.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Dans le cas d'Anne-Leseigneur, est-ce exact que le directeur général est parti et que d'autres

membres... Comment s'est solutionné le problème d'Anne-Leseigneur finalement?

Mme Vaillant: Anne-Leseigneur dont on a parlé en commission...

M. Deschênes: Excusez-moi, Mme la Présidente. Je ne voudrais pas que, dans le cas de Sainte-Clothilde, parce qu'il y a une enquête policière dont on ne sait pas les conclusions... Une enquête policière est une enquête policière et le procureur, c'est le procureur. Je connais le journal des Débats et je ne voudrais pas que les gens lisent que c'est un petit peu comme s'il y avait une confirmation de notre part.

Je voudrais seulement dire que le type de choses qui ont été évoquées nous a fait faire cette procédure particulière de procéder, la police plutôt qu'un commissaire-enquêteur ou des choses proprement de fonctionnement de réseau. Quant à nous, on ne peut rien conclure, ni pour, ni contre, si ce n'est le rapport que nous n'avons pas et qui est chez le procureur. Je veux seulement être sûr qu'au journal des Débats...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous n'avez pas vu le rapport.

Mme Vaillant: Non.

M. Deschênes: C'est cela. C'est chez le procureur. Je voulais clarifier cela.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord.

M. Deschênes: C'est un type d'enquête qui n'est pas fait en vertu du chapitre 48, donc sous notre responsabilité directement ministérielle.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Merci de la rectification, M. le sous-ministre.

M. Deschênes: Il n'y a pas que nous qui lisons le journal des Débats, n'est-ce pas?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: Et les sourires ne sont pas enregistrés.

Mme Vaillant: Dans le dossier d'Anne-Leseigneur, cet établissement a été mis en tutelle. Actuellement, le directeur général qui était en poste a remis sa démission et le concours pour la sélection d'un nouveau directeur général doit s'ouvrir bientôt. C'est là où nous en sommes. J'ai le rapport détaillé du tuteur. Il y a eu des correctifs qui ont été apportés dans cet établissement, que ce soient les conditions sanitaires, que ce soient les services médicaux, que ce soit

au niveau du personnel. Il y a un certain nombre de mesures qui ont été apportées. Ce que je connais du rapport d'étape du tuteur actuellement, c'est que le climat s'est assaini dans cet établissement. Si vous voulez plus de détails, je peux aller plus en détail...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Qu'est-ce qui est arrivé au conseil d'administration? Est-ce que la tutelle est levée et que le conseil d'administration a repris ses responsabilités?

Mme Vaillant: Actuellement, cet établissement est encore en tutelle et cela se termine le 9 mai.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Le 9 mai.

Mme Vaillant: Oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce exact que le président ou la présidente du conseil d'administration ait aussi démissionné?

Mme Vaillant: La présidente du conseil d'administration a effectivement démissionné.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce le seul membre qui a démissionné?

Mme Vaillant: À ma connaissance, oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Dernière question. Qu'est-ce qui arrive à la construction du centre d'accueil pour les jeunes sur la rive sud?

Mme Vaillant: Foyer Savoie.

M. Deschênes: Mme la Présidente, nous sommes, depuis quelques minutes, entrés dans le programme suivant: Celui de la réadaptation. On n'a aucune objection...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ah bien! On avait dit les programmes 5 et 6 parce qu'on...

M. Deschênes: Seulement pour clarifier peut-être le vote de la commission.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Parfait.

M. Deschênes: Je veux seulement attirer votre attention.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Alors, est-ce qu'on peut répondre à la question?

Mme Vaillant: Concernant l'acquisition du foyer Savoie, les propriétaires de la

corporation ont été rencontrés dernièrement. Je les ai rencontrés. On va acquérir l'immeuble et actuellement tout est accepté. Le conseil d'administration accepte de nous vendre et le contrat est en voie de rédaction pour l'acquisition, ce qui fait qu'on pourrait procéder en cours d'année à des rénovations fonctionnelles qu'il faut faire pour aménager là une trentaine de places pour les jeunes sur la rive sud.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors, ils vont attendre une année de plus. Est-ce que le programme 5 est adopté?

Une voix: Adopté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Adopté. Oui.

Services des centres de réadaptation

M. Deschênes: Mme la Présidente, compte tenu de votre commentaire...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: ...l'option choisie du Foyer Savoie est une option qui d'une part est plus rapide qu'une construction et aussi plus économique. Je veux juste mentionner que, si l'on en parle l'an prochain, j'espère qu'on sera assez avancé pour pouvoir faire rapport de bonnes réalisations...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: ...mais c'est la raison de cette option.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pourquoi je l'ai soulevée, c'est qu'on sait que, et peut-être que ce fut corrigé, dans le passé il y a eu des enfants qui ont dû être hébergés un peu partout dans des endroits où normalement ils n'auraient pas dû se retrouver. C'est pour cela que je pense important de suivre le dossier de près, dans la mesure où cela peut être utile.

Le programme 5 est adopté. M. le député de Brome-Missisquoi, une autre question sur le programme 6?

M. Paradis: Le programme 5 est adopté sur division. Quant au programme 6, à la suite des questions que vous avez posées l'an passé, des cas avaient été rendus publics où des enfants avaient été hébergés, comme vous le mentionniez, dans des endroits où normalement ils ne devaient pas l'être. Est-ce que la situation a été corrigée pour l'année en cours en ce qui concerne entre autres la région de la rive sud ou est-ce qu'on a continué à les héberger dans des endroits où ils ne devraient pas l'être?

Mme Vaillant: Concernant tout le dossier de la mésadaptation sociale pour la rive sud, le problème va être réglé avec la rénovation fonctionnelle du Foyer Savoie. Actuellement, il y a des ententes interrégionales et il y a des enfants qui, effectivement, sont de la rive sud qui doivent être hébergés dans des centres d'accueil de réadaptation dans la région Laurentides-Lanaudière, par exemple, ou à Québec, dans certains cas.

M. Paradis: Dans le surplus des ententes interrégionales, est-ce qu'il y a des enfants qui ont vécu au cours de l'année qu'on vient de terminer, des placements dans des endroits où l'on ne devrait pas normalement les placer? C'est cela, ma question.

Mme Vaillant: Pas à ma connaissance.

M. Paradis: Pas à votre connaissance.

Mme Vaillant: Non.

M. Paradis: Maintenant, quant au Service de la dette, au niveau du programme 6, Services des centres de réadaptation, on a une augmentation de près du double du service de la dette. Est-ce que ce sont des explications analogues à celles qui ont été fournies plus tôt parce qu'on a également une diminution au niveau de Loyers, équipement et rénovations?

Mme Vaillant: C'est effectivement le même mécanisme par lequel il y a un transfert de 2 605 000 \$ qui a été fait à l'élément 2.

En ce qui touche toute la question des loyers pour la réadaptation, les crédits de l'an dernier étaient de 5 700 000 \$ et cette année, dans nos crédits 1984-1985, on retrouve 6 859 000 \$, ce qui fait que, au titre de la location d'espaces, il y a une augmentation dans le secteur de la réadaptation de 1 086 900 \$.

M. Paradis: Je vais poser la même question que j'ai posée plus tôt, concernant le Service de la dette. Le Service de la dette de ce programme sert à financer une dette totale de combien?

M. Deschênes: On répondra de la même façon. On vous transmettra l'information dès qu'on l'aura recueillie adéquatement.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): On vous remercie. Le programme 6 est-il adopté?

M. Paradis: Adopté sur division.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):

Adopté sur division. M. le ministre des Affaires sociales, on aura le plaisir de vous revoir cet après-midi. Je vais inviter le ministre responsable des Relations avec les citoyens pour que la commission étudie au programme 7 du Conseil exécutif les éléments 3, 4 et 5 touchant les personnes handicapées.

M. Deschênes: Mme la Présidente, pour être certain, est-ce que le programme pour la réadaptation est fini? Je pose la question à cause des fonctionnaires.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, les programmes 5 et 6 sont finis.

M. Deschênes: Donc, nous passons au programme 3, si j'ai bien compris?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: Merci.

Relations avec les citoyens

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): À l'ordre, s'il vous plaît!

Il me fait plaisir de saluer le ministre délégué aux Relations avec les citoyens et responsable de l'Office des personnes handicapées du Québec, et Mme la présidente de l'Office des personnes handicapées du Québec. Je pense que nous avons, finalement, une période très courte. On devait commencer à 11 h 30 et il est midi. Peut-être pourrions-nous poursuivre un peu au-delà de 12 h 30, mais difficilement. Est-ce que M. le ministre a quelques remarques à faire?

Office des personnes handicapées du Québec

M. Lazure: Oui. Merci, Mme la Présidente. À part Mme Robillard, la présidente de l'office, j'ai à ma gauche mon directeur de cabinet, M. Gérard Kamp. Je m'excuse, il y a eu un imbroglio. Nous avons communiqué ce matin et on nous avait dit que nous passions à midi seulement. C'est pour cela que nous n'étions pas ici à 11 h 30.

Je veux brièvement rappeler que l'événement principal depuis quelques mois, au cours de l'année financière qui vient de se terminer, a été la diffusion dans le public d'une proposition de politique d'ensemble préparée par l'Office des personnes handicapées, à la suite d'un mandat qui avait été donné par le Conseil des ministres il y a environ deux ans.

Cette proposition de politique d'ensemble a été préparée, non par l'office seul, évidemment, mais avec la participation de plusieurs associations de personnes handicapées, au plan local, au plan régional

et au plan national. On estime qu'environ 3000 personnes handicapées ont participé à la préparation de cette proposition d'une politique d'ensemble.

Le Conseil des ministres, après en avoir pris connaissance, en a autorisé la publication, la diffusion. Cela a été rendu public par le premier ministre, moi-même et Mme Robillard, il y a quelques mois. Et nous avons pris l'engagement, au Conseil des ministres, de convoquer avec l'office un colloque en décembre 1984 au cours duquel l'ensemble des ministères qui sont touchés par la politique d'ensemble proposée feraient connaître aux personnes handicapées et au public le calendrier des réalisations des différentes recommandations.

Il y a 240 recommandations dans cette proposition de politique d'ensemble. C'est évidemment un document qui, s'il était réalisé, voudrait dire, à toutes fins utiles, la situation presque idéale pour la personne handicapée, physiquement ou mentalement. Ce sont des objectifs qu'il faudra atteindre le plus rapidement possible. Je ferai remarquer que les 240 recommandations ne s'adressent pas seulement au gouvernement, mais aussi aux municipalités, aux commissions scolaires, à l'entreprise privée, enfin, à toute la société.
(12 heures)

La deuxième chose à noter: au cours de l'année fiscale qui vient de commencer, plus précisément à partir de juillet 1984, c'est la date limite à laquelle les entreprises qui ont 50 employés et plus doivent présenter à l'Office des personnes handicapées un plan d'embauche prévu dans la loi. C'est l'article 63 de la loi 9. Nous recevons depuis plusieurs mois des plans d'embauche de différentes entreprises. Cela va relativement bien quoiqu'il y a encore un bon nombre... Sur les 10 000 entreprises il y en a environ 7500 ou tout près de 8000 qui n'ont pas encore soumis leur plan d'embauche et qui doivent le soumettre incessamment. Nous n'avons pas mis trop de pression parce qu'il ne fallait pas qu'il y ait une avalanche en même temps à l'office. À partir de juillet 1984, l'office répond par un oui au plan initial proposé ou par des contre-propositions, ce qui veut dire que dès l'automne 1984 un certain nombre d'entreprises, celles qui ont été les premières à proposer leur plan d'embauche, auront eu la réponse officielle de l'office et procéderont - nous l'espérons - à l'embauche d'un plus grand nombre de personnes handicapées. Mme la Présidente, je m'arrête ici et on essaiera, Mme Robillard et moi, de répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Mme la Présidente, lorsqu'on examine le budget du ministère au

cours de l'an passé, on s'aperçoit qu'il y a des crédits supplémentaires pour un montant de 1 300 000 \$ qui ont été affectés à la direction et à l'administration. Qu'est-ce qui explique cette augmentation de crédits supplémentaires pour 1983-1984 à ce poste?

M. Lazure: Mme la Présidente, je ne comprends pas trop bien la question. Le budget supplémentaire de 1 300 000 \$ a été affecté à l'aide matérielle, c'est-à-dire que la loi prévoit que l'office peut dispenser un plan de service à un individu lorsque les programmes gouvernementaux prévus dans les différents ministères ne prévoient pas satisfaisant tel ou tel besoin. Dans ce temps-là l'individu peut se présenter à l'office, se présenter soit en région par l'agent de développement de l'office qui est dans chaque région ou directement à Drummondville au siège social. Dans le cadre des plans de service personnel, il y a une composante qui s'appelle l'aide matérielle. Les 1 300 000 \$ dont vous parlez, M. le député de Brome-Missisquoi, c'est plutôt à l'aide matérielle qu'au chapitre des salaires.

M. Paradis: Vous aviez compris la question.

M. Lazure: Oui.

M. Paradis: Quand vous dites plutôt, est-ce que vous avez des proportions? Sur les 1 300 000 \$, est-ce qu'on peut dire strictement que 300 000 \$ ont été affectés à des salaires?

M. Lazure: Entièrement.

M. Paradis: Entièrement.

M. Lazure: Entièrement de l'aide matérielle.

M. Paradis: Très bien.

M. Lazure: C'était plutôt dans le sens qu'à la place d'être affecté à des salaires, cela a été affecté à l'aide matérielle. C'était demandé pour l'aide matérielle et cela a été affecté à cela.

M. Paradis: D'accord, très bien. Au niveau des centres de travail adapté, au 31 mars 1983 il y en avait 38 dans la province qui incluaient - selon les chiffres dont on dispose - 1355 places. En 1984, quelle a été l'évolution de ce dossier?

M. Lazure: Je vais laisser Mme Robillard répondre plus précisément à votre question.

Mme Robillard (Laurette): Si vous regardez le budget, il n'y a pas eu

d'augmentation de ce budget ni de places. Il y a eu certaines corporations qui se sont formées, mais avec des budgets toujours dans la même enveloppe de places.

M. Paradis: Donc, cela est resté stable.

Mme Robillard: Oui.

M. Paradis: D'accord. Est-ce que vous prévoyez dans les plans d'action futurs orienter vos politiques dans le développement de ces centres de travail adapté ou est-ce que vous prévoyez le maintenir au niveau où il est actuellement?

M. Lazure: Non, nous prévoyons augmenter au cours de l'année 1984-1985. Nous avons actuellement une demande auprès du Conseil du trésor et du Conseil des ministres qui, si elle était accordée, nous permettrait d'ouvrir deux centres de travail additionnels et de créer des emplois dans quelques autres centres de travail existants. Parce qu'on peut créer des emplois pour les personnes handicapées parfois en créant un nouveau CTA, centre de travail adapté, ou, parfois, en agrandissant ou en ouvrant plus de places à un CTA qui existe.

M. Paradis: Les deux demandes additionnelles sont dans quelles régions, proviennent de quelles régions ou seraient implantées dans quelles régions?

M. Lazure: La décision n'est pas encore prise. Nous avons un certain nombre de régions. Je soupçonne qu'il y a une demande qui vient de la région de Brome-Missisquoi, peut-être. Il y a des projets dans la région, effectivement, mais nous avons des projets dans cinq ou six régions. Peut-être que Mme la présidente peut identifier les régions, mais nous n'avons pas encore fixé de choix. Nous ne savons pas encore si nous aurons des crédits pour des CTA additionnels. Mais, quelles sont les régions?

Mme Robillard: Malheureusement, je ne peux pas le dire de mémoire. Les projets que nous avons, nous les soutenons quand nous pouvons, dans certains cas, par des contrats d'intégration professionnelle où les travailleurs sont subventionnés par l'office. Cela peut permettre la naissance d'un projet de centre de travail adapté. Mais, des fois, cela prend un certain temps à "maturer". C'est au moment où l'on pense avoir des crédits qu'on va vraiment faire une analyse pour la viabilité de ces centres de travail adapté. Bien sûr qu'un des sous-objectifs, c'est d'avoir une répartition régionale, mais il faut aussi que le projet soit viable.

M. Paradis: Quant au plan d'embauche des handicapés par les entreprises: les

entreprises de 50 employés ou plus, elles ont jusqu'au 1er juillet 1984 pour déposer leur plan d'embauche. Au 6 avril 1984, il n'y en avait que 1800 sur une possibilité de 10 000. Quels moyens comptez-vous utiliser à l'office pour que l'ensemble des entreprises déposent leur plan d'embauche?

M. Lazure: Avant de laisser Mme Robillard vous expliquer cela davantage, je veux rappeler que nous avons fait des efforts considérables et que nous avons eu une grande collaboration de la part des organismes patronaux, notamment le Conseil du patronat, avec lequel nous avons organisé des sessions d'information dans toutes les régions du Québec. On a multiplié ces sessions d'information. Encore une fois, je ne pense pas qu'il faille s'inquiéter outre mesure, même s'il y a encore un bon nombre de plans qui ne sont pas rentrés. C'est une chose qui est complètement nouvelle, d'une part; d'autre part, il ne faut pas se cacher que, avec les effectifs que nous avons actuellement à l'office, nous ne serions pas en mesure de faire face à une avalanche; si les 7000 ou 8000 qui restent arrivaient d'un coup, je pense que cela ne nous avancerait pas plus, mais je vais demander à Mme Robillard de compléter.

Mme Robillard: Il y aura des annonces officielles de faites sous peu, qui sont des rappels genre avis officiel du gouvernement et il y a aussi des séances d'information qui se poursuivent. Dans la région de Montréal, les employeurs ont moins bien répondu qu'ailleurs - je pense que c'est typique de la région de Montréal - aux séances d'information que nos professionnels donnent sur le plan d'embauche et sur la manière de le réaliser.

La plupart des grands employeurs avec lesquels on est en contact sont - par exemple, Provigo, les caisses populaires, certaines brasseries - dans le moment en pleine élaboration; ils sont en contact avec nous pour donner des conseils.

Alors, s'il y avait des délais - il y a des délais prévus qui ont une incidence légale - je pense que ce serait surtout preuve du souci que la majorité des employeurs mettent à préparer le plan d'embauche et ils sont en interaction avec nos professionnels, à ce moment-là.

M. Paradis: Est-ce que vous avez un plan d'action pour l'année en cours, pour continuer cette collaboration que vous avez amorcée? Entre autres, le ministre mentionnait les grands organismes patronaux, dont le Conseil du patronat. Est-ce que vous continuez à talonner un organisme de la sorte, ou la chambre de commerce, quel que soit l'organisme patronal, de façon que cela vienne en collaboration davantage avec les

gens qui les représentent dans le milieu?

Mme Robillard: Je vous rappelle, pour commencer, que le patronat est représenté au conseil d'administration de l'office, comme le syndicat, d'ailleurs. Et où on a été peut-être plus faibles, c'est dans notre information à donner aux centrales syndicales, en particulier; il y a un projet qui se poursuit dans le moment et qui est fait avec les deux partenaires à notre conseil d'administration, soit le représentant du patronat et le représentant du syndicat.

L'office - je pense qu'il faudrait que vous lisiez à parts égales - de par son mandat et de par la composition du conseil d'administration, travaille vraiment par consensus et avec les partenaires impliqués. Ces partenaires c'est aussi l'Union des municipalités ou la Fédération des commissions scolaires.

M. Paradis: Je pense que la question cette fois-ci n'a pas été saisie. Est-ce que vous avez un plan d'action pour l'année qui s'en vient?

Mme Robillard: Pour le plan d'embauche.

M. Paradis: Pour susciter une plus grande collaboration, que ce soit le monde patronal - je veux insister sur cet intervenant parce que le ministre avait insisté - ou le monde syndical. Au cours de l'année, est-ce que vous avez des objectifs à respecter, avec des horaires de rencontres? Vous avez des chiffres, vous êtes à peu près à 1800. C'est vrai qu'on ne pourra pas atteindre 10 000, je le concède comme tel. Est-ce que vous avez des objectifs de fixés pour une évolution pour l'année en cours?

Mme Robillard: L'objectif principal, c'est le déroulement du programme du plan d'embauche, d'atteindre les objectifs. Cela seront probablement plutôt 8000 plans qui seront reçus parce qu'il y a des entreprises qui choisissent d'avoir un seul plan pour plusieurs établissements. Il y a un jeu dans ce nombre. Et, d'y associer les syndicats autant que possible. Cela se fait avec un comité et une interaction constante. Ce n'est pas un calendrier où on va dire: Un jour, on va rencontrer Ghislain Dufour et l'autre jour, Pierre Goyette.

M. Paradis: Ce que je comprends de votre réponse, c'est que vous avez un objectif à long terme...

Mme Robillard: Oui.

M. Paradis: ...qui est global, mais que vous ne vous êtes pas fixé pour l'année en cours des objectifs qu'on pourrait appeler à

court terme ou à moyen terme.

Mme Robillard: Il y a des objectifs comptabilisables, quantifiables, de traiter dans un an le nombre de plans d'embauche qui nous seront revenus et qui nécessiteront toujours une interaction avec les employeurs et, dans bien des cas, avec les associations de salariés.

M. Lazure: Une des priorités qu'on avait établie, c'était de commencer par les plus grandes entreprises. L'analyse des plans d'embauche et le rythme auquel on les a reçus, cela suit cela aussi jusqu'à un certain point. C'est surtout les grandes entreprises pour qui cela a été plus facile de présenter leur plan d'embauche. Elles ont du personnel de bureau, des services de personnel qui déjà étaient assez sensibilisés à cela. Nous, dans le traitement des plans d'embauche, à l'office, nous allons donner priorité aux grandes entreprises pour qu'elles démarrent au plus vite. C'est pour cela d'ailleurs que, lorsque Mme la présidente mentionne Provigo, c'est une des nombreuses grandes entreprises qui ont soumis un très bon plan d'embauche et qui sont en train de le mettre en vigueur actuellement. Nous avons aussi déjà donné priorité au secteur public. Nous avons depuis trois ans stimulé l'embauche de personnes handicapées dans les différents ministères si bien que, dans l'ensemble de l'appareil gouvernemental, actuellement nous dépassons un peu plus que 3% du nombre total de postes dans le public qui sont occupés par des personnes handicapées. Nous allons, encore une fois, mettre l'accent sur cette collaboration qui est prévue dans l'article 63 de la loi. L'article 63, qui traite du plan d'embauche, dit que l'employeur doit, le cas échéant, consulter la partie syndicale, l'association d'employés.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Je vais procéder à une dernière question non pas parce que je n'en aurais pas d'autres, mais à cause du temps qui nous limite pour que l'ensemble des membres de la commission puissent avoir la chance de poser au moins une question. Dans le cas des services à domicile pour les personnes handicapées, c'est un dossier qui a attiré l'attention de l'ensemble de la population au cours des dernières semaines, des derniers temps, on a parlé d'un budget de 1 800 000 \$ pour la province, le budget réclamé était de 1 800 000 \$ pour la région de Montréal strictement. Celui qui vous a précédé à cette table, le Dr Laurin, a parlé de la nécessité ou de l'orientation du ministère des Affaires sociales d'accentuer et d'accélérer les politiques de maintien à domicile. Il y a deux questions: Est-ce que

cela constitue une priorité pour l'office de maintenir ces gens à domicile le plus possible? Est-ce que les budgets qui y sont consacrés vont être augmentés? Est-ce que ces budgets vont être, non pas aléatoires chaque année, mais assurés chaque année pour les organismes qui s'occupent ou qui oeuvrent dans ce domaine?
(12 h 15)

M. Lazure: La réponse est oui. C'est une priorité. Même si l'essentiel des frais encourus pour les soins à domicile aux personnes handicapées et aux personnes âgées est défrayé par le ministère des Affaires sociales, il n'en reste pas moins que notre office, à même le budget d'environ 2 000 000 \$ qui est consacré au plan de services personnels, a dépensé en 1983-1984 au-delà de 400 000 \$ pour l'aide à domicile - 428 000 \$ plus précisément - pour l'aide et les soins à domicile aux personnes handicapées qui n'étaient pas atteintes par les services du ministère des Affaires sociales. Encore une fois, nous, on vient en dernier recours, à la fin. S'il n'y a personne qui le donne, on essaie de le donner. Donc, c'est une priorité: 428 000 \$ sur à peu près 2 000 000 \$, c'est un pourcentage important pour l'aide à domicile. Nous avons, le ministre des Affaires sociales et moi, plaidé la cause de l'aide à domicile pour les personnes handicapées au Comité des priorités il y a quelques mois. C'est ainsi qu'on a obtenu ce montant additionnel de 1 800 000 \$ qui pourrait facilement être dépensé seulement dans la région de Montréal, c'est sûr. Mais l'ensemble du Québec va profiter de ces 1 800 000 \$. Mme Robillard, voulez-vous compléter?

M. Paradis: Est-ce que... Si vous me permettez une question additionnelle...

M. Lazure: Oui.

M. Paradis: Est-ce que vous avez plaidé pour 1 800 000 \$ ou est-ce que vous avez plaidé pour les besoins?

M. Lazure: On a plaidé pour plus que cela, M. le député de Brome-Missisquoi, mais dans l'arbitrage qui s'est fait, c'est la somme qui a été dévolue. Mais on a plaidé pour plus que cela, évidemment.

M. Paradis: Ce que vous me dites, c'est que les ministres impliqués dans ce secteur sont conscients des besoins additionnels?

M. Lazure: Absolument. Mme Robillard?

Mme Robillard: Je veux simplement ajouter que le budget d'aide matérielle de l'office pourra continuer à soutenir des personnes qui ne reçoivent pas de services dans le moment et qui, généralement, sont

des personnes qui font l'objet d'un programme, d'un plan de désinstitutionnalisation, qui reçoivent des services lourds et dispensés dans des centres d'accueil et qui peuvent revenir dans un milieu naturel avec cette intervention. Cela veut donc dire qu'il y aura d'autres personnes qui seront touchées par le biais de notre plan.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Sur ce point précis, avant de passer la parole... C'est parce que c'est à la suite de sa question... Le ministre ne se souvient-il pas... Je lui avais posé une question à ce sujet lors de l'étude des crédits l'an dernier. Vous m'aviez alors affirmé - et c'est dans le journal des Débats - qu'aucun cas lourd ne serait en manque de service à domicile au 1er juillet et qu'il n'y avait à ce moment-là que 81 cas, alors qu'il semble y en avoir davantage qui n'ont pas été servis durant l'année. Pourtant, vous m'affirmiez que tous les cas étaient servis dans la région de Montréal.

M. Lazure: Il s'agissait des cas identifiés. Mme Robillard a participé à des discussions de façon plus détaillée sur ces cas. Je ne parlais pas de tous les cas possibles dans la région de Montréal. Je parlais... Il y avait une liste de cas pour lesquels des groupements de personnes handicapées de la région de Montréal réclamaient des services à domicile de façon très ponctuelle.

Mme Robillard: Il n'y a pas eu d'interruption.

M. Lazure: Allez-y donc.

Mme Robillard: Il n'y a eu aucune interruption de service.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Non, mais est-ce que tous les cas qui avaient des besoins étaient servis?

Mme Robillard: Dans la région de Montréal, au cours de cette année, oui. Il y a encore des demandes, mais ce sont des personnes qui...

M. Lazure: Ajoutées.

Mme Robillard: ...qui se seraient ajoutées, qui sont en institution dans le moment et qui veulent retourner... Elles ne sont pas en manque de service. Elles ne sont pas toutes seules dans un logement avec personne pour s'en occuper.

M. Lazure: Encore une fois, les regroupements de personnes handicapées avaient, dans la région de Montréal, identifié

des personnes gravement handicapées qui étaient en logement, qui étaient à la maison, qui avaient un besoin immédiat de service.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Lazure: Mon engagement a été de dire: On va voir à ce que... Et le ministre des Affaires sociales était d'accord à ce moment-là. On a combiné nos efforts au ministère et à l'office et on a satisfait les besoins de ces quelque 80 - je ne me souviens pas du nombre exact, je ne l'ai pas devant moi - personnes qui étaient identifiées. Par la suite, se sont ajoutés d'autres noms sur cette liste de personnes handicapées...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Combien en avez-vous présentement sur cette liste?

Mme Robillard: Il y a des listes d'attente à Montréal qui sont traitées par un comité d'admissibilité où siègent les personnes handicapées elles-mêmes avec le conseil régional.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous en avez combien sur cette liste?

Mme Robillard: Sur cette liste d'attente, à Montréal, on pense qu'il y aurait plus d'une centaine de personnes qui pourraient sortir des institutions. Mais ce ne sont pas des gens qui sont dans des logements sans service.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon, il me semble y avoir... Je ne pourrai vraiment pas trancher parce que je n'ai pas les données, mais je vous demanderais de vérifier. Selon les informations que nous avons eues du groupe qui a fait une contestation il y a environ trois semaines, il considérait qu'actuellement il y avait 125 personnes handicapées lourdement, demeurant chez elles et qui étaient sur une liste d'attente et ne recevaient aucune aide à domicile, et qu'en plus 25 autres personnes étaient en institution en attendant qu'on puisse leur offrir des services à domicile. Ce sont des chiffres que cette association nous a donnés. C'est la coalition, qui est sans doute représentée au sein de votre comité d'admissibilité, mais j'aimerais bien qu'on ait les chiffres exacts parce que, d'un côté comme de l'autre, cela ne semble pas être clair.

Mme Robillard: Au moment où ce groupe a rencontré M. Laurin au 6161, rue Saint-Denis, M. Laurin lui a bien dit qu'il n'y aurait aucune interruption de services. Les personnes à domicile, moi, j'étais là...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, mais les représentations que mon collègue de Brome-Missisquoi et moi-même vous faisons sont dans ce sens: Quand allez-vous répondre aux besoins des personnes qui sont à domicile et qui, d'après les données que nous avons, seraient en attente de services? S'il n'y a pas d'interruption pour les 81 cas et même si vous en avez ajouté 20 dans la centaine qui en reçoivent, c'est parfait, mais nous vous parlons des personnes qui seraient en attente et qui sont à domicile sans compter les quelque 25 qui seraient en institution.

M. Lazure: Mme la Présidente, je vais répéter ce que je vous avais dit l'an passé, et on a rempli cet engagement l'an passé. Si, au moment où on se parle, aujourd'hui, il y a des personnes gravement handicapées qui sont à domicile et qui manquent d'aide, qui n'ont pas de soins, nous aimerions bien connaître leur identité et leur adresse. Nous allons faire en sorte qu'elles obtiennent ces soins-là.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Parfait! On vous fera parvenir cela. M. le député de Rivière-du-Loup.

M. Boucher: Merci, Mme la Présidente. Étant donné que le député de Brome-Missisquoi a déjà posé la question sur les centres de travail adapté, j'aurais eu envie d'appuyer sa demande d'augmenter ces centres de travail adapté. Je peux dire au ministre que je l'appuierai dans ses demandes au Conseil du trésor pour augmenter les budgets dans ce sens-là, parce que je considère que ces centres de travail adapté, particulièrement dans les régions qui en sont complètement dépourvues, sont une suite logique des centres de réadaptation qui existent pour les handicapés. Je pense que, dans les régions comme la mienne, qui en sont dépourvues actuellement, quoi qu'il y ait un embryon de centre de travail adapté actuellement, qui a pu être financé en partie par l'OPDQ, on pourra l'an prochain trouver une réponse favorable au niveau des crédits.

Je poserais plutôt une question concernant le fameux problème des barrières architecturales dans les édifices publics. J'aimerais que le ministre fasse un peu le point sur ce qui a été fait et sur ce qui est censé se faire, parce qu'on constate encore, même au niveau des services gouvernementaux dans certains bureaux du gouvernement qui sont nouvellement loués, que l'on n'a pas respecté ces barrières architecturales pour l'accès aux handicapés. Je ne sais pas si, au niveau du ministère, on envisage des politiques assez radicales pour obliger les ministères, lors de la location de ces bureaux, à prévoir l'accès requis pour les handicapés. Certains bureaux sont situés au deuxième étage de certains édifices où il n'y

a même pas d'ascenseur, et l'accès aux handicapés n'y est pas possible, en fait. Je demanderais au ministre de faire le point sur cette question et de voir quelle évolution il y a eue depuis la loi 9.

M. Lazure: J'ai eu l'occasion d'intervenir en particulier depuis un an et demi, grâce à mes nouvelles fonctions de ministre délégué aux Relations avec les citoyens, car ma principale tâche est d'essayer d'améliorer la qualité des services gouvernementaux. J'ai eu l'occasion de visiter toutes les régions du Québec et de visiter plusieurs bureaux gouvernementaux. C'est vrai qu'au moment où on se parle, il y a trop de bureaux gouvernementaux qui sont dans des endroits inaccessibles aux personnes handicapées.

J'ouvre une parenthèse pour vous dire, Mme la Présidente, ainsi qu'aux membres de la commission, collègues et députés des deux côtés de l'Assemblée, que les députés ne donnent malheureusement pas l'exemple. Les députés ne donnent vraiment pas l'exemple, je le répète. Plus de 50% des bureaux des députés ne sont pas accessibles aux personnes handicapées. On a fait le décompte récemment et je vais envoyer à tous les députés des deux côtés de l'Assemblée un rappel là-dessus. Je referme la parenthèse.

Pour revenir aux bureaux gouvernementaux, évidemment, s'il s'agit d'une construction nouvelle, que ce soit un bâtiment possédé par le gouvernement ou loué d'une entreprise privée dans les bâtiments nouveaux, il n'y a pas de problème. On y retrouve l'accessibilité requise.

Quand il s'agit de bâtiments plus âgés, j'ai demandé par écrit au ministre responsable des Travaux publics à l'époque et de la nouvelle société immobilière maintenant de faire en sorte qu'à l'occasion d'un nouveau bail ou d'un renouvellement de bail, nous négociions avec le propriétaire des aménagements. Cela s'est fait dans plusieurs cas, mais pas partout. Je vais faire un rappel à la nouvelle société parce que, de toute évidence, il y a des cas où, apparemment, le ministère des Travaux publics ou le ministère-client ne s'est pas soucié du tout de l'accessibilité des lieux et n'a même pas essayé de négocier avec le propriétaire. Je pars de la conviction si on fait un essai véritable de négociation, la plupart des propriétaires seront moralement obligés de procéder aux aménagements.

Une dernière remarque. Il reste que l'article 69 de la loi 9 assurant l'exercice des droits des personnes handicapées est le seul article qui, à toutes fins utiles, n'est pas tout à fait encore en vigueur, parce que les règlements qui doivent accompagner cet article ne sont pas encore publiés. Mon collègue, M. Tardif, au ministère de

l'Habitation et de la Protection du consommateur, m'assure qu'incessamment nous aurons un projet de règlement au Conseil des ministres.

Si ce projet est retardé, c'est pour plusieurs raisons. Faire l'évaluation du coût de l'aménagement pour rendre accessibles tous les anciens bâtiments pour tout le Québec, c'est une tâche considérable. C'est d'un coût considérable aussi. Probablement que l'estimation la plus juste serait autour de 200 000 000 \$ ou un peu plus pour rendre accessibles aux handicapés tous les bâtiments existants.

C'est bien clair qu'il va falloir avoir un règlement où l'accessibilité des bâtiments sera aménagée sur plusieurs années, cinq ans, six ans, sept ans, un peu comme les ministères font. La plupart de nos grands ministères dépensent depuis trois ou quatre ans 1 000 000 \$ à 2 000 000 \$ par année pour rendre leurs bâtiments accessibles, le ministère des Affaires sociales aussi bien que le ministère de l'Éducation. Il faudra que les entreprises privées fassent la même chose.

En terminant, sur l'autre volet de la question, les centres de travail adapté, effectivement, dans le comté de Rivière-du-Loup, il y a un projet intéressant qui nous a été soumis comme dans d'autres régions du Québec. Je ferai remarquer à la commission qu'en attendant d'avoir des crédits pour créer un nouveau centre de travail adapté, l'office accorde des crédits par le biais des contrats d'intégration professionnelle.

Le contrat d'intégration professionnelle - cela se passe surtout dans de petites et moyennes entreprises - permet de défrayer jusqu'à 85% du salaire pour une période de six mois et c'est renouvelable. Je vous ferai remarquer qu'au budget, dans les crédits, nous avons obtenu une somme additionnelle au cours de 1983-1984. Nous partions avec un budget de 1 200 000 \$ et nous avons eu un budget supplémentaire de tout près de 900 000 000 \$ pour... 890 000 \$. Pardon! Je prends mes désirs pour des réalités parfois. ...890 000 \$ à ce chapitre pour les contrats d'intégration professionnelle.

Peut-être que certains membres ne sont pas familiers. C'est une formule qui fonctionne très bien. Une petite entreprise en région se dit prête à embaucher une personne handicapée qui, souvent à ce moment, vit de l'aide sociale, une personne handicapée physiquement ou mentalement. Le bureau de Travail-Québec dans la région, de concert avec la représentante ou le représentant de l'Office des personnes handicapées, identifie une personne handicapée qui serait apte à remplir ce travail. Il y a un contrat tripartite qui est signé entre l'entreprise, l'office et Travail-Québec. De par ce contrat, encore une fois, l'office donne jusqu'à 85% du salaire pour une période de six mois renouvelable. On a

eu au cours de l'année passée au-delà de 700 contrats d'intégration professionnelle de la sorte et 50% de ces personnes sont retenues par l'employeur une fois que le contrat est terminé. Elles sont retenues entièrement aux frais de l'employeur, une fois que la subvention est terminée.

(12 h 30)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Merci, M. le ministre. Je voudrais demander le consentement aux membres de la commission pour que nous poursuivions quelques minutes, étant donné qu'il est 12 h 30. Est-ce que les gens sont d'accord?

M. Paradis: J'avais un engagement au caucus. Il faut absolument que j'y sois, mais je n'ai pas d'objection à ce que, s'il y a d'autres questions, elles soient posées.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est qu'on devait aussi tenir une petite séance de travail de quatre ou cinq minutes après.

M. Paradis: Tout ce que je voulais dire...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que vous nous donnez les consentements pour ce que nous déciderons à la séance de travail?

M. Paradis: Je vous donne les consentements, Mme la Présidente, pour ce que vous déciderez et, si vous appelez le vote, par anticipation, je dirai qu'il va être adopté sur division parce que, avec une diminution de 4,7% au budget pour les personnes handicapées, si l'on prend les trois éléments - il y en a qui semblent faire des... Je parle d'une diminution de 4,7% en termes réels si vous considérez que l'inflation prévue est de 5,3%. Les trois éléments qu'on analyse sont: Services aux adultes en travail adapté, Soutien aux organismes de promotion et Direction et administration; on nous demande d'adopter des crédits ici parce qu'il y en a d'autres dans ce programme qui ont été adoptés ailleurs pour 26 025 000 \$ et l'an passé ils étaient de 25 856 800 \$. En termes réels, on a une diminution de 4,7%. Je ne peux pas soutenir...

M. Lazure: Mme la Présidente, il faut tenir compte des budgets supplémentaires que nous allons chercher à chaque année, même dans les années difficiles que nous avons traversées. Le gouvernement délibérément, non seulement durant les périodes de restrictions budgétaires n'a pas réduit les budgets de l'Office des personnes handicapées ainsi que de l'Office des services de garde, mais a continué d'augmenter les budgets de ces deux offices depuis quelques années et nous avons l'intention de continuer à les augmenter.

M. Paradis: M. le ministre, vous nous demandez de voter sur une réduction réelle. C'est ce sur quoi l'on est invité à voter. Nous vous souhaitons bonne chance et nous vous donnerons tout notre appui pour aller chercher des montants additionnels pour que ce ne soit pas une diminution, mais les chiffres sur lesquels on aura à se prononcer par voie de vote, c'est une diminution réelle. Ce sont les faits durs de la vie.

M. Lazure: Encore une fois, simplement pour faire la mise au point, pour que ce soit clair, si l'on compare les estimations budgétaires d'une année à l'autre, à ce moment la remarque ne s'applique pas, mais si l'on compare l'estimation budgétaire de 1984-1985, telle qu'on la voit, vous avez raison, dans les crédits, elle est inférieure au montant réellement dépensé en 1983-1984. Je pense que le député a raison sur ce point. Je peux simplement répéter que ce fut le cas pratiquement à chaque année depuis trois ou quatre ans et que, malgré cela, on réussissait toujours, lors des budgets supplémentaires, des crédits supplémentaires, à aller chercher des montants significatifs, ce qui fait que d'année en année on a toujours dépensé réellement plus que l'année précédente parce que, justement, il y a beaucoup de besoins du côté des personnes handicapées.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le ministre, j'aurais une question à vous poser. C'est au sujet des responsabilités que doit assumer le ministère de l'Éducation ou le ministère des Affaires sociales eu égard à la scolarisation d'enfants handicapés qui n'ont pas de ressources dans leur milieu et qui doivent fréquenter ailleurs. J'ai l'impression qu'il y a seulement trois ministres qui en sont responsables et c'est peut-être pour cela que - enfin, ce ne sont peut-être pas les ministres, mais en tout cas - cela ne tourne pas rond.

Je vais vous donner un exemple précis d'un enfant de la région de Hull. J'imagine que vous avez dû en entendre parler, c'est un exemple que je prends au hasard: un enfant doit aller à Longueuil à l'institut Braille et on refuse de défrayer les coûts de sa pension pour fréquenter l'institut Braille. Il s'agit véritablement d'un enfant handicapé qui n'a pas de ressources dans son milieu. Toutes nos lois, nos chartes, etc. prévoient que les enfants handicapés ont les mêmes droits à l'éducation que les autres. C'est toujours entre deux... Le ministère de l'Éducation l'étudie, le ministère des Affaires sociales l'étudie et le résultat net, c'est qu'on demande aux parents de défrayer les frais. Quelle est la politique?

M. Lazure: Effectivement, jusqu'ici la politique a été un peu laissée au bon vouloir des commissions scolaires régionales et des

centres de services sociaux. Nous avons soulevé cette question lors de la commission parlementaire sur le projet de loi 40. Nous avons eu l'engagement du ministre de l'Éducation - Mme la présidente de l'office me fait remarquer que les pourparlers continuent entre elle et un des sous-ministres à l'Éducation - qu'il y aura une politique en noir sur blanc bien précise qui va s'appliquer à l'ensemble du Québec. Le cas que vous soulevez est réel mais je pourrais vous en soulever d'autres où les régions, par la commission scolaire régionale et le centre de services sociaux, défraient le coût de la pension de l'enfant qui s'en vient à Longueuil à l'institut Louis-Braille. Ce n'est pas normal que certaines régions le défraient et que d'autres régions ne le défraient pas. Il va y avoir une politique dans le sens que le CSS, le centre de services sociaux, et la commission scolaire régionale, à notre avis et de l'avis aussi du ministre de l'Éducation, devraient assumer ce coût lorsque la région ne peut pas offrir le service dans la région.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je veux bien qu'il y ait une politique. Sans vouloir être malicieuse, on sait des fois que les politiques, cela prend toujours un certain temps. Entre-temps, l'enfant doit aller à l'institut Braille. Qui doit assumer les coûts de pension de cet enfant dans une famille d'accueil?

M. Lazure: Ce cas-ci que vous soulevez...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce n'est nullement dû à un problème socio-économique de la famille ou sociofamilial. Elle est placée là parce qu'elle est handicapée.

M. Lazure: J'aimerais bien prendre connaissance du cas particulier que vous soulevez.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Immédiatement.

M. Lazure: D'accord, je vais en prendre connaissance et je m'engage à en discuter à la fois avec le ministre de l'Éducation et le ministre des Affaires sociales.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Parfait. J'aurais juste quelques questions à vous poser sur les cas de déficience mentale. Est-ce que le développement des ressources pour ces enfants est à la mesure de ce qui est offert à d'autres types de handicaps? Traditionnellement, les familles ont toujours assumé beaucoup de responsabilités. Je pense qu'on souhaite qu'elles continuent de le faire.

Vous avez reçu une copie de la lettre qui m'avait été envoyée. J'en ai d'autres

également, touchant la déficience mentale, où ces gens ont l'impression d'être traités en parents pauvres. Évidemment, ce n'est pas toujours un handicap aussi visible que dans d'autres situations. Il reste que l'intégration de ces personnes demeure un problème considérable. Les ressources à la famille ne sont pas très grandes. Cette personne me parlait du service de gardienne à domicile, service de dépannage à l'extérieur lorsque les parents veulent quitter pour quelques jours. Le fait, par exemple, que c'est beaucoup plus difficile pour eux d'avoir accès à un loyer à prix modique parce que les loyers ou les appartements adaptés ne leur sont pas accessibles. Vous retrouvez des déficients mentaux légers qui vont avoir un emploi de 80 \$ ou 85 \$ par semaine qui devrait les rendre admissibles à ce type de loyer et on ne le donne pas. Je pense qu'il y a une série de problèmes rattachés au problème de la déficience mentale, à l'intégration dans le milieu qui ne semble pas être une priorité. Il ne faut pas oublier qu'ils constituent la majorité de nos personnes handicapées. J'oublie les chiffres puisque je les ai déjà eus en tête.

M. Lazure: Si vous le voulez, je vais partager la réponse avec Mme la présidente.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord.

M. Lazure: Depuis 1977 ou 1978, à l'époque où l'on présentait le projet de loi, je me suis toujours efforcé - je l'ai dit encore tantôt - de rappeler aux gens qu'il s'agit d'une loi pour les personnes handicapées physiquement et/ou mentalement. On est souvent porté à l'oublier. Le handicap physique saute aux yeux la plupart du temps, alors que la déficience mentale, l'insuffisance intellectuelle mentale n'est pas apparente. C'est sûr qu'ils sont plus négligés.

Maintenant, dans le cas des postes de travail, j'ai une donnée en tête très précise sur les 1300 personnes handicapées qui sont dans les 38 ou 39 centres de travail adapté. Au dernier décompte, il y en a exactement 65% qui sont des personnes handicapées mentalement. Alors, dans ce genre de service, on ne peut pas dire qu'elles sont désavantagées. Pour ce qui est de l'intégration dans les logements, je vais laisser Mme Robillard répondre.

Mme Robillard: Il y a beaucoup de demandes de la part de représentants des personnes déficientes mentales pour avoir le même accès dans les HLM que les personnes âgées ou les personnes handicapées physiques. Je pense qu'il y a d'autres programmes qui peuvent répondre à leurs besoins, qui sont des suppléments au logement, qui ne sont pas nécessairement, à ce moment-là, des

logements dans les HLM, qui sont un supplément de revenu.

Ce à quoi il faudrait penser, c'est qu'il faut développer des appartements surveillés, pour les jeunes adultes qui doivent laisser leur famille, et où il y a des services de support, des services sociaux. Il y a des projets comme cela dans quelques régions du Québec.

La lettre à laquelle vous faites référence, c'est bien sûr que la personne en question faisait un excellent tour d'horizon des difficultés vécues. Je pense qu'elle se faisait aussi le porte-parole d'un groupement. On pourrait faire le même tour d'horizon pour des personnes avec d'autres sortes de déficiences, de handicaps, en particulier pour la santé mentale. La loi sur les personnes handicapées a prévu que les jeunes déficients mentaux, surtout, puissent rester à l'école de 18 à 21 ans. Et ce qu'on n'a pas suffisamment développé, on s'y active mais on n'est pas les seuls acteurs, ce sont des programmes d'apprentissage pour la période de scolarisation prolongée. On a beaucoup cherché à influencer le ministère des Affaires sociales là-dessus, sur des services d'apprentissage aux habitudes de travail, qui seraient plus valables, de meilleurs investissements que ce qui existe dans le moment.

Il y a eu un comité que M. Lazure avait demandé à M. Johnson sur cette question, qui a fait un grand bout de chemin pour proposer de meilleurs programmes. Pour le dépannage pour les enfants dont les parents, bien sûr, ont besoin de prendre des vacances comme les autres parents, il y a plusieurs centres d'accueil, l'Association des centres d'accueil, qui, pour toutes sortes de clientèles, cherchent à avoir des lits de dépannage - des lits, ce ne sont pas les bons mots, parce que le gardiennage est autre chose; mais ils cherchent à pouvoir développer ces services.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, c'est nettement insuffisant et là je n'en fais reproche à personne, mais il y a aussi une question de ressources.

Je voudrais revenir sur - parce que le temps court, il nous reste trois minutes - le supplément au logement. Dans le moment, à moins que vous ne connaissiez une autre ressource que je ne connaisse pas ou que l'office des handicapés ait ce type de programme, le seul supplément au logement que je connaisse, c'est celui pour les personnes de 65 ans et plus, que le gouvernement dit vouloir peut-être abaisser à 60 et 55. Je n'en connais pas d'autre, à moins que vous ne m'en indiquiez un.

Mme Robillard: Les personnes handicapées y ont droit également.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Et, est-ce que les personnes déficientes mentales l'auraient?

Mme Robillard: Je ne pourrais pas vous le dire. Les cas que je connais, on s'est servi de ce programme pour désinstitutionnaliser des personnes lourdement handicapées...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais, dans le cas...

Mme Robillard: ...dont certains...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ...des déficiences mentales, vous ne le savez pas.

Mme Robillard: Non. C'est parce qu'il y a, des fois, des multihandicaps, sauf que le jeune déficient mental peut vivre dans un appartement avec les ressources de la communauté, s'il y a des services sociaux pour le maintenir et s'il a un emploi dans un centre de travail adapté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce qu'il y a, c'est que, souvent, ces jeunes vont rentrer sur le marché du travail, vont toujours rester à un salaire très bas, souvent même pas le salaire minimum, parce que souvent il s'agit d'emplois un peu marginaux. Et, dans le cas dont nous parlons toutes les deux, il gagne 85 \$ par semaine. Qu'il veuille prendre un peu plus d'autonomie - et je suis sûre qu'il n'est pas le seul, j'en connais d'autres - qu'il puisse vivre seul, c'est très difficile avec un salaire de 85 \$ par semaine.

Dans ce sens-là, si on veut vraiment parler de réintégration... En tout cas, vous n'avez pas les réponses aujourd'hui, mais il faudrait peut-être y penser.
(12 h 45)

M. Lazure: Bien, je ne veux pas qu'il y ait de malentendu; 85 \$, ce n'est pas le salaire dans un centre de travail adapté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Non, non, non.

M. Lazure: D'accord. Parce que, dans le centre de travail adapté, c'est le salaire minimum ou plus qui est en vigueur.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Lazure: Pour revenir à la question du logement. Dans le moment, il y a une entente qui permet à deux centres d'accueil importants, le centre Lucie-Bruneau à Montréal et le centre François-Charon à Québec, de fournir une aide financière supplémentaire pour le logement aux personnes handicapées physiquement. On dit physiquement parce qu'il s'agit de frais qui

sont associés à l'aménagement, à l'accessibilité. Si une personne handicapée mentalement a aussi un handicap physique, ce qui arrive quand même assez souvent, il est bien sûr que, à ce moment-là, la personne handicapée mentalement avec un handicap physique en plus, est admissible à ce supplément de logement.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais quand on parle de déficience mentale...

M. Lazure: Sans handicap physique.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ...sans handicap physique - je ne sais pas si on peut parler de simple ou de pur, mais...

M. Lazure: Cette personne-là ne serait pas admissible parce qu'il n'y a pas de problème d'accessibilité, d'aménagement des lieux, à ce moment-là.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): En tout cas, je pense que c'est peut-être une chose à laquelle on peut penser. Ma dernière question, c'est le problème de transport des enfants. Et, comme c'est arrivé à Drummondville, vous avez sans doute entendu parler, des difficultés que les enfants ont eues pour le transport scolaire, des enfants handicapés, avec handicaps multiples.

Est-ce que ces questions sont réglées?

Mme Robillard: Est-ce que vous faites référence au service de réadaptation, où ils devaient aller à l'hôpital Cooke à Trois-Rivières, à partir de Drummondville? Parce que ce que l'on a pu réussir à obtenir, c'est de leur donner des services à Drummondville même.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Non, non, c'étaient des enfants qui allaient... Un groupe de parents de Drummondville mesurent la difficulté de l'intégration scolaire des handicapés. Alors...

Mme Robillard: Ah oui! Alors, ce n'était pas vraiment une question de transport, à ce moment-là.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Non.

Mme Robillard: C'était une question de la commission scolaire qui n'assumait pas ses responsabilités et qui...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Qu'il y ait des difficultés pour le transport de ces enfants-là.

Mme Robillard: Mais il y a six enfants qui n'avaient jamais reçu de service, qui ont commencé l'école au mois de septembre. Notre agent de développement y a mis

beaucoup d'investissement et beaucoup de travail, avec la commission scolaire et les parents.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Je vous remercie. Apparemment, le programme 7 n'a jamais encore été adopté parce que vous avez discuté de 1 et 2 ailleurs et on discute de 3, 4 et 5.

M. Lazure: Et le 7.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors, le programme 7 avec tous ses éléments est-il adopté?

Une voix: Adopté, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors, on vous remercie. Pour les quelques membres qui restent, il nous reste trois minutes.

M. Lazure: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Merci.

M. Lazure: Merci, MM. les membres de la commission.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors, nous ajournons les travaux sine die.

(Suspension de la séance à 12 h 48)

(Reprise de la séance à 15 h 17)

Affaires sociales (suite)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): À l'ordre, s'il vous plaît!

La commission des affaires sociales se réunit pour continuer l'étude des crédits budgétaires du ministère des Affaires sociales.

Sont membres de la commission: Mme Bélanger (Mégantic-Compton), M. Bissonnet (Jeanne-Mance), M. Blouin (Rousseau), M. Bordeleau (Abitibi-Est), M. Boucher (Rivière-du-Loup), M. Champagne (Saint-Jacques), M. Gravel (Limoulu), M. Lavigne (Beauharnois) remplacé par M. Beaumier (Nicolet); Mme Lavoie-Roux (L'Acadie), M. Leduc (Fabre), M. Martel (Richelieu), M. Middlemiss (Pontiac), M. Paradis (Brome-Missisquoi), M. Paré (Shefford), M. Rochefort (Gouin), M. Sirros (Laurier).

Cet après-midi et ce soir, nous avons convenu d'étudier les programmes 3, 7, 8 et 9. M. le ministre, nous commençons par le programme 3. Avez-vous des remarques?

Service des centres hospitaliers de courte durée et psychiatriques

M. Laurin: Non, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Brome-Missisquoi.

Déficit des centres hospitaliers

M. Paradis: J'aurais beaucoup de remarques, Mme la Présidente, mais, de façon à accélérer le débat, j'aimerais qu'on procède immédiatement à une série de questions. De façon à faciliter les réponses de la part du ministre, je le préviens que j'ai puisé plusieurs questions dans un document qui vous a été expédié le 10 courant par l'Association des hôpitaux du Québec et qui a fait l'objet d'une conférence de presse. D'un côté, on a les chiffres du ministère; de l'autre côté, on a les chiffres de l'Association des hôpitaux du Québec. Ce que je recherche dans les questions que je vais poser au ministre, c'est de tenter de découvrir quels sont les vrais chiffres. D'un côté, on prétend que la situation est tolérable et, de l'autre côté, on prétend qu'elle est absolument intolérable. Si le ministre a en main le document en question, je vais lui donner le temps de le retrouver.

M. Laurin: Vous voulez dire la position de l'Association des hôpitaux face aux compressions budgétaires?

M. Paradis: Oui, à la page 13, M. le ministre. Dans la liste des contraintes, on commence par la première contrainte que dénonce l'Association des hôpitaux. L'Association des hôpitaux nous dit que, pour atteindre l'équilibre budgétaire, les centres hospitaliers devront d'abord résorber leur déficit de 1983-1984 qui se chiffrera aux alentours de 35 000 000 \$. Selon les données dont vous disposez, est-ce que cette évaluation du déficit de 1983-1984 vous paraît juste?

M. Laurin: M. Deschênes.

M. Deschênes: Oui. Il s'agit effectivement de l'ordre de grandeur du déficit anticipé, d'après les derniers rapports trimestriels que nous avons reçus.

M. Paradis: Est-ce que l'affirmation de l'association voulant que, pour atteindre l'équilibre budgétaire, les centres hospitaliers devront d'abord résorber leur déficit de 1983-1984... Est-ce là la politique du ministère?

M. Deschênes: C'est la responsabilité de chaque établissement de maintenir l'équilibre budgétaire. Dans cette question, on ne peut pas répondre sur 35 000 000 \$ parce qu'il faut examiner dans chaque établissement hospitalier quelles sont les causes qui ont pu

intervenir sur ce déficit.

Alors, disons qu'il y aura une approche, un examen de chacun des cas afin de voir quelle est la cause, quelle est l'ampleur, qu'est-ce qui peut être fait. Cet examen budgétaire de chacun des établissements est d'ailleurs prévu comme un des éléments dont on va discuter lors de la rencontre qui avait été prévue pour le 19 avril avec les conseils régionaux. On veut avoir les informations qu'ils peuvent avoir sur la cause de certains déficits.

Certains établissements ont détérioré leurs performances au cours de la dernière année, d'autres se sont maintenus, d'autres ont continué à progresser. Il faut tenir compte de cet historique de l'année en cours et des causes qui peuvent intervenir. Ce n'est donc pas une réponse comme s'il y avait un déficit de 35 000 000 \$ dans une place, mais un certain nombre d'endroits à examiner. Est-ce qu'il y en a 20 ou 40 à examiner? Comme je le mentionnais tantôt, il reste que la moitié des déficits se situent dans sept ou huit centres hospitaliers comme tels. Il est certain que ces sept ou huit en particulier vont faire l'objet d'un examen précis pour voir si leurs performances ou leur productivité s'est accrue ou non. Il y aura des positions à prendre dans chacun des établissements.

M. Paradis: Je veux bien comprendre la position du ministère. Vous allez procéder à l'identification des centres hospitaliers qui sont responsables en partie de ces 35 000 000 \$ de déficit. Vous allez analyser les causes de ces déficits. Dans le cas où les causes seraient les services à la clientèle... Si on opère un hôpital, on ne peut fermer les portes même si le budget est dépasse; il faut continuer à rendre le service à la population. Dans ces cas, est-ce que ces institutions hospitalières vont quand même avoir à éponger leur déficit de l'année antérieure?

M. Deschênes: L'examen que l'on va faire va comporter le volet de l'achalandage ou de la clientèle. Encore là, il faut préciser, s'il y a augmentation de la clientèle, quelle est la raison de cette augmentation. Est-ce vraiment de l'urgence ou, par exemple, est-ce que c'est le conseil d'administration qui a admis huit médecins de plus dans un domaine et quelles étaient les possibilités de décision ou de contrôle qu'un conseil pouvait appliquer dans ce domaine? Disons qu'il faut distinguer. Oui, il y aura un examen de l'achalandage ou de l'effet de clientèle. Deuxièmement, il faudra non seulement enregistrer un effet de clientèle, mais évaluer les causes de l'effet de clientèle.

M. Paradis: D'accord. La question finale

sur ce point: une fois ce dossier bien identifié, les institutions, les causes, etc., il y a des déboursés à effectuer. Il y a 35 000 000 \$, qui est un déficit. Les hôpitaux vont avoir à l'éponger. Est-ce que vous avez prévu les cas où il s'agirait de services à la clientèle qu'ils ne pouvaient éviter? Est-ce que vous avez prévu des crédits additionnels pour ces cas ou est-ce que les 35 000 000 \$ font partie des crédits totaux qu'on a à adopter?

M. Deschênes: Les 35 000 000 \$ ne font pas partie des crédits totaux puisqu'il s'agit d'un déficit. C'est là le problème.

M. Paradis: Oui, mais les crédits totaux seront affectés au paiement du déficit.

M. Deschênes: Mais il n'y a pas une somme ou un montant forfaitaire mis en réserve quelque part pour éponger 30 000 000 \$ ou 20 000 000 \$ du déficit des centres hospitaliers. De toute façon, il faut valider les centres hospitaliers. Il faut donc avoir les états financiers dont un certain examen a été fait. Il s'agit ici de prévisions basées sur trois rapports trimestriels et c'est au cours de l'année 1984-1985, donc, par exemple, au cours de l'été - je dirais au mois de juin dans certains cas, cela dépend de la vitesse d'entrée des états financiers - qu'il faut valider ces états et, si nous avons des problèmes d'achalandage importants - je ne parlerai pas de chaque variation qui est due à des causes qui échappent au contrôle du conseil d'administration et à ses décisions - c'est au cours de l'année que nous examinons avec cet établissement ce que nous pouvons faire et, au besoin, requérir des crédits.

M. Paradis: On parle de 35 000 000 \$ pour 1983-1984. À titre d'information, à combien se chiffre le déficit accumulé au total?

M. Deschênes: Excusez-moi, j'ai eu une distraction.

M. Paradis: On parle de 35 000 000 \$ de déficit pour l'année 1983-1984. Le déficit accumulé, s'il y en avait, dans le cas...

M. Deschênes: Oui, je demanderais à M. Lamonde, qui a peut-être les derniers renseignements là-dessus, puisque c'est un dossier qui évolue constamment...

M. Lamonde: La prévision du déficit de 1983-1984 inclut les déficits antérieurs qui n'ont pas déjà fait l'objet d'une décision gouvernementale de remboursement. Donc, par exemple, les déficits de 1982-1983 qui n'ont pas été résorbés par les établissements en 1983-1984 et qui ont continué d'exister

font partie de la prévision des déficits à la fin de l'exercice 1983-1984. Donc, le déficit de 1983-1984 n'est pas le déficit opérationnel de l'année, c'est un chiffre cumulatif.

M. Paradis: Est-ce que dans vos calculs vous avez prévu un déficit d'opération pour l'année qu'on vient de commencer?

M. Lamonde: On ne prévoit pas de déficit d'opération. On prévoit que les établissements vont revenir à l'équilibre budgétaire.

M. Paradis: Vous ne prévoyez aucun déficit.

M. Lamonde: C'est-à-dire qu'on prévoit, avec l'allocation des ressources qui est faite, que les établissements vont devoir faire des plans de compressions pour revenir à l'équilibre budgétaire. Dans la mesure où ils le font, on va être en équilibre budgétaire à la fin de l'exercice 1984-1985. Dans la mesure où ils ne le font pas, parce qu'ils ne sont pas capables de le faire ou parce qu'ils ne veulent pas le faire, on ne sera pas en équilibre budgétaire à la fin de l'exercice.

M. Deschênes: Je voudrais ajouter un commentaire.

M. Paradis: Est-ce que sur le plan des compressions budgétaires vous avez reçu à ce jour, au ministère, de l'Association des hôpitaux une collaboration dans ce dossier de façon que les compressions qui ont été appliquées dans les années antérieures soient respectées et que les hôpitaux ne dépassent pas leurs contraintes budgétaires?

M. Lamonde: La question s'adresse à moi?

M. Paradis: Au ministre, tout le temps.

M. Deschênes: Je voudrais compléter ici. L'Association des hôpitaux regroupe l'ensemble des centres hospitaliers. Elle fait donc valoir les points de vue des centres hospitaliers sur un ensemble de problèmes, que ce soient des éléments législatifs ou des situations de fait. De façon générale, l'association, comme les autres associations d'établissements, se rencontre dans le cadre d'un comité conjoint - dans ce cas, il s'agit d'un comité qui est coprésidé, en quelque sorte, par Guy Rivard, sous-ministre adjoint aux programmes de santé et représentant de l'AHQ. Ces rencontres se font périodiquement ou à l'occasion de certains problèmes particuliers. Il y a toujours des rencontres et nous travaillons toujours en collaboration avec les établissements. Dans des questions comme celles-là, nous ne négocions pas les budgets des hôpitaux avec

les associations, vous me comprendrez. On part de crédits établis par le gouvernement et votés à l'Assemblée nationale pour répondre aux besoins de notre réseau. C'est donc pour nous davantage une association qui regroupe les intérêts de l'association, lorsqu'on discute avec elle, qu'un endroit où on définit les budgets. Je dirais d'ailleurs que l'association...

M. Paradis: C'est strictement une question de comportement, sur le plan du comportement dans les années antérieures, parce que ce n'est pas la première année de compressions budgétaires. Est-ce que l'association a été une association qui a collaboré aux compressions qui pouvaient s'effectuer?

M. Deschênes: Oui. J'ajouterais d'ailleurs que l'Association des hôpitaux était très consciente, et elle l'a déjà rappelé - je crois que c'est en décembre ou janvier - elle comprenait que neuf centres hospitaliers sont responsables d'au-delà de 50% du déficit prévisible, et même davantage. On peut préciser aujourd'hui, quand on regarde les derniers rapports trimestriels, qu'il y a trois ou quatre centres hospitaliers qui représentent quelque chose entre 30% et 40% du déficit. Il y a une certaine concentration. Il est important de tenir compte de cela. Là-dessus, l'Association des hôpitaux disait - je dis décembre, mais je n'ai pas la date précise - dans un document position qu'elle a fait sur les budgets, et je cite un extrait de sa position: que, dans le cadre d'une politique d'incitatifs, le ministère prenne des mesures énergiques à l'endroit des établissements qui ne respectent pas de façon chronique - nuance, c'est là qu'il faut voir les causes - l'équilibre budgétaire et pénalisent de la sorte l'ensemble du réseau. (15 h 30)

Oui, il y a une collaboration, il y a une compréhension de ce qui a été fait historiquement en situant toutefois les rôles comme distincts. Effectivement, il ne s'agit pas d'une table de négociation, mais d'un lieu où on cherche le consensus, où on s'informe mutuellement. C'est le type de rapports que nous avons avec les associations d'établissements.

M. Paradis: On part donc avec 35 000 000 \$ de déficit dont on va analyser les causes, identifier la provenance, etc. Au paragraphe 2: "À cette somme s'ajoutera une révision à la baisse de la base budgétaire d'environ 15 000 000 \$ à titre d'ajustement du taux d'accroissement des dépenses non salariales qui, au dire du ministère, auraient été surestimées en 1983-1984. Nous doutons fort pour notre part que les centres hospitaliers aient ainsi bénéficié en 1983-1984 d'un taux supérieur à l'évolution

observée des prix et des fournitures. Il s'agit plutôt d'une contrainte déguisée. En tout état de cause, il nous apparaît troublant que ce soit l'agent payeur qui calcule lui-même les taux prévisibles d'inflation dans les prix des fournitures, et nous réitérons ici notre recommandation à l'effet que ces taux soient déterminés par un organisme indépendant." Y a-t-il à ce chapitre 15 000 000 \$ de compressions qui sont appliquées?

M. Deschênes: Je pense que cette question des compressions de 15 000 000 \$, on l'a abordée la première journée. Je veux bien qu'on y revienne avec plus de précisions. C'est de 116 200 000 \$ dont il s'agit pour le secteur des centres hospitaliers. Il s'agit d'une correction d'une mauvaise prévision faite pour 1983-1984. M. Lamonde pourra compléter en donnant des chiffres précis. Il y a deux éléments dans ce que vous mentionnez. On peut discuter de la nature de ces 16 200 000 \$. Discutons-en. Il y a un autre élément: Qui peut établir une telle prévision? S'il est troublant, en quelque sorte, que ce soit l'agent payeur, comme le dit l'association, qui calcule lui-même les taux prévisibles, moi, je trouverais fort troublant que l'État ne fasse pas de tels travaux pour préciser... Que ce soit pour les masses salariales ou pour les dépenses, c'est normal que l'État fasse ce travail. Vous avez lu la citation au complet. On peut s'étonner ici qu'on se réfère à un organisme - sans doute une nouvelle structure à mettre sur pied, dira-t-on - un organisme central qui ferait des prévisions statistiques. Nous faisons le travail annuellement, une mise à jour constante de ces indices qu'on appelle, par exemple, l'indice des prix hospitaliers, c'est-à-dire le panier de provisions des dépenses non salariales. Il varie, évidemment, un peu différemment de l'indice des prix à la consommation de tout citoyen. Nous suivons très régulièrement l'indice des prix de cet élément. Je crois que c'est normal que l'État le fasse.

M. Paradis: D'accord. À ce moment-là, ce que vous faites cette année, c'est que vous reprenez le calcul en soustrayant 15 000 000 \$.

M. Deschênes: Oui. Je voudrais...

M. Paradis: Vous dites: On a commis une erreur l'an passé. Donc, on recommence notre calcul, mais l'application pratique au niveau des crédits, c'est qu'il y a 15 000 000 \$ de moins.

M. Deschênes: Je dirais qu'il y a eu une prévision, disons, de 15 000 000 \$, aux fins de notre discussion - discutons de 15 000 000 \$ - il y a eu une prévision de 15 000 000 \$, mais en réalité elle n'a pas

été de cette envergure. La logique budgétaire rigoureuse signifierait que les 15 000 000 \$ ou 16 000 000 \$, au cours de l'année 1983-1984, devraient être retirés. Il s'agissait d'argent pour des dépenses non salariales. Il y a donc eu, en 1983-1984, 15 000 000 \$ de surbudgétisation dans les centres hospitaliers. La première décision, c'est qu'ils ont été laissés dans le système du centre hospitalier au cours de 1983-1984. La deuxième décision: Qu'est-ce qu'on fait en 1984-1985? S'ils sont surbudgétisés, on les reprend en disant: D'accord, pour 1983-1984, il y a eu mauvaise prévision, ou la conjoncture économique a fait que cela a coûté moins cher; on les laisse dans le système en 1983-1984. Il y a des problèmes à régler, des équilibres difficiles. D'accord, on les laisse là. Mais, en 1984-1985, on ne les mettra pas dans la base pour indexer une fausse prévision. Appeler cela une contrainte, il faut se comprendre. En réalité, c'est - et là, je vais caricaturer autant - un cadeau en 1983-1984; disons une erreur, entre nous, si on veut trouver l'intermédiaire.

M. Lamonde: Je voudrais ajouter un complément d'information, s'il vous plaît! Si on lit, à la page 13, à l'article en question, l'AHQ nous dit: "Nous doutons fort pour notre part que les centres hospitaliers aient ainsi bénéficié en 1983-1984 d'un taux supérieur à l'évolution observée des prix des fournitures. Il s'agit plutôt d'une contrainte déguisée." Ce que je comprends de cela, c'est que si la réalité a été, contrairement à ce qu'en pense l'AHQ, celle que, nous, on pense, il ne s'agirait pas d'une contrainte. Là-dessus, on peut démontrer n'importe quand à l'AHQ que le taux de budgétisation qu'il y a eu a été de 6,63% et que la réalité a été de 4,15%, ce qui donne 16 000 000 \$, en fait, dans le réseau.

Deuxième élément d'information: je voudrais dire que, l'an dernier, l'AHQ a aussi fait des commentaires sur la budgétisation dans un document de mai 1983, page 9. On parlait du taux global d'accroissement. On nous disait: Les taux d'accroissement des dépenses accordées aux différentes catégories d'établissements semblent conformes aux prévisions quant à l'augmentation des prix des fournitures et quant au rétablissement des échelles salariales au 1er avril 1983. Seul le temps pourra effectivement confirmer ou infirmer ces prévisions et nous tenons pour acquis que le MAS procédera aux ajustements budgétaires requis si la réalité s'avère différente.

M. Paradis: Point 3... J'ai 35 000 000 \$ de déficit, j'ai 15 000 000 \$ ou 16 000 000 \$, appellons-les cadeau, erreur de calcul, comme on voudra, mais c'était dans le budget de fonctionnement de l'année dernière et cela ne s'y retrouve plus

cette année.

La Présidente (Mme LavoiR-Roux): Surbudgétisation.

M. Paradis: Surbudgétisation, comme le dit Mme la Présidente. On ne le retrouve plus. On est rendu, en commençant notre année, avec les deux points, à un minimum de 40 000 000 \$. À cela s'ajoute une contrainte générale de 7 500 000 \$ et une contrainte spécifique de 5 000 000 \$ que les établissements devront résorber à même la masse salariale des cadres. Cette dernière décision de sortir une partie des compressions budgétaires d'une obligation d'utiliser une baisse du taux d'encadrement comme un des moyens de les absorber, nous croyons, comme nous l'avons déjà exprimé formellement dans une lettre adressée au sous-ministre adjoint à la santé, qu'il s'agit "d'une intervention inacceptable..." Je pense que tout le monde a pris connaissance de la lettre.

Est-ce que ces 7 500 000 \$ et ces 5 000 000 \$ - cela fait 12 500 000 \$ - sont des chiffres réels qu'on soustrait, encore une fois, cette année?

M. Laurin: En fait, c'est 17 000 000 \$ pour l'ensemble des deux réseaux. Là, je pense que l'AHQ parle des compressions qui visent expressément le secteur hospitalier: donc, 7 500 000 \$ de compressions générales pour l'augmentation de la productivité et une contrainte spécifique de 5 000 000 \$ pour la réduction du taux d'encadrement.

Comme j'ai eu l'occasion de le dire la première journée de la défense des crédits, il s'agit d'une compression que le gouvernement a imposée à la suite de discussions qui ont été longues, pénibles, en un sens, mais qui étaient basées sur l'analyse des performances de tous les établissements du réseau. Ces performances nous ont révélé que, malgré les succès qui avaient été enregistrés au cours des trois ou quatre dernières années, particulièrement au chapitre de l'augmentation de la productivité, il y avait encore lieu d'accélérer, d'intensifier, d'améliorer les efforts à ce chapitre avec le résultat que les économies que l'on peut faire à ce chapitre permettent au gouvernement de consacrer une plus grande part des crédits accordés à la mission sociale pour les services à la clientèle. Ce n'est donc pas simplement par caprice ou par fantaisie que nous en sommes arrivés à ces sommes qui sont quand même minimales si on les compare au budget global du ministère qui dépasse les 5 700 000 000 \$, mais qui permettent quand même d'améliorer le rendement du système.

Comme on l'a signalé le premier jour, ces 5 000 000 \$, au fond, n'affecteront pas les services des hôpitaux puisque c'est un déplacement comptable d'un poste à un autre

et que le placement des cadres est sujet aussi à certaines règles de stabilité d'emploi, ce qui permet de dire que le budget de services des centres hospitaliers ne sera pas affecté.

En ce qui concerne le deuxième ou le premier, dans ce que dit l'AHQ, c'est-à-dire les 7 500 000 \$, c'est bien évident que cela va affecter les budgets des hôpitaux, mais, encore une fois, c'est en fonction des performances passées de certains hôpitaux. Ce sera d'ailleurs discuté également à la réunion du 19 avril que le sous-ministre aura avec les CRSSS et on va étudier cela de beaucoup plus près: comment ces 7 500 000 \$ pourraient se répartir à la lumière des analyses de performance déjà faites au cours des années antérieures envers chacune des régions et chacun des établissements. C'est le cadre général des compressions proprement dites que le gouvernement a cru bon d'instaurer encore une fois cette année. Nous croyons que c'est faisable et que cela n'affectera pas la qualité des services.

Quant aux détails plus approfondis que nous pourrions vous fournir, M. Deschênes et M. Lamonde pourraient compléter, je crois.

M. Paradis: Pour autant que j'aie une vérification de la mathématique avancée par l'AHQ, on pourra en tirer les conclusions qu'on voudra d'un côté comme de l'autre, mais il faut au moins s'entendre sur la base et voir si on parle des mêmes chiffres avant de...

M. Laurin: Oui, les chiffres sont exacts.

M. Paradis: Les chiffres sont exacts jusqu'à maintenant. À l'élément...

M. Deschênes: Sauf que, lorsqu'on parle de compressions ici, ce n'est pas 12 500 000 \$, parce qu'il y en a un qui est autofinancé, celui des cadres. Il ne faudra pas totaliser 5 000 000 \$ à la fin, parce qu'on fait le total des cinq ou six paragraphes. Il y a ici deux éléments. Celui qui concerne la compression des cadres, à cause du mode de financement pour les cadres mis en stabilité d'emploi, les établissements sont remboursés. Il ne faudrait donc pas totaliser cet élément à la liste que vous préparez.

M. Paradis: Ce que vous me dites, c'est que les 5 000 000 \$ sont remboursés finalement et que les 7 500 000 \$ ne le sont pas?

M. Deschênes: C'est exact.

M. Paradis: D'accord. À ce moment-là, on va enlever 5 000 000 \$. On est rendu à...

M. Laurin: Ces 7 500 000 \$ seront examinés à nouveau lors de la réunion du 19 avril.

M. Paradis: Oui, j'ai compris cela de vos explications, la première journée des crédits. À l'élément 4, on dit: "De plus, le gouvernement s'attend à ce que les centres hospitaliers commencent également à rembourser, cette année, une partie de leur déficit brut d'exploitation au 31 mars 1983, soit environ 3 500 000 \$." J'ai de la misère à concilier cela - je veux vous prévenir tout de suite, afin que vous puissiez m'éclairer - avec le fait que vous m'avez dit tantôt que les 35 000 000 \$, c'était le déficit absolu, cumulatif à ce jour. Là, on me parle d'un déficit brut d'exploitation au 31 mars 1983 qu'on rembourse d'environ 3 500 000 \$ cette année.

M. Lamonde: D'abord, la deuxième partie de la question: concilier cela avec ce qui a été dit avant. Je suis sûr que vous allez comprendre que, lorsque l'exercice 1982-1983 se termine par un déficit dans un établissement qui n'a pas été payé, l'établissement a une dette; il doit donc payer cette dette. L'autre affaire, c'est que, s'il a maintenant une dette ou un déficit, le niveau d'activités ou le niveau de dépenses qu'il a maintenu dans l'établissement était supérieur au budget qui lui était alloué. L'année suivante, le niveau supérieur d'activités qu'il avait, il faut qu'il vienne, pour rentrer à l'intérieur de son budget ou des crédits, le diminuer. Donc, le surcroît d'activités ou de dépenses qu'il avait en 1982-1983 se répercute dans l'exercice 1983-1984 et fait partie du déficit cumulé de 1983-1984.

Par contre, à la fin de l'exercice 1982-1983, vous savez fort bien que l'année financière de cet établissement est fermée et qu'il avait une dette cette année-là. Pour la rembourser, il faut qu'il fasse une compression non récurrente cette fois-là. Il ne s'agit que de payer une dette et, une fois qu'elle est payée, il reprend son rythme de croisière. C'est la conciliation entre les deux.

Pourquoi 3 500 000 \$? C'est qu'en 1982-1983 il y a eu un déficit santé de l'ordre de 32 000 000 \$. On se souviendra que, jusqu'à 1981-1982 inclusivement, le gouvernement avait décidé d'assumer les déficits du réseau des affaires sociales. Pour 1982-1983, l'entente qui avait été convenue, c'est que le gouvernement financerait la partie des déficits qui était associable à de la sous-budgétisation des établissements. Ce calcul ayant été fait indiquait et indique qu'il y a environ 11 000 000 \$ ou 12 000 000 \$ de sous-budgétisation en 1982-1983, ce qui signifie que, pour les établissements du réseau des CH, sur les 32 000 000 \$, le

gouvernement a décidé d'assumer 11 000 000 \$ ou 12 000 000 \$ et que l'autre partie, les 21 000 000 \$, est à la charge des établissements.
(15 h 45)

La politique de remboursement qu'on s'est donnée, c'est une période maximale de cinq ans, capital et intérêts. Les établissements doivent rembourser leur déficit, qui est dû à de l'improductivité, en fait, sur une période maximale de cinq ans. Étant donné - je ne sais pas comment on le dit en français - l'"overlapping" des années...

M. Laurin: Chevauchement.

M. Lamonde: ...le chevauchement - c'est cela - les états financiers de l'exercice 1982-1983, les établissements ne sont pas tenus et ils ne peuvent pas, effectivement, en pratique, nous les fournir avant la fin de juin, ce qui signifie que l'exercice financier 1983-1984 est commencé lorsqu'on a le résultat financier de 1982-1983. Donc, c'est sur une période de cinq ans, le remboursement, mais en sautant la première année. Donc, en 1983-1984, on ne leur a pas demandé de commencer à rembourser leur dette parce qu'il fallait la préciser.

M. Paradis: Cette année, ils vont y affecter à peu près 3 500 000 \$.

M. Lamonde: Alors, une vingtaine de millions de dollars, divisé par cinq, cela fait à peu près le montant dont on parle.

M. Paradis: L'élément 5, à la page suivante: "Enfin, il y a lieu de faire état ici de plusieurs contentieux quant à certains revenus et dépenses - les exemples qu'on donne: cafétéria, transport des malades, soutien à l'enseignement, orthèses et prothèses, et ainsi de suite - qui viennent grever encore plus les budgets des centres hospitaliers." Combien est-ce que cela représente, ces manques à gagner, d'après votre expérience? J'imagine qu'on prévoit des revenus de cafétérias et, à la fin de l'année, on compile pour savoir combien cela a donné par rapport aux dépenses. Est-ce que c'est à ce niveau-là qu'il y aurait eu des erreurs?

M. Lamonde: Je vais répondre. En ce qui concerne la cafétéria, c'est à la suite du décret de l'année dernière où il était mentionné que le prix des repas pour les employés des établissements subissait une croissance. Partant de là, on a fait une prévision des revenus de cafétérias, qui ne s'est pas avérée exacte, effectivement, en 1983-1984. Ce que je peux dire, c'est que, pour 1984-1985, nous avons réajusté les budgets ou nous allons réajuster les budgets des CH, quand on va les sortir, pour tenir compte de cet écart entre la connaissance

qu'on a de la réalité - parce que l'exercice n'est toujours pas, pour nous, terminé, on n'a pas les données officielles - et ce qu'on avait antérieurement. Donc, pour nous, le dossier des cafétérias devrait être réglé avec l'ajustement qui va être fait incessamment.

M. Paradis: Transport des malades.

M. Lamonde: Bon, pour le transport des malades, je peux donner un élément de réponse, d'autres aussi. Il y a différents éléments qui touchent à la fois les personnes âgées et le transport interétablissements. En ce qui concerne les personnes âgées, il s'agit d'un programme qui a été implanté spécifiquement, qu'on devait financer spécifiquement. Le transport interétablissements était une réalité différente, c'est-à-dire qu'il faisait partie du budget global de l'établissement. Ce sont des décisions internes entre les établissements selon lesquelles où on prend des patients qu'on envoie en consultations à l'extérieur, et ainsi de suite. Vous comprenez tout de suite qu'il y a une partie de la carence financière indiquée par l'AHQ qui est certainement attribuable au transport interétablissements et qui est donc de la responsabilité de ces établissements qui ont des budgets globaux. Une autre partie est, possiblement, la responsabilité du ministère des Affaires sociales, ce sont les personnes âgées. Nous sommes à faire le débat autour de toute cette question. C'est bien évident que, s'il y a une responsabilité de notre part, on va se corriger, mais je ne pense pas que l'on prenne à notre charge la responsabilité des CH.

En ce qui concerne le soutien à l'enseignement, il y a aussi en cette matière des discussions avec le ministère de l'Éducation, à la suite des informations qui nous ont été fournies par les établissements, de même que par l'AHQ, sur le dossier. Nous sommes à discuter, avec le ministère de l'Éducation, le règlement de cette question.

Orthèses et prothèses. Il y a aussi, à la suite des informations fournies par les établissements et l'AHQ, des études à l'interne pour vérifier l'information fournie par les établissements quant à une possible insuffisance financière en cette matière. Il faut quand même faire attention à quelque chose. L'AHQ nous fait le reproche d'ouvrir le budget global pour faire une compression sur les cadres. Ici, on ne se gêne pas pour ouvrir le budget global pour demander des sommes d'argent additionnelles sur certains points particuliers. Il y a une espèce de langage un peu différent, suivant qu'on a des besoins additionnels ou qu'on veut éviter des coupures.

M. Paradis: Un autre élément, et celui-là n'est pas contenu dans le document que le

ministre a en main, mais est-ce que, dans l'accroissement de la masse salariale que vous avez prévue au niveau budgétaire, vous avez tenu compte de tous les éléments, les avantages sociaux et les déductions à la source? Pouvez-vous assurer cette commission qu'il n'y a pas un manque à gagner pour les établissements à ce niveau?

M. Lamonde: Je dois dire que, si les établissements ont pu vous faire ce commentaire, c'est sans doute un peu à cause de nous qui avons identifié ce problème. On pourrait s'accuser de ne pas connaître tout ce qui se passe dans le gouvernement, mais il y a des choses qui sont arrivées, par ailleurs, dont nous n'étions pas au courant et dont on n'a pas tenu compte dans l'allocation des ressources. On va vérifier ce qui s'est passé pour les avantages sociaux, par exemple, la CSST, qui est un cas mentionné. Si, effectivement, il y a eu insuffisance, on corrigera la situation ou, du moins, on argumentera très fort auprès du Conseil du trésor pour que les établissements n'aient pas à subir ce coût. On présume, on n'a pas encore fait d'études, mais les premiers signaux qu'on a sont qu'il pourrait y avoir un manque au titre des contributions d'employeurs à la CSST, par exemple.

M. Paradis: Est-ce que vous avez des évaluations?

M. Lamonde: Aucune.

M. Paradis: L'association conclut en disant qu'il serait illusoire de penser que les centres hospitaliers pourront encore une fois résorber un montant aussi important de ressources, soit 65 000 000 \$ - à la suite des explications qui ont été données, on peut parler de 60 000 000 \$ ou 65 000 000 \$, une soixantaine de millions de dollars - et qui s'ajoute aux contraintes des années précédentes de l'ordre de 420 000 000 \$ sans affecter l'accessibilité et la qualité des services à la clientèle. J'aime bien lire ce passage en parallèle avec un extrait de discours du ministre des Affaires sociales, qui est reproduit à la page 7 du document où on dit: "C'est sans doute en dressant un tel bilan que le ministre des Affaires sociales lui-même - c'était votre prédécesseur, M. le ministre - déclarait, devant les administrateurs hospitaliers au mois d'octobre dernier, et nous le citons: L'imposition de nouvelles contraintes budgétaires généralisées ne saurait être envisagée sans compromettre la qualité du système de santé du Québec. En d'autres occasions, le ministre s'est même engagé formellement à ne plus imposer de nouvelles compressions budgétaires au réseau hospitalier."

Est-ce que vous partagez l'avis de votre prédécesseur, à savoir qu'après 420 000 000 \$ de contraintes on peut en appliquer d'autres, mais qu'en en appliquant d'autres on affecte les services aux usagers?

M. Laurin: Je dirais d'abord que des 65 000 000 \$ que cite l'AHQ il faut défalquer les 16 200 000 \$ de subventionnement qui est due à une mauvaise prévision de l'augmentation du taux d'inflation...

M. Paradis: Il y a eu des surplus l'an passé?

M. Laurin: Oui. C'est laissé aux hôpitaux pour l'année 1983-1984, ces 16 200 000 \$. Tout ce que nous faisons, c'est que nous ne les remettons pas dans les bases, mais en réalité c'est 16 200 000 \$ de plus que ce qui aurait dû être payé aux hôpitaux, si on avait payé à la semaine ou au mois. Donc, ces 16 200 000 \$ constituent une subventionnement au lieu d'une sous-budgétisation.

M. Paradis: J'ai compris cela, mais est-ce que les hôpitaux les ont utilisés pour rendre des services aux bénéficiaires?

M. Laurin: Je le présume.

M. Paradis: Mais ils ne les auront pas cette année.

M. Laurin: C'est-à-dire que les 16 200 000 \$ ne seront pas inclus dans la base historique sur laquelle on calcule l'accroissement des budgets pour l'année 1984-1985. C'est bien différent. En plus, il faut défalquer les 5 000 000 \$ qui ne coûteront rien aux hôpitaux puisque ces 5 000 000 \$ sont payés par le ministère. Cela fait déjà 21 200 000 \$.

Quant aux 35 000 000 \$ qui représentent le déficit accumulé au cours des trois dernières années, comme je vous le dis, il reste à faire un examen. On verra ce qui peut être dû dans ces déficits aux effets de clientèles, à une sous-budgétisation possible et, comme on l'a fait pour l'année 1982-1983 où le ministère des Affaires sociales a versé 11 000 000 \$ après avoir constaté qu'il y avait sous-budgétisation, on peut penser que l'examen auquel nous procéderons le 19 avril peut amener des éléments nouveaux que nous considérerons d'une façon appropriée. Il est aussi possible que le chiffre de 35 000 000 \$ en sorte différent de ce qu'il est à l'heure actuelle.

En ce qui concerne les 420 000 000 \$ de compressions faites au cours des dernières années, je pense qu'il serait difficile de remettre en question tout ce qui a été décidé au cours des années antérieures et,

comme le sous-ministre le disait tout à l'heure, nous avons reçu de l'Association des hôpitaux du Québec une grande collaboration dans l'application de ces compressions. Dans les visites que je fais dans les hôpitaux, on me dit que ces compressions ont été acceptées par le milieu, que le milieu s'est rendu compte qu'effectivement il y avait des économies à faire, des augmentations de productivité qui étaient possibles et qu'avec l'initiative, l'imagination, la créativité dont le milieu a fait preuve, au cours des trois dernières années, nous avons pu procéder à ces économies, à ces compressions sans affecter - du moins, d'une façon sensible - la qualité des services et que même, dans plusieurs cas, cela s'est soldé par de grandes améliorations.

Je vais vous donner un exemple. Je visitais le centre Charles-Lemoyne en fin de semaine et l'on me disait qu'il y a deux ans les demandes de prélèvements pour des malades traités, soit en cabinet privé, soit en CLSC, se faisaient au CLSC et que le CLSC les transmettait au centre Charles-Lemoyne, ce qui fait que tous les matins il y avait une rangée de 300 à 400 personnes qui attendaient afin que les prélèvements soient faits, que les analyses de laboratoire soient effectuées. À cause des compressions, on s'est dit qu'il fallait trouver une meilleure méthode que celle-là et la méthode qui a finalement été trouvée, en collaboration avec le CLSC, le CH et avec de l'expertise qui venait du CRSSS, a été d'appliquer une nouvelle politique en vertu de laquelle, par exemple, toutes les demandes de prélèvements se font au CLSC. C'est le CLSC qui fait maintenant les prélèvements et ceux-ci sont envoyés, par camion, automobile, au centre Charles-Lemoyne qui, avec le système très perfectionné d'analyse de laboratoire qu'il a, avec la validation aussi qu'il peut effectuer, en très peu de temps, effectue les analyses et les renvoie au CLSC, qui peut les renvoyer aussi au cabinet privé des médecins. Ceci est beaucoup plus efficace et cela a éliminé des files de 300 patients tous les matins au centre Charles-Lemoyne. L'hôpital fonctionne mieux, cela coûte moins cher et les résultats sont meilleurs qu'auparavant sur le plan de la fiabilité. Je vous donne cela simplement comme un exemple de cette collaboration que les centres hospitaliers, qui font partie de l'association des hôpitaux, ont apporté aux compressions.

Donc, les 420 000 000 \$ que l'on ramène ici à notre attention ont été effectuées en toute connaissance de cause, en collaboration avec les centres hospitaliers, et des commentaires élogieux de la part des centres hospitaliers et la collaboration des CRSSS. Je me demande pourquoi on ramène cela dans cette déclaration-là.

Une voix: Si vous permettez, M. le député...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ...

M. Paradis: Je pense, M. le ministre, que le message est le suivant, si j'ai bien compris le texte d'une association et d'autres intervenants qui, par le passé, ont fait montre de collaboration dans l'application de compressions budgétaires. Ils vous disent: Nous avons fait montre de compréhension, nous sommes allés au bout de notre rouleau. Si nous en subissons d'autres cette année, ce seront les services essentiels qui seront affectés comme tels, et c'est cela, moi, comme parlementaire, qui m'inquiète. Quand des associations qui ont montré toute leur collaboration dans l'application des compressions au cours des dernières années nous disent: Là, nous avons atteint le seuil, nous ne sommes plus capables d'aller plus loin, M. le ministre... Ces gens raisonnables nous disent cela et le ministre, votre prédécesseur, fait une déclaration dans le même sens, au mois d'octobre dernier, devant l'Association des hôpitaux et l'on se retrouve ici, en commission parlementaire, et puis là nous en avons des compressions budgétaires et l'on sait que cela affectera les services. Cela commence à exploser un peu partout. Vous le savez, le dossier dont vous avez hérité, vous avez eu des conflits un peu partout dans les hôpitaux, vous êtes allé le plus rapidement possible. J'ai caricaturé votre rôle en disant que vous jouez au pompier. Vous êtes allé éteindre des feux. C'est la limite qui a été atteinte, c'est le symptôme que nous sommes allés à la limite des compressions budgétaires. Cette année, on nous arrive à peu près avec 60 000 000 \$. Quels services enlèvera-t-on? Comment ces hôpitaux fonctionneront-ils? (16 heures)

M. Laurin: Encore une fois, ce n'est pas 60 000 000 \$; quand on fait les défalcons nécessaires, c'est beaucoup moins que cela.

M. Paradis: Il y a 60 000 000 \$ de moins. On peut qualifier...

M. Laurin: Deuxièmement, il faudrait, comme je l'ai dit au premier jour de la défense des crédits, citer au complet la déclaration de mon prédécesseur. Il y avait une condition, que personne ne rappelle, mais qui était bien réelle: sujet à l'atteinte de l'équilibre budgétaire par tous les hôpitaux. Cette partie-là, on la laisse tomber, mais elle est très importante également. Elle est très importante et elle est réelle. En plus, je dirais que non seulement nous avons augmenté la productivité de 420 000 000 \$...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais,

M. le ministre...

M. Laurin: ...sans toucher à l'accessibilité et à la qualité des services, mais, en plus, on a remboursé des déficits des hôpitaux pour une somme de 300 000 000 \$.

M. Paradis: Les gens sont allés à la limite et ce qu'il y avait à sauter comme problèmes d'urgence ont sauté au cours des derniers mois et des dernières semaines. On va peut-être en avoir quelques autres, malheureusement, qui vont venir, mais ces gens-là vous disent: On est à la limite. Votre prédécesseur disait: On ne peut plus appliquer de compressions. Qu'on dise qu'il y a des hôpitaux qui n'ont pas atteint l'équilibre budgétaire... Tantôt, vos sous-ministres nous ont dit: Il s'agit de trois ou quatre cas qui représentent 40%. On ne peut pas généraliser comme vous le faites présentement. On a ces chiffres devant nous. On vote des crédits et ce qu'on vote dans ces crédits, le résultat net va faire en sorte que les hôpitaux du Québec vont avoir dans leur budget de fonctionnement quelque 60 000 000 \$ de moins que l'an passé. C'est la situation actuelle. On peut la qualifier comme on veut; vous pouvez la maquiller, je peux la démaquiller, on n'en finira pas. Le problème de fond, c'est...

M. Laurin: Mme la Présidente, ce ne seront pas 250 ou 260 centres hospitaliers qui seront affectés par l'opération redressement budgétaire pour atteindre à l'équilibre budgétaire, comme le sous-ministre l'a dit.

M. Paradis: D'accord.

M. Laurin: C'est une dizaine de centres hospitaliers qui sont responsables d'à peu près 50% des sommes en cause, et, si on va plus loin, c'est trois ou quatre qui sont responsables de 40% des sommes en cause. Il est bien évident que ce ne sont pas tous les centres hospitaliers qui auront à fournir l'effort requis pour le redressement budgétaire.

Quant aux compressions proprement dites, il n'y en a que pour 7 000 000 \$. Il ne faut pas mettre dans le même sac ce qui a été surévaluation d'une dépense qui n'a pas été faite, ce qui est effort insuffisant pour atteindre à l'équilibre budgétaire, ce qui est paiement d'un déficit d'exploitation encouru, selon les explications que M. Lamonde vous livre, d'une part. Cela peut aller dans la même veine, mais les compressions de l'autre côté ne toucheront que 7 000 000 \$ et ce ne sont que ces seules compressions qui ont pour but d'augmenter la productivité en rapport avec des analyses qui ont été faites et que l'on croit possible: 7 000 000 \$ sur

un total de 5 670 000 000 \$. Donc, il s'agit de ramener ces compressions à de très justes proportions, et cela n'a pas le caractère catastrophique que l'on se plaît à souligner.

M. Paradis: D'accord. Où les hôpitaux vont-ils prendre alors les autres 53 000 000 \$ qui, sur le plan des chiffres, sont là?

M. Laurin: Je pense que les hôpitaux et les centres d'accueil qui ont atteint l'équilibre budgétaire au cours de l'année précédente ou au cours des années précédentes pourraient répondre à votre question beaucoup mieux que je ne saurais le faire. La très grande majorité l'a fait, et il y a même des centres d'accueil ou des centres hospitaliers qui ont maintenant un surplus cette année et qui pourront affecter leur surplus au développement, à la rénovation ou à la mise sur pied de nouveaux services. Donc, la preuve est que c'est possible de le faire, puisque tant de centres d'accueil et d'hôpitaux y sont parvenus. Certains n'y sont pas parvenus. On pourrait engager une longue discussion sur les causes possibles. Une des causes possibles - M. Lamonde le disait tout à l'heure - c'est peut-être la sous-budgétisation. Nous allons examiner cela hôpital par hôpital, centre hospitalier par centre hospitalier, lors de la réunion que nous aurons avec les CRSSS, et nous effectuerons les ajustements nécessaires, de même que pour la fourniture de services de cafétérias, de soutien à l'enseignement, de transport interétablissements ou de transport de personnes âgées. La réunion du 19 a pour but de clarifier toutes ces choses, de procéder aux ajustements nécessaires qui devront survenir par la suite. Mais, encore une fois, les compressions véritables ne s'élèveront cette année qu'à 7 000 000 \$ sur un budget de 5 670 000 000 \$. Je ne conçois pas qu'on jette les hauts cris en face d'une compression additionnelle aussi minime que celle-là et qui n'est imposée qu'à la suite d'analyses qui nous ont montré qu'il y avait encore moyen d'augmenter ou la rentabilité, ou la productivité de certains établissements dont la liste sera établie, par ailleurs, à la suite de discussions et d'ententes qui auront lieu au cours des prochaines semaines.

M. Paradis: Mais ce que je ne comprends pas - et c'est là un autre détail - vous me dites que vous avez établi les éléments qui vous permettent de dire qu'il y a des compressions qui sont peut-être applicables ailleurs dans d'autres domaines, mais vous n'avez pas les causes des déficits des hôpitaux qui ont dépassé leur budget. Je ne comprends pas de quelle façon vous administrez.

M. Laurin: C'est-à-dire que nous en avons une très bonne idée parce que nous avons quand même trois rapports trimestriels et nos agents de liaison suivent très régulièrement la situation de chacun des centres hospitaliers. Ce que M. Lamonde vous disait tout à l'heure, c'est que nous ne pouvons pas avoir une discussion globale et définitive avant d'avoir en main les rapports des quatre trimestres afin d'avoir des chiffres définitifs. C'est sur cette base que la discussion du 19 avril aura lieu entre les CRSSS et le ministère.

M. Paradis: D'accord. Je comprends donc de cette réponse que vous n'êtes pas plus en mesure de le faire pour les hôpitaux qui sont en déficit que vous n'êtes en mesure de dire que, dans d'autres hôpitaux, il y a place pour ces compressions.

M. Laurin: Non. Nous le savons très bien, au contraire. Comme je vous le disais, nous avons de très bonnes idées, mais, pour discuter sérieusement, je pense qu'on est mieux d'attendre que le budget de l'année soit terminé. Soyez sûr que lors de ces discussions il n'y aura pas que des représentants des hôpitaux ou des CRSSS qui auront des positions à apporter. Nous aurons également nos propres positions à apporter. Il y aura des échanges probablement vigoureux qui auront lieu. Nous essaierons d'arriver à la vérité des chiffres aussi bien qu'à la vérité des établissements.

M. Paradis: Mme la Présidente, j'aurais d'autres questions à poser au ministre surtout concernant les immobilisations comme telles.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous aurez la chance de revenir.

M. Paradis: Mais, étant donné qu'on est au niveau de l'opération, je pourrai revenir et on suivra attentivement l'effet des compressions.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): J'aimerais demander au ministre ce qu'il adviendra des surplus. Est-ce que c'est en totalité que les surplus resteront aux établissements?

M. Laurin: Mon prédécesseur a annoncé une politique avant de quitter, politique qu'on pourrait appeler de budget global ou d'autonomie des établissements en ce qui concerne leur budget. Je pense que je pourrais demander à M. Deschênes de la préciser, d'abord, quant à sa nature et surtout quant à ses effets et quant à ses limites.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Avant que M. Deschênes ne réponde, on sait

que le printemps dernier il y avait certains conseils régionaux qui avaient tenté de se prévaloir d'une marge de manoeuvre additionnelle en allant chercher dans les surplus des hôpitaux. Est-ce que ceci a été corrigé ou si cela s'est passé comme cela? Je voudrais aussi que vous incluiez cela dans votre réponse, si possible.

M. Deschênes: Je pense que le dernier élément que vous évoquez est peut-être dans la région métropolitaine...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: ...c'est-à-dire à Montréal...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je ne sais pas si cela a eu lieu ailleurs.

M. Deschênes: ...et plus précisément dans le cas de l'utilisation des ressources aux fins de la santé mentale. J'ai reçu un certain nombre de lettres récemment à ce sujet. Il fut fort difficile d'arriver à un certain consensus sur le dégagement du surplus et sur l'allocation de ces ressources de sorte que j'ai effectivement demandé au service à l'intérieur... Nous aurons bientôt des rencontres sur ce qui précisément a fonctionné ou non à cet égard, à Montréal, en 1983-1984 et comment on se comporte à nouveau en 1984-1985. Je pense qu'il y a eu des problèmes particuliers dans l'utilisation des surplus de quelques établissements psychiatriques dans la région métropolitaine. C'est un dossier qui n'est pas terminé, pour lequel il y a des discussions à venir.

Quant à la politique d'utilisation des surplus, je pense qu'il faut parler d'une politique intégrant déficit et surplus. L'idée était de mettre l'accent à l'intérieur des centres hospitaliers comme des autres établissements non seulement sur le contrôle des dépenses, mais sur une incitation aux établissements à atteindre l'équilibre budgétaire et faire en sorte qu'ainsi ceux qui l'atteignent et qui même engendrent un surplus soient récompensés et l'utilisent localement, de même qu'une tranche, quelque 20% au niveau régional.

Il s'agit d'une politique selon laquelle on voulait se dégager d'une approche purement historique qui examine uniquement les dépenses et les déficits pour y intégrer en quelque sorte une approche plus globale incitant les établissements à avoir une administration qui, localement, puisse oeuvrer vers des surplus pour les utiliser localement et non pour les récupérer à quelque fin centrale que ce soit. Je demanderais à M. Jacques Lamonde d'expliquer les grandes avenues...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: ...le pour et le contre de chacun des éléments, surplus et déficit.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je ne veux pas de grands détails techniques. Ce qui intéresse les établissements...

M. Deschênes: Oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ...c'est de savoir s'ils ont un surplus, s'ils n'ont pas été surbudgétisés, à condition que vous ne recommenciez pas l'opération chaque année parce qu'ils n'auront jamais raison. Une fois que l'opération a été faite, qu'ils ont atteint l'équilibre budgétaire, qu'ils ont un surplus, est-ce qu'ils doivent comprendre que ce surplus ne sera pas touché, à condition que la base budgétaire ait été celle reconnue par le ministère depuis un certain temps comme étant une base budgétaire raisonnable? Toute la grande technique, je vais vous la laisser, M. Lamonde.

M. Lamonde: Bon.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce qui intéresse les établissements, c'est de savoir ce qui arrive à leur surplus.

M. Lamonde: Deux éléments à la réponse: le premier, c'est que la politique actuelle pour le surplus qui est égal au premier pour cent de leur budget total, on ne fait même pas de vérification pour savoir s'il s'agit d'un effort de leur part ou si c'est de la surbudgétisation de notre part. On le leur donne, ce qui est un avantage par rapport à l'ancienne politique où il y avait un calcul de productivité, si on veut, sur le premier sou de surplus.

Le deuxième élément, c'est qu'on a toujours dit, en rapport avec cette politique - l'antérieure et la présente - que c'est un processus partiel d'allocation des ressources qui se situe en fin d'année, qui vient faire un règlement de fin d'année sur une année. Il est partiel en ce sens que l'État ne peut s'engager à ne pas mettre d'argent additionnel pour du développement dans des établissements autre que celui qui proviendrait de la politique des surplus et ne peut s'engager non plus à ne pas passer des contraintes dans un réseau au-delà de ça. L'ensemble des finances publiques peut, à un moment donné, entraîner le fait qu'il y ait des compressions partout. Ce qu'on dit, c'est que cette politique s'applique en rythme de croisière normal. Il faut la lire, la comprendre par rapport à la situation antérieure. Elle est un gain par rapport à la situation antérieure. Elle n'est pas le Pérou, c'est bien évident, et elle ne peut l'être.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce que je veux bien comprendre, M. Lamonde,

et je vais vous donner un exemple concret: je connais un centre hospitalier de longue durée qui a enregistré un surplus, peut-être pour la deuxième année. Il a décidé de l'affecter à un centre de jour parce qu'il n'y en a pas dans, je ne sais pas, c'est à Montréal, peut-être pas des centaines de kilomètres, mais, enfin, dans un rayon important quand même. Il ne demande pas un sou de plus au gouvernement pour la création de ce centre de jour. Il dit: Avec l'assentiment du CRSSS, on va le faire à même nos surplus.

Est-ce que, en essayant de comprendre votre réponse, le ministère ou le gouvernement décidant que, non, il faudrait peut-être l'affecter davantage aux ressources alternatives - pour donner un exemple - on ira récupérer une partie de ce surplus, mettant en danger la possibilité même du fonctionnement de ce centre de jour?

M. Lamonde: D'abord, l'utilisation qui est faite par l'établissement pose un problème en ce sens que, lorsqu'il investit ce surplus dans un centre de jour, il s'agit là d'une activité récurrente. S'il ne peut pas garantir le surplus à chacune des années, il va avoir le problème de financer cette activité.

Peut-être que dans le cas précis dont vous parlez il n'aura pas de problème à le faire sauf qu'un surplus, ce qu'il faut comprendre, c'est le surplus d'un exercice, et l'argent, ce bénéfice, est produit une fois. Il doit donc avoir une utilisation non récurrente, une utilisation d'une fois. S'il est reproduit une seconde fois... Ce qu'il faut éviter, c'est d'utiliser le surplus d'une année à des activités récurrentes sur toutes les années. On fait 100 000 \$ de surplus une année; on l'utilise à une activité récurrente qui coûte 100 000 \$ par année et, les cinq années qui suivent, si on ne fait plus le surplus de 100 000 \$, on se retrouve avec un déficit de financement de 100 000 \$ pour l'activité qu'on a partie. Il y a donc là un problème à la base.

(16 h 15)

Deuxièmement, effectivement, il existe au ministère des Affaires sociales des politiques et il y en a une qui vise à la désinstitutionnalisation, les ressources légères, les ressources alternatives, et on a déjà dit au réseau que, tout cela, on ne le mettrait pas en place uniquement avec de l'argent neuf, mais qu'on le mettrait en place avec des réallocations de ressources. Donc, je ne le sais pas dans le cas précis que je ne connais pas et dont vous parlez, mais il est possible et probable que de l'argent soit pris dans des institutions présentement pour le réallouer vers des ressources alternatives. Est-ce que cela affectera l'établissement dont vous parlez? Je ne le sais pas. Mais l'établissement en question comme l'ensemble

des autres établissements savent déjà qu'il s'agit là d'une orientation du ministère, qui est déjà commencée et qui va se poursuivre.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais, en bout de piste, concrètement, cela veut dire qu'aucune institution ne peut être certaine ou assurée...

M. Lamonde: Pas de garantie.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il n'y a pas de garantie qu'elle puisse conserver, même à partir des bases budgétaires admises, son surplus.

Une voix: Excusez, excusez.

M. Lamonde: Elle peut l'avoir pour l'année en cours.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La totalité de son surplus.

M. Lamonde: Elle peut l'avoir pour l'année en cours. Sa récurrence n'est pas garantie.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Lamonde: Elle peut l'avoir pour l'année en cours.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, M. Deschênes.

M. Deschênes: Il y a une considération qu'il faut ajouter à cela. L'utilisation d'un surplus, à supposer même qu'il soit récurrent, il ne peut pas être utilisé par un établissement seul sans considération d'un ensemble de règles du jeu ou de politiques qui sont en vigueur, soit sur l'ensemble du Québec ou dans une région. Par exemple, est-ce que, s'il se dégageait un surplus et qu'il était récurrent de 200 000 \$ dans un centre hospitalier, ce centre hospitalier pourrait, annuellement ou progressivement, acheter un équipement qui irait à l'encontre, par exemple, d'une planification régionale en matière d'équipement spécialisé? Il va falloir qu'il discute avec du monde. On n'est plus dans une situation où chaque établissement, en quelque sorte, est atomisé et décide seul. Il y a des types d'utilisation où il n'y a pas de problème. Lorsqu'il s'agit d'utiliser un surplus récurrent pour accroître la performance locale de l'établissement, il n'y a aucun problème. Mais, lorsqu'il s'agit de créer des développements de services nouveaux, on peut aller à l'encontre d'orientations qui sont en discussion, ou qui sont même décidées au niveau régional. Alors, je voudrais juste mettre de l'avant une différence entre l'utiliser afin de continuer d'accroître la performance locale

ou de faire des développements de services. Dans ce dernier cas, il y a d'autres préoccupations et d'autres règles du jeu qui interviennent...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon.

M. Deschênes: ...mais au niveau régional, à ce moment-là.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Dans le cas des récupérations qui auraient pu être faites par le Conseil régional de Montréal, 6b et 6a, je pense, ou 6c, s'il y a des correctifs à apporter, ils seront apportés; c'est ce que je crois comprendre d'après les premières informations que vous avez données.

M. Deschênes: Vous avez très bien compris. S'il y a des correctifs à apporter, ils vont être apportés.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon. Maintenant...

M. Deschênes: C'est pour cela qu'on m'a demandé de mieux comprendre le dossier. Il y a plusieurs intervenants. Il y a des perceptions différentes. Il y a même contradiction entre certains points de vue. Alors, dans ce temps-là, il y a une seule façon, c'est de clarifier le dossier, qui dit quoi, et on fera la synthèse au bout du compte.

Déficit à l'hôpital Notre-Dame

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Puisqu'on parle de déficits d'hôpitaux, je voudrais apporter le cas de l'hôpital Notre-Dame. Je sais - je pense qu'on peut même dire historiquement - que depuis le début, certainement, des plans de redressement budgétaire, l'hôpital Notre-Dame, en dépit, je pense, de coupures assez importantes à certaines périodes données, s'est toujours retrouvé en déficit et avec des déficits assez élevés. Est-ce qu'on pourrait nous donner un tableau des efforts de redressement budgétaire qui ont été faits par l'hôpital Notre-Dame depuis le début de la politique de redressement budgétaire, successivement, année après année, dans un premier temps, pour savoir quels sont les efforts qui ont été faits? Quelles sont les considérations que le ministre fera quant à d'autres coupures de services possibles dans un hôpital comme Notre-Dame avec lequel, je le sais, le ministre est familier, qui sert un bassin de population quand même assez dépourvu, qui a une vocation d'hôpital universitaire, qui se trouve dans le même bassin, jusqu'à un certain point, que l'hôpital Saint-Luc, qui, souvent, à tort ou à raison, on l'a dit, a été favorisé bien davantage par le ministère que

d'autres hôpitaux? Mais ce qui me préoccupe, c'est quelles sont les intentions du ministre quant au type de coupures ou au type de restrictions de services qu'il entend imposer à l'hôpital Notre-Dame et la consultation qu'il va tenir là-dessus.

M. Laurin: Des redressements ont été effectués par l'hôpital Notre-Dame pour atteindre l'équilibre budgétaire au cours des dernières années. Je n'ai pas à la mémoire...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que l'on pourrait nous les donner ces chiffres-là?

M. Laurin: Oui, nous allons en faire la liste et on pourra vous les faire parvenir. Tout ce que je sais, en tout cas, c'est que mon prédécesseur a trouvé que ces efforts de redressement étaient insuffisants et que, par exemple, le déficit prévu pour 1983-1984 dépassait les 7 000 000 \$, ce qui en fait le champion, au fond, non seulement pour l'agglomération métropolitaine, mais pour tous les hôpitaux du Québec. Il fallait savoir pourquoi ce déficit était aussi élevé, car, même si l'hôpital Notre-Dame a une situation particulière au sein des hôpitaux de Montréal, en vertu de son âge, de ses traditions, de son excellence dans plusieurs domaines, du rôle important qu'il joue comme hôpital d'enseignement, il reste qu'il partage l'une ou l'autre de ces caractéristiques avec d'autres hôpitaux analogues comme, par exemple, certains autres hôpitaux d'enseignement comme Sainte-Justine, Saint-Luc, Sacré-Coeur ou Maisonneuve. Il partage la réputation de centres de recherche où il se fait de la très bonne recherche d'une façon considérable avec aussi d'autres hôpitaux où la recherche est en progression constante depuis quelques années, où, en tant qu'hôpital du bas de la ville qui dessert une population de plus en plus vieillissante et pauvre, il partage cette vocation, par exemple, avec l'hôpital Saint-Luc.

Donc, l'ensemble des caractéristiques de l'hôpital Notre-Dame font que c'est un hôpital unique, mais, sur beaucoup de points, il y a d'autres hôpitaux qui partagent l'une ou l'autre de ces caractéristiques, ce qui permet, incidemment, de comparer la productivité ou le rendement de l'hôpital Notre-Dame, à l'un ou l'autre de ces chapitres, avec les performances analogues que l'on peut observer dans d'autres hôpitaux; pour l'enseignement, par exemple, on peut le comparer à l'Hôtel-Dieu ou à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont; pour le service à des clientèles vieillissantes et pauvres, on peut le comparer à l'hôpital Saint-Luc, et ainsi de suite.

La conclusion, c'était que le déficit de 1983-1984 envisagé de 7 000 000 \$ dépassait

à un point tel le déficit des autres hôpitaux comparables qu'il fallait véritablement faire un effort d'analyse pour étudier les causes de ce déficit et voir à la mise en place de correctifs devant aboutir à un équilibre budgétaire. D'autant plus que s'y ajoutait un facteur, c'est que le déficit accumulé de l'hôpital Notre-Dame atteignait également un sommet assez important.

Mon prédécesseur a demandé donc à l'administration de l'hôpital Notre-Dame d'effectuer un plan de redressement en vue d'atteindre l'équilibre budgétaire. Les discussions ont été longues, n'ont pas abouti à des consensus et, en conséquence, mon prédécesseur a jugé bon de faire appel à une expertise extérieure, la firme Piché, Charron et Associés, qu'il a chargée d'étudier, à titre d'observateurs externes, impartiaux, la situation. Cette analyse a été faite, remise au ministère, mais elle n'a pas conclu le débat. Elle l'a relancé, pour ainsi dire, dans certaines directions.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pourrait-on avoir copie de ce rapport-là?

M. Laurin: C'est un rapport qui a été fait pour le ministre; je ne saurais répondre aujourd'hui à votre question. Ce rapport a été communiqué au conseil d'administration de l'hôpital Notre-Dame qui en a fait une analyse. Le ministère aussi en a fait une analyse. Je ne peux dire que les conclusions des deux analyses se recoupaient toujours ou aboutissaient à des consensus, mais, quoi qu'il en soit, à la suite de ces analyses conjointes et non toujours identiques, le ministre a pris une décision qu'il a communiquée au conseil d'administration à qui il demandait un effort additionnel pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire en 1984-1985. Devant cette prise de position très ferme de mon prédécesseur, le conseil d'administration s'est réuni et a fait parvenir au ministère sa décision, qui était la suivante: dans un premier temps, le conseil d'administration s'engageait à atteindre l'équilibre budgétaire en 1984-1985; deuxièmement, le conseil d'administration soumettait au ministère des Affaires sociales un plan d'accroissement de la productivité des services se totalisant par des économies de 4 300 000 \$. Il disait au ministère qu'il continuait son travail et qu'il lui présenterait, d'ici le 30 avril, le deuxième volet de son plan de redressement qui, lui, porterait sur la rationalisation des ressources. Le ministère a toujours dit à l'hôpital Notre-Dame qu'il attendrait qu'on lui présente les deux volets du plan de redressement budgétaire avant non seulement de l'examiner, mais de prendre position sur ce plan de redressement budgétaire. C'est donc dire que nous n'avons pas encore reçu la deuxième partie du plan de redressement.

Cette deuxième partie du plan de redressement est menée par l'hôpital Notre-Dame en collaboration avec une autre firme privée; je pense que c'est la firme Drouin et Paquin. Je rencontrais récemment le président du conseil d'administration qui m'a dit que l'étude est bien en train, que c'est une étude très sérieuse qui implique le conseil des médecins et dentistes de l'hôpital, tous les cadres, ainsi que tous les membres des divers comités qui ont été formés à cet effet, et qu'il pourra tenir le rendez-vous, il pourra envoyer au ministère les deux volets à la fin du mois d'avril.

Ce n'est que par inadvertance ou par une sorte d'indiscrétion que certains éléments de ce deuxième volet du plan de redressement ont été communiqués au public, en particulier l'hypothèse de la fermeture du service d'obstétrique de l'hôpital Notre-Dame. Ce n'est là, et le président du conseil me l'a bien confirmé, ce n'est là qu'une des hypothèses qui est envisagée. Le lancement public de cette hypothèse a peut-être eu un certain mérite. C'est qu'il a amené plusieurs groupes à réagir, plusieurs groupes dont les avis, en l'occurrence, sont très pertinents comme, par exemple, la faculté de médecine de l'Université de Montréal qui craignait de perdre non seulement un excellent centre d'enseignement, qui a des caractéristiques très particulières, comme, par exemple, un excellent centre de grossesses à risques élevés qui est en train de faire sa réputation à l'échelle internationale depuis quelques années, mais aussi un centre de néonatalogie qui lui aussi est en train de se bâtir une très haute réputation d'excellence. Ceci a permis à la faculté de médecine de l'Université de Montréal de demander au conseil d'administration de bien réfléchir avant de proposer une solution comme celle-là qui enlèverait à la faculté de médecine un lieu de haute excellence pour la préparation d'une relève aussi bien médicale que dans le champ de l'obstétrique et de la gynécologie. Cela a permis aussi à certains autres groupes de faire valoir les interrelations qui pouvaient exister entre le département d'obstétrique et de gynécologie, et d'autres centres de l'hôpital comme le département d'anesthésie, le département d'oncologie, le département de recherches en général.

Le conseil d'administration, à l'aide de ces réactions qu'a suscitées ce lancement prématuré d'une hypothèse, est en train de réfléchir davantage à cette hypothèse et de la comparer à d'autres hypothèses. Mais, encore une fois, ce n'est qu'à la fin d'avril que j'aurai en main les deux volets du plan de redressement.

(16 h 30)

Quant à la première partie du plan de redressement qui comporte des compressions ou des économies de 4 300 000 \$ et qui nous a déjà été communiquée, nous sommes

sûrement en train de l'examiner pour voir si les solutions qui nous sont suggérées sont les meilleures ou les plus appropriées, ou si nous ne pourrions pas suggérer d'autres solutions. Il est possible que nous ayons des modifications, le moment venu, à proposer au conseil d'administration de l'hôpital Notre-Dame, mais nous ne voulons pas entreprendre cette étude morceau par morceau. Nous préférons un examen complet, global, qui aura lieu dès que le rapport final et complet nous sera parvenu à la fin d'avril.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Merci, M. le ministre. J'aurais deux toutes petites questions à poser. Pourriez-vous, lorsque vous nous remettrez la liste des compressions budgétaires ou des coupures budgétaires, selon les années, de la façon dont celles-ci auront été appliquées, nous dire aussi le nombre de postes qui ont été coupés, qui n'ont simplement pas été remplis, nous faire connaître la diminution du nombre de postes à temps partiel ou à temps plein au niveau des cadres et du personnel syndiqué. Pourrions-nous avoir ces chiffres-là?

M. Laurin: Avant que le conseil d'administration ne nous présente la première partie de son plan de redressement. Est-ce que je comprends bien?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Laurin: Oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est-à-dire en même temps que vous nous donnerez le...

M. Laurin: D'accord.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je pense que cela, c'est avant toute la remise en question.

M. Laurin: Incidemment, je devrais ajouter que l'hôpital Notre-Dame n'a pas attendu que son plan de redressement soit accepté par le ministère des Affaires sociales pour procéder lui-même à des améliorations et à des modifications. Par exemple, j'ai appris qu'au cours des trois derniers mois l'hôpital Notre-Dame a réaménagé complètement le fonctionnement de ses salles d'urgence. Il a pu ainsi réduire d'une façon très substantielle le nombre de civières qui devaient traîner dans les corridors et il a accru énormément le rendement de son urgence en ce qui concerne la longueur de la période d'observation des malades admis à l'urgence qui arrivaient en ambulance de plusieurs heures, pour ne pas dire de quelques jours dans certains cas. Les patients sont

maintenant admis d'une façon prioritaire dans les divers services de l'hôpital quelques heures à peine après avoir été admis à l'urgence, tout ceci en raison d'un réaménagement interne: la nomination de responsables à l'urgence, une nouvelle politique d'admission, un changement quant à l'admission des cas électifs par rapport aux cas prioritaires. Déjà, je pense qu'on peut constater de grands progrès, ce qui veut dire que des progrès étaient possibles sans que le budget de l'hôpital soit obéré.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. C'était simplement concernant ces informations supplémentaires. Ma deuxième question: Est-ce que les syndicats ont reçu copie de cette première étude qui a été faite, pas la dernière, celle de la firme Drouin et Paquin? Voici ma préoccupation: on sait que l'hôpital Notre-Dame a toujours été un endroit où les relations de travail ont été tendues. Elles sont peut-être meilleures. En tout cas, on en entend moins parler depuis deux ou trois ans, mais on sait que cela a été difficile dans les années antérieures. Je pense que tout plan de redressement pris dans son sens le plus large de réaménagement devrait autant que possible impliquer les syndicats, particulièrement dans un établissement comme Notre-Dame. C'est pour cela que je voudrais savoir dans quelle mesure les représentants syndicaux, les syndicats, les employés de l'hôpital, participent, en fin de compte, à cette opération.

M. Laurin: Évidemment, la responsabilité de l'élaboration d'un plan de redressement est confiée, de par la loi, au conseil d'administration, mais il est tout à fait légitime de penser que le conseil d'administration, dans l'élaboration de ce plan de redressement, consulte abondamment aussi bien le conseil des médecins et dentistes que les divers comités de l'hôpital ou que les associations qui ont des membres au sein de l'hôpital. C'est d'ailleurs ce que m'a transmis comme message le président du conseil d'administration.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je vous remercie et je suis heureuse de voir que les décisions ne sont pas encore prises quant à, par exemple, le transfert de l'unité d'obstétrique dans un autre hôpital, et que toutes ces questions feront l'objet de décisions ultérieures, lorsque vous aurez les deux rapports. Je vous remercie. M. le député de Brome-Missisquoi. Il semble qu'on va s'échanger le droit de parole.

Sécurité et vétusté des hôpitaux

M. Paradis: J'aurais une question à poser concernant les budgets

d'immobilisation, M. le ministre. J'ai eu l'occasion, à la fin de l'année dernière et au début de cette année, de visiter d'une façon assez discrète certains centres hospitaliers de la province. Les gens qu'on y rencontre nous laissent voir qu'il vivent des situations pour le moins pénibles sur le plan des immobilisations. J'ai vu dans des hôpitaux un manque d'équipement de sécurité. Pour vous donner un exemple, M. le ministre, ici même, dans la salle où nous siégeons, il y a à peine un an, il n'y avait pas de gicleurs. Pour répondre aux normes du Code du bâtiment, en rénovant, le président a fait installer des gicleurs. Les escaliers de coin n'étaient pas trop sécuritaires, on a réaménagé l'Assemblée nationale du Québec.

Lorsqu'on fait le tour de certains hôpitaux, et même de certains grands hôpitaux de la province, on se demande si nos hôpitaux répondent, sur le plan de la sécurité, aux normes que l'on a dans le Code du bâtiment. Je n'ai pas d'expertise là-dessus, je n'ai pas de rapport d'experts, je n'ai rien de tout cela, mais, tout en visitant, je me pose la question. Vous devez avoir ça au ministère, dans les dossiers? Est-ce que l'ensemble des hôpitaux du Québec répondent aux normes du Code du bâtiment? Est-ce qu'il s'agit d'immobilisations qui sont sécuritaires? C'est d'autant plus important de se poser la question. Je ne sais pas, si un incendie s'était déclaré au parlement... Il n'y a personne en civière ici, mais, dans les hôpitaux, les personnes sont alitées, plus difficiles à déplacer. Quelle est vraiment notre situation au Québec sur le plan de la sécurité dans les hôpitaux?

M. Laurin: Disons d'abord que, sur le plan des immobilisations, malgré la période difficile, malgré la crise économique que nous avons vécue au cours des dernières années, il a fallu quand même continuer à faire des immobilisations. Je faisais état ce matin de la construction de 7000 places d'hébergement. Je pense que notre société n'avait pas le choix: étant donné que la population vieillissante s'accroît, il faut véritablement augmenter les places d'hébergement. En raison même de la situation qui prévaut dans une grande agglomération métropolitaine comme Montréal où, dans le passé, tous les hôpitaux se concentraient dans la partie sud de Montréal, il fallait sûrement doter la partie périphérique de l'île d'établissements hospitaliers appropriés. Au cours des dernières années, il a fallu agrandir des hôpitaux comme l'hôpital Fleury, l'hôpital Saint-Michel, l'hôpital Sacré-Coeur, Maisonneuve-Rosemont. On se rend compte que la situation n'est quand même pas réglée. Les urgences sont encore engorgées, la population se ramasse à Montréal. La rive sud continue d'envoyer ses patients à

Montréal, la rive nord aussi. Plusieurs autres coins du Québec envoient leurs patients dans les hôpitaux ultra-spécialisés de Québec ou de Montréal. Il faut faire face à des problèmes évolutifs sans cesse croissants. Il a donc fallu, là aussi, procéder à des immobilisations considérables. Je pense, par exemple, à cette série d'hôpitaux périphériques que nous sommes en train de construire en dehors de Montréal: Repentigny, Châteauguay, Pierre-Boucher, Charles-LeMoine.

M. Paradis: Je comprends cela, M. le ministre, et je pense que les hôpitaux que l'on a construits dans les récentes années répondent aux normes de sécurité. Ils sont construits en vertu d'un code du bâtiment qui...

M. Laurin: C'est pour vous dire que, malgré la crise que nous avons vécue, il a fallu continuer à dépenser beaucoup d'argent en immobilisations. Cependant, on a dû faire des choix. Je pense que ce qui a le plus souffert au cours des quatre ou cinq dernières années, ce sont les crédits qu'il aurait fallu affecter à l'entretien, à la réparation, à la rénovation d'hôpitaux construits, par exemple, il y a quinze ou vingt ans. Nous sommes parfaitement conscients que nous n'avons pas consacré au cours des dernières années les crédits adéquats qu'il aurait fallu consacrer à ce chapitre.

Cette année, à l'intérieur du plan de relance du gouvernement, nous avons pris une décision importante, celle d'accélérer les investissements pour les centres d'accueil, mais aussi pour les centres hospitaliers. Cette année, nous allons consacrer 180 000 000 \$ au chapitre des immobilisations pour tous les postes prévus dans un plan d'immobilisation, qu'il s'agisse de constructions nouvelles, d'agrandissement, d'entretien, de réparations ou de rénovations. Un des grands postes qui sera couvert, ce sera précisément celui du poste sécurité et vétusté. On peut me corriger, mais je pense qu'en 1984-1985 nous pourrions consacrer à ce seul chapitre de la sécurité et de la vétusté - c'est-à-dire augmentation de la sécurité, réparations, rénovations - nous pourrions consacrer 37 000 000 \$. Nous sommes en train de faire la répartition de ces crédits au titre de la sécurité et de la vétusté pour le Québec. De cela aussi nous devons discuter avec les centres régionaux de services sociaux, mais je peux vous dire que notre proposition actuelle serait de rénover 36 centres hospitaliers, ceux qui en ont le plus besoin au chapitre de la sécurité et de la vétusté.

M. Paradis: D'accord. Dans le mémoire que l'Association des hôpitaux vous a soumis,

à la page 17, on retrouve l'énoncé suivant: "Dans le cadre de son programme de relance économique, le gouvernement a également annoncé qu'il augmenterait les budgets d'immobilisation du réseau des affaires sociales de 40 000 000 \$ - ce sont peut-être les 37 000 000 \$ dont vous parliez - afin de permettre la réalisation de projets de vétusté et de sécurité. Bien qu'appréciable, ce montant ne représente toutefois que le cinquième de ce qui serait nécessaire pour permettre au réseau hospitalier de rattraper l'important retard accumulé dans ce domaine. Par ailleurs, un tel budget de rattrapage ne règle en rien le problème constant de maintien et de renouvellement des immobilisations du réseau sur une base annuelle et récurrente. En considérant que les budgets d'immobilisation annuels sont de l'ordre de 70 000 000 \$ et que les centres hospitaliers consacrent en plus environ 30 000 000 \$ de leur budget d'exploitation pour effectuer des réparations majeures urgentes, il manque encore près de 125 000 000 \$ par année pour assurer le maintien et le renouvellement adéquat des immeubles et équipements du réseau que nous avons évalués à 225 000 000 \$ par année." Est-ce possible qu'on soit aussi en retard?

M. Laurin: Je vous ai parlé du contexte général à l'intérieur duquel il fallait se mouvoir au chapitre des immobilisations en raison des besoins prioritaires croissants de certaines clientèles, ce qui nous a amenés à faire les choix dont je parlais tout à l'heure. Cette année, quand même, comme je le disais, nous allons consacrer 37 000 000 \$ au seul chapitre de la sécurité et de la vétusté. Évidemment, si la capacité de payer de notre société était plus grande, si les revenus étaient plus élevés, je n'aurais pas de plus grand plaisir que de rénover tout ce qui doit l'être, aussi bien en centres hospitaliers qu'en centres d'accueil. Malheureusement, nous n'avons pas, même si nous intensifions nos investissements, nous n'avons pas en tant que société actuellement les sommes nécessaires pour procéder immédiatement à tout ce qui devrait être fait. Il faudra donc étaler sur un certain nombre d'années nos projets à cet égard.

Par ailleurs, je pense que la façon dont l'Association des hôpitaux formule ses remarques ne correspond pas tout à fait à l'expérience que nous avons de ces projets, nous, au ministère. À cet égard, j'aimerais demander à M. Deschênes de faire des commentaires.

M. Deschênes: Je pense d'abord qu'il ne faut pas prendre comme un chiffre magique ou comme un dogme absolu le fait qu'il faille 225 000 000 \$. Il y a toutes sortes de méthodes d'évaluation dans ce domaine, mais

le montant de 225 000 000 \$ ne doit pas être pris comme un absolu, comme la cible automatique. Nous avons reçu il y a quelques mois - en décembre ou en janvier - un document de l'AHQ sur le financement des immobilisations et nous nous sommes penchés notamment sur cette question qui est rappelée ici. Il y a certainement un débat à faire - un premier débat - quant aux 225 000 000 \$ qu'il faudrait pour maintenir le parc immobilier des centres hospitaliers. On va certainement avoir une rencontre avec l'AHQ pour discuter avec elle des méthodes possibles et des suites à donner à cette question.
(16 h 45)

Deuxièmement, il faut rappeler que, dans les budgets des centres hospitaliers... J'ai les dernières données de 1982-1983; voyant cela ce matin, j'ai demandé le renseignement. Pour 1982-1983, dans le budget des centres hospitaliers, il y a, pour l'entretien des installations matérielles, un budget de 127 000 000 \$. Le ramener à 1984-1985 ferait peut-être quelque chose comme 135 000 000 \$ ou 140 000 000 \$.

Dans ce budget où on parle d'entretien des installations, il y a de l'entretien pur et simple et même ce qu'on appelle l'entretien préventif. Nous savons très bien à l'usage et il y en a quelques-uns ici dans la salle qui ont assez vécu dans le réseau pour savoir que cette dénomination d'entretien des installations matérielles peut aussi bien servir à des réparations majeures et que cette source de financement existe en parallèle avec celle dont on vient de parler, la sécurité et la vétusté.

Il y a donc une somme d'argent à l'intérieur du budget hospitalier qui s'appelle entretien des installations et dont l'usage local est parfois de l'entretien et je dirais même du développement, c'est-à-dire que, lorsque vous avez des peintres, des menuisiers, des électriciens, il arrive, n'est-ce pas, que certains centres hospitaliers décident d'agrandir, de modifier des murs, etc., de sorte que l'entretien des installations est une chose floue. Il y a là matière à discussion aussi quant à l'usage de cette partie du budget hospitalier qui est dans le budget global de chacun des établissements.

Autre élément. Pour le financement des immobilisations des équipements, il existe un partage des suppléments des revenus de chambres pour les chambres privées et semi-privées. C'est destiné aux fins d'immobilisations et d'équipements. L'utilisation au prorata, selon les régions, varie. Nous ne disons pas non plus qu'il y a là un Pérou, qu'il y a tout ce qu'il faut, mais je veux seulement rappeler que 225 000 000 \$, ce n'est pas une vérité absolue.

Deuxièmement, on parle de 28 000 000 \$ en 1983-1984 et de

38 000 000 \$ à la sécurité et à la vétusté en 1984-1985. Voilà un premier élément de réponse. Le ministre dit: Nous savons que ce n'est pas fini. Il faut donc ajouter à cela la discussion que l'on pourrait avoir sur l'utilisation du budget d'entretien des installations matérielles d'un ordre de grandeur de 140 000 000 \$ plus l'utilisation des suppléments des revenus de chambres qui sert... On me dit que dans une région métropolitaine, par exemple, Montréal, c'est peut-être 50%-50% immobilisations et équipements. Il faut donc considérer tous ces modes de financement additionnels.

En outre, il y a deux ans, afin d'alléger le problème du financement des équipements et des immobilisations, le ministère a obtenu que le financement des nouveaux équipements, lorsqu'il y a construction, ne soit pas financé, ce qui était le cas autrefois, à même des revenus de chambres privées et semi-privées, ces sources-là, mais financé en même temps que l'émission d'obligations de la construction, de sorte que Pierre-Boucher, Repentigny, ces grandes constructions, les équipements qu'il y a là-dedans n'ont pas drainé, en quelque sorte, les fonds régionaux ou locaux servant aux fins d'immobilisation.

Vous voyez donc qu'il y a plusieurs bémols à mettre à cette note en mettant en doute, d'ailleurs, le chiffre absolu et en disant: Il y a toutes sortes d'autres modes de financement qui coexistent à ce que le ministre a décrit comme fonds nouveaux, étiquetés, pour 1984-1985, 38 000 000 \$ à la sécurité et à la vétusté.

L'équilibre total est à faire et je pense que sur ce dossier nous allons avoir, dans un des comités conjoints, MAS-AHQ, certainement une discussion pour valider les chiffres, essayer d'approfondir davantage, mais en tenant pour acquis que, nous non plus, nous ne pensons pas qu'on vient de dire le dernier mot. Dans ce domaine du maintien du parc immobilier, il y a sans doute encore des efforts à faire.

M. Paradis: Je suis prêt à mettre tous les bémols qu'il faut y mettre, mais, lorsque - et vous pouvez le faire n'importe quelle journée - vous vous présentez dans ces centres hospitaliers qui ont été bâtis il y a déjà plusieurs années et que vous constatez les lacunes sur le plan de la sécurité, même en tenant pour acquis les contraintes dont le ministre a parlé tantôt, je pense qu'il s'agit d'une question de priorité. Les gens qui sont là sont démunis. Ce sont des gens malades. En cas de conflagration... Ma question est bien simple. Je pense qu'on est tous d'accord pour dire qu'il y a un manque à ce niveau, qu'il y a du rattrapage à faire. Le rattrapage de 40 000 000 \$ va laisser quoi comme problème à solutionner et pendant combien de temps encore ces personnes vivront-elles dans ces établissements qui

manquent d'une sécurité minimale, surtout lorsqu'on parle de gens alités? Je suis prêt à suivre le ministre disant qu'il y a des contraintes budgétaires, mais je fais un pas de plus. Je dis: Il y a des questions de priorité au niveau gouvernemental. Je pourrais faire une liste de dépenses. Je ne la ferai pas à cette commission-ci, mais il y a des crédits étudiés ailleurs également.

Qu'est-ce qui arrive? Est-ce que vous pensez qu'à la fin de l'année, avec 40 000 000 \$, on sera capable de revenir aux crédits l'an prochain et de dire: Bon, ce problème n'existe plus, les gens sont en sécurité dans nos établissements publics qui s'appellent les hôpitaux, les centres hospitaliers? Ou bien est-ce qu'on va revenir encore et dire: Nos 40 000 000 \$ ont nettement été insuffisants. Les gens ont passé une année dans telle situation et ils auront à en passer d'autres.

M. Laurin: Le domaine des affaires sociales est un domaine où les priorités apparaissent particulièrement nombreuses et il est très difficile d'établir au mérite quelles sont les priorités les plus prioritaires. Par exemple, est-ce qu'il faut doter les quartiers nouveaux des hôpitaux ou des écoles dont on a besoin, quand la population, par transhumance, s'en va dans certains quartiers nouveaux? Est-ce qu'il faut combler les besoins des édifices déjà bâtis depuis 30 ou 40 ans de la façon la plus adéquate possible? Est-ce qu'il faut désinstitutionnaliser en y mettant toutes les ressources nécessaires par l'adjonction de ressources alternatives de soins à domicile? C'est un problème de conscience qui n'est pas facile à résoudre. Je vous rappelle ici que l'instauration, la construction d'un centre hospitalier nouveau coûte les yeux de la tête. Je pense, par exemple, à Pierre-Boucher - 362 lits, je pense. Quand il sera complété, on va atteindre, comme prix de construction, 60 000 000 \$. On fait le même effort pour Valleyfield actuellement, le même effort pour Saint-Jérôme, le même effort pour Charles-Lemoyne, sur la rive sud, qui a dû augmenter, Le Gardeur qui est rendu à 250 lits. Ça coûte les yeux de la tête. Pour Gatineau, c'est la même chose.

C'est donc un grave problème de conscience qu'on doit se poser quand arrive le moment de faire des choix au début de l'année pour savoir où des fonds, qui sont par ailleurs en diminution, doivent être affectés de préférence. Nous tentons le mieux possible d'affecter ces crédits d'immobilisations, là où les besoins nous paraissent les plus urgents. Par exemple, en disant ce mot urgent, je pense au centre de coordination des urgences de Montréal. C'est une somme considérable qu'on a dû y apporter. Je pense qu'en tout ce centre de coordination nous coûte 28 000 000 \$.

Évidemment, il y a une partie de cela qui, auparavant, était dépensée par des centres hospitaliers, pas toujours de la façon la plus logique, la plus cohérente, la plus rentable, mais il reste que la mise sur pied de ce CCUS nous coûte 28 000 000 \$. Je suis satisfait des résultats, mais il reste qu'il a fallu prendre ces 28 000 000 \$ quelque part. Satisfait relativement parce que nous n'avons pas réglé définitivement le problème et je peux même vous annoncer, M. le député, que, loin d'être satisfait de la solution qui a été apportée, je me prépare à demander au ministère une étude d'évaluation, qui ira plus loin encore dans l'étude des divers facteurs responsables de l'engorgement des urgences dans la grande agglomération métropolitaine, et je n'aurai de cesse que le problème soit réglé le plus complètement et le plus rapidement possible.

Il reste cependant que la fixation des priorités est très difficile à faire. Nous consacrons cette année 38 000 000 \$ pour l'amélioration au titre de la sécurité et de la vétusté de 36 centres hospitaliers. Point n'est besoin de vous dire que nous avons déjà notre liste pour l'an prochain. Nous avons commencé par ceux qui étaient dans un besoin particulièrement urgent et nous continuerons l'an prochain. Je suis d'accord avec vous pour dire que ce besoin est également prioritaire. La santé et la sécurité des employés, autant que celles des patients, sont en jeu et il importe de suivre la situation de très près. C'est d'ailleurs ce que nous faisons.

M. Paradis: Ma dernière question sur ce sujet est la suivante: Est-ce que vous avez des rapports sur l'ensemble des centres hospitaliers ou sur des centres hospitaliers individuellement quant à l'aspect sécuritaire? Si vous avez ces rapports, est-ce que vous pourriez les déposer à la commission?

M. Deschênes: Excusez-moi. J'étais en train de vérifier une donnée. J'ai manqué une partie de la question.

M. Paradis: La question est bien simple: Quant aux centres hospitaliers, quant à l'aspect sécurité et vétusté, est-ce que vous avez des rapports au ministère sur les différents centres hospitaliers? Si vous les avez, est-ce que vous pourriez les déposer à la commission?

M. Deschênes: La façon dont on bâtit le dossier, en quelque sorte, de la sécurité et de la vétusté, c'est que nous partons des conseils régionaux qui reçoivent une copie des avis qui sont transmis aux établissements. Alors, localement, au conseil régional et au ministère, nous avons les avis de sécurité, et c'est ce qui établit, justement, les priorités d'action. Cette liste

peut être transmise à la commission.

M. Paradis: En identifiant, si possible, les 36 priorités qui sont retenues.

M. Deschênes: Ce qui a été identifié comme les 36 CH vont faire partie de la transmission du document.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Sur le même sujet, est-ce que vous pourriez nous dire... Il y a environ trois ans, on nous disait qu'il y avait environ 10% des centres d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées qui n'étaient pas sécuritaires. Je n'en nommerai pas, mais je pense à un qui est en reconstruction à Montréal. J'aime autant ne pas les nommer publiquement. Mais ce que je voulais savoir, c'est si ces 10% ont été éliminés et si, maintenant, les centres d'accueil et d'hébergement sont sécuritaires.

M. Deschênes: Il faut rappeler que, dans le cas des centres d'accueil et d'hébergement, 72% des centres d'accueil et d'hébergement ont un certificat de conformité aux normes de sécurité de la Direction de l'inspection du bâtiment, au ministère de l'Habitation et de la Protection du consommateur. Dans le cas des centres hospitaliers, pour situer l'ensemble de la perspective, 76,6% des centres hospitaliers ont un certificat de conformité. C'est donc concentré, en quelque sorte, dans les deux cas, dans quelque chose comme 25% des établissements.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cette année, vos efforts de rajeunissement vont-ils porter à la fois sur les uns et sur les autres?

M. Deschênes: Sur les uns et sur les autres. Dans la liste qui peut être transmise à la commission il y a des centres hospitaliers de courte durée, de soins prolongés, des centres d'accueil et d'hébergement; la liste donne les priorités pour chacune des catégories. Alors, ce sera la même liste. Elle sera transmise, in extenso, à la commission.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon. Évidemment, quand on m'avait donné le pourcentage de 10% il y a quelques années, c'est qu'on ne devait pas partir des mêmes critères parce que là vous êtes rendus, grosso modo, à 25%. Alors, c'était, probablement des endroits qui étaient vraiment moins sécuritaires. En tout cas, on attendra le rapport. M. le député de Trois-Rivières.

M. Vaugeois: Disons que je n'étais pas certain d'intervenir, m'absentant momentanément d'une autre commission à côté, mais,

puisque le ministre a indiqué qu'il y avait plusieurs priorités et qu'il fallait faire un choix parmi les priorités, cela m'a fait plaisir de l'entendre tenir de semblables propos. Je veux bien croire que les éléments de sécurité qu'évoquait le député de Brome sont importants, mais il y a des choses qui servent parfois et des choses qui ne serviront jamais, comme les portes paniques. Il y a des choses qui servent tous les jours dans les hôpitaux. Je sais que votre prédécesseur a déjà reconnu l'urgence d'intervenir, à l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, sur le bloc opératoire. Je sais que c'est encore, chez vos fonctionnaires, un dossier prioritaire. Je ne voulais que l'évoquer à titre d'exemple pour rejoindre vos propres remarques de tout à l'heure. Il y a des choix à faire et, dans tout ce qui est prioritaire, il y a des éléments qui ont un caractère encore plus urgent, parce qu'un bloc opératoire, cela sert tous les jours ou presque. Il vient un moment où, si on ne fait pas attention, cela comporte des dangers plus certains que des éléments de sécurité qui conviennent à tous les édifices publics. Je rappellerai seulement à cet égard que le ministère a déjà indiqué publiquement qu'il y avait deux blocs opératoires au Québec où il fallait rapidement intervenir, celui de l'Enfant-Jésus et celui du centre hospitalier Saint-Joseph à Trois-Rivières. Je sais que le ministère a bien réagi dans le cas de l'Enfant-Jésus, et je sais qu'il attend probablement qu'on règle nos petits problèmes à Trois-Rivières...

M. Deschênes: Le sourire du député, Mme la Présidente, m'incite à laisser les bonnes nouvelles plutôt au ministre.

M. Laurin: Oui, effectivement, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est bien de venir avant que le ministre l'annonce!

M. Vaugois: Bien, si c'est une annonce, par exemple, on arrête tout! On vous écoute.

M. Deschênes: Non, non, on va prendre le temps.

M. Laurin: Effectivement, cette initiative, qui nous a été suggérée et que nous avons examinée, a reçu le placet de l'ancien ministre et du nouveau ministre. Elle sera donc incluse dans la liste des rénovations pour l'année qui vient.
(17 heures)

M. Vaugois: Pour l'année 1984-1985.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que le député de Trois-Rivières a des préoccupations au niveau de sa région

maintenant?

M. Vaugois: Oui, je ne porte presque pas à terre, mais je vais essayer de me ressaisir, Mme la Présidente. Cela me donne presque l'envie d'être malade.

L'autre question a une portée régionale et je demanderais, d'ailleurs, l'assistance de mon collègue de Nicolet; cela concerne les centres d'accueil de la région. Si vous me permettez de revenir en arrière...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est une coalition.

Budgets de fonctionnement des autres centres d'hébergement

M. Vaugois: La question est simple certainement pour les experts qui sont devant nous. Les gens des centres d'accueil de notre région nous ont fait valoir, chiffres éloquentes à l'appui, que par différents jeux mathématiques leur régime de subventions était assez différent, par exemple, de ce que l'on trouve dans la région de Montréal. Je crois que c'est un problème qui vous est assez familier, mais qui fait que la charge du personnel de la plupart des centres d'accueil assez âgés de notre région, parce que ceux qui viennent d'ouvrir, comme le centre d'accueil Denoncourt à Trois-Rivières serait sur une norme nouvelle et là le ratio est bon... Lorsque nous sommes en face d'un centre d'accueil qui a un certain âge, comme le centre d'accueil Joseph-Denis et quelques autres, la charge est extrêmement lourde. Je dois vous dire que, lorsque les directeurs de centres d'accueil sont venus nous voir avec cela, nous les avons obligés à être très clairs, nous les avons mis dans la situation où ils ont eu à expliquer clairement leurs chiffres, car a priori nous leur donnions tort. Quant à moi, j'ai été obligé de me rendre à l'évidence que leurs chiffres étaient fondés et, d'ailleurs, maintenant, nous assistons à des difficultés dans les relations avec le personnel de ces institutions qui connaît aussi ces données.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Le cas de Louiseville l'an dernier.

M. Vaugois: Oui, je parle aussi pour le député de Maskinongé, s'il faut le dire, mais ce n'était pas la priorité. C'est régional. Cela va bien dans notre région: nous avons 7 comtés sur 8 qui sont du bon côté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ah, cela!

M. Vaugois: Est-ce que les gens du ministère pourraient nous dire s'ils ont déjà une évaluation, car ils ont déjà ce mémoire entre les mains? Serait-il prématuré de leur

demander une réaction?

M. Deschênes: Vous permettez, Mme la Présidente?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, je vous en prie.

M. Deschênes: Je pense que nous avons souligné, lorsque nous avons discuté du programme d'hébergement, le développement des budgets de fonctionnement pour le secteur des centres d'accueil d'hébergement. C'est donc une augmentation des crédits, sur une base annuelle, disons, l'an prochain, au total, de 27 000 000 \$ que nous avons à répartir entre les établissements. Nous sommes actuellement en discussion avec l'ensemble des conseils régionaux pour voir comment répartir avec le maximum d'équité cette somme-là et nous tenons compte à la fois du type de bénéficiaires qui peuvent être dans un établissement et de la quantité de ressources qui sont dans cet établissement. Nous sommes à répartir cette enveloppe de 13 500 000 \$ cette année, mais à un rythme annuel de 27 000 000 \$ pour l'ensemble des centres d'accueil d'hébergement, tenant compte et de l'évaluation des bénéficiaires, et des ressources en place. Ce travail est en cours, et nous visons à ce que le 1er juillet les budgets, disons, la répartition de cette enveloppe soit finalisée et transmise aux établissements concernés. C'est effectivement un travail de réallocation et d'équité qui est en cours et qui vise à corriger certains éléments que vous....

M. Vaugois: Mme la Présidente, seulement pour toucher à un exemple de ce que révèlent les tableaux qui nous ont été montrés, et le ministre pourra demander à son adjoint parlementaire de prendre le temps d'examiner tout cela, car ces dossiers sont entre nos mains maintenant et à votre disposition. Lorsque le centre d'accueil existe depuis 10 ou 15 ans, les soins sont quand même assez bons au point que les gens en profitent et vieillissent dans le centre d'accueil. Ils vieillissent avec le centre d'accueil, de telle façon que la proportion de cas lourds, de A4 et de A3, devient plus grande dans les centres d'accueil qui ont un certain âge que dans les centres d'accueil qui viennent d'ouvrir où la ventilation est plus générale.

Vous avez l'air de tiquer à ce que je dis. Je vous ferai confiance quelle que soit votre réponse, même si cela contredisait ce que je dis. Nous avions des chiffres sous les yeux qui nous montraient une nette différence entre la proportion de cas lourds et très lourds dans les vieux centres d'accueil de notre région par rapport à ceux qui venaient d'ouvrir. Est-ce que c'est aussi

votre souvenir, M. le député de Nicolet?

M. Beaumier: Non seulement c'est mon souvenir, Mme la Présidente, si vous me le permettez, mais cela a déjà été communiqué, à la suite de la rencontre que nous avons eue avec des gens de la région, cela a déjà été communiqué à des adjoints du ministre et le dossier est en train d'être étudié.

M. Deschênes: On a évoqué aussi, M. le député, ce matin, la difficulté de l'évaluation de la lourdeur des bénéficiaires. Il y a quelques querelles qui circulent à cet égard. Quand on parle de A3 et A4, il y a des ajustements qui ont dû être faits à certains endroits et à ces occasions nous constatons que l'application des grilles d'évaluation varie d'une place à l'autre. Il ne s'agit pas de savoir qui a tort ou qui a raison, mais, à partir du moment où on utilise ou interprète une grille différemment, on va constater des résultats différents.

Si j'ai eu une certaine réaction lorsque vous avez fait état des anciens centres d'accueil par rapport aux nouveaux, c'est qu'effectivement les admissions dans les nouveaux centres d'accueil sont totalement - il peut y avoir exception dans un cas ou deux, je l'ignore; sur quelque 430 centres d'accueil il peut y avoir des exceptions - des A3 et des A4.

Dans les centres d'accueil bâtis il y a dix, douze ou quatorze ans, il y avait des gens qui y entraient en bonne santé. Et il y a des édifices qui ne sont pas conformes non plus à la nouvelle vocation de gens plus mal en point, de sorte qu'il subsiste dans plusieurs centres d'accueil d'hébergement construits il y a longtemps des patients qui sont relativement en bon état.

Je suis un peu étonné parce que, dans les nouveaux centres d'accueil, de façon vraiment très marquée, ce sont des A3 et des A4. Je m'excuse du jargon, mais c'est celui qu'on utilise. Les A3 et A4 sont les seules personnes qui peuvent entrer dans les centres d'accueil d'hébergement alors qu'il y a plus de degrés d'autonomie dans les autres. Encore faudrait-il s'entendre sur les interprétations des évaluations partout, parce que si ceci est fait avec des différences importantes à la base, vous comprendrez qu'on peut avoir le meilleur raisonnement logique, mais la prémisse étant différente on n'a pas la même conclusion.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela va.

M. Deschênes: C'est pour cela d'ailleurs, à cause de toutes ces nuances, que nous sommes prudents et mettons dans le coup les conseils régionaux qui connaissent beaucoup plus les variantes locales et les besoins locaux. C'est avec eux que l'on

travaille cette question de répartir les enveloppes nouvelles pour être sûr qu'on se trompe le moins possible, à tout le moins.

M. Vaugeois: Je vous remercie, M. le sous-ministre, de ces remarques. Je comprends quand même que la question est entre bonnes mains.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela fait longtemps que c'est entre bonnes mains. Espérons que cela va...

M. Vaugeois: Je comprends aussi que lorsqu'on est dans un même centre d'accueil depuis dix ou douze ans, qu'on est rentré à 70 ans en bonne santé, à 92 ans on commence à se rapprocher du A3 ou du A4. Fréquentant des centres d'accueil, parce que j'y ai des gens de ma famille, j'y vais régulièrement - j'ai renoncé à aller y chercher des votes depuis un certain temps - je suis obligé d'admettre que la charge du personnel qu'il y a là est considérable.

Bien que je sois d'accord avec l'ensemble de vos remarques, y compris sur les critères d'admission qui sont maintenant appliqués par rapport à ceux qui étaient appliqués autrefois - il suffit d'être député pour vérifier cela, pour se rendre compte à quel point cela peut être difficile maintenant de répondre à tous les critères d'admission - il n'en reste pas moins qu'il semble y avoir chez nous un problème à cet égard. Je voulais profiter de l'étude des crédits pour le soulever publiquement puisqu'il est posé publiquement dans notre région.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Merci, M. le député. Je ferai simplement remarquer aux membres de la commission qu'il est 17 h 10. On est toujours au programme 3. On a encore les programme 6, 7, 8 et 9 à terminer avant 22 heures ce soir. Je vais poser quelques questions. J'aimerais seulement des chiffres. Si vous ne les avez pas, vous me les apporterez, à condition qu'éventuellement vous nous les envoyiez.

J'aimerais savoir, dans la région montréalaise, combien de lits de courte durée ont été ajoutés depuis 1976. On me répond toujours: Écoutez, on a ajouté Le Gardeur, on a ajouté Pierre-Boucher, on a ajouté Laval, etc. Mais on sait fort bien que durant cette même période les - je pense qu'elles n'aimeraient plus se faire appeler ainsi - banlieues, par rapport à Montréal, les deux grandes banlieues de la rive sud et de la rive nord, se sont tellement peuplées que déjà leurs propres hôpitaux sont pleins et que les hôpitaux spécialisés demeurent, si je ne me trompe, sur l'île de Montréal. Si bien qu'on se retrouve toujours avec le problème de l'engorgement parce qu'il n'y a peut-être pas de lits de courte durée qui ont été ajoutés

alors qu'une étude avait démontré, il y a maintenant trois ans, quatre ans, qu'il y avait un manque de lits de courte durée de l'ordre de 1600 à 1800. Alors simplement le chiffre. Est-ce qu'il y en a eu d'ajoutés? Est-ce que vous avez l'intention d'en ajouter, mise à part la possibilité de transformation ou de changement de vocation des deux hôpitaux qui sont sub judice dans le moment?

M. Deschênes: Nous transmettrons ces renseignements, Mme la Présidente, avec des explications. Je voudrais seulement vous faire part du fait que les hôpitaux de courte durée de Montréal avaient justement, lorsque de telles études ont été faites il y a environ une dizaine d'années ou peut-être plus récemment, un achalandage provenant des autres régions de l'ordre de 20%. Cela a été face à ce constat que la décision a été prise de construire des hôpitaux en périphérie de la région 6A pour éviter le déplacement. Un lit sur cinq, ou une journée sur cinq était occupée par des patients provenant, notamment, de la Montérégie, la rive sud, région 6C, plus le secteur de Repentigny. C'est pour cela que les additions de lits ne se sont pas faites au centre-ville, mais plutôt en fonction de la provenance des patients. C'est évident que l'effort principal a été fait de cette façon pour se rapprocher du lieu de résidence des citoyens.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais, au plan pratique les résultats sont qu'on est... Le problème serait certainement pire à Montréal qu'il ne l'est maintenant si les hôpitaux en périphérie n'avaient pas été ajoutés.

M. Deschênes: Il le serait considérablement.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Par contre, le problème demeure encore dans la région de Montréal elle-même, c'est-à-dire sur l'île de Montréal elle-même.

M. Deschênes: On transmettra les chiffres que vous nous demandez.

Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Je voudrais maintenant aborder la question des hôpitaux psychiatriques. Je pense que je vais écrire un petit livre de tout ce que j'ai dit sur la psychiatrie depuis sept ans, ici, à l'étude des crédits. Il n'y a rien de nouveau, mais, au moins, ce n'est pas une préoccupation nouvelle.

Je voudrais faire porter mes questions, pour débiter, sur Louis-Hippolyte-Lafontaine. Je veux mettre de côté le rapport des infirmières. Cela fait l'objet d'une étude et on verra si c'est fondé ou pas. Est-ce qu'on

pourra avoir le document qui avait été produit en 1978? Je ne sais pas s'il avait été produit conjointement, mais certainement que le MAS en avait eu copie et le CRSSS également. On était d'accord, à ce moment-là, pour que les pavillons Louis-Riel et Dominique-Bédard soient reconvertis en entrepôts ou pour des services administratifs à cause de leur grande vétusté. On prévoyait, à la suite des incendies, la relocalisation d'environ 1000 patients chroniques et malades mentaux. Ces ailes contenaient des salles de 40 patients et ne présentaient pas de conditions d'hygiène acceptables. Le CRSSS et le MAS appuyaient ce document. Cet après-midi, le ministre m'a répondu en Chambre: "Écoutez, on a quand même fait des investissements - je pense que vous avez dit de 10 000 000 \$, mais enfin je le dis sous toute réserve - nous continuerons d'en faire." J'aimerais qu'on me dise, depuis ce rapport de 1978, combien d'argent a été consacré au réaménagement de Louis-Hippolyte-Lafontaine.

M. Deschênes: Je vous transmettrai les données, je ne pourrais y répondre séance tenante.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Maintenant, est-ce qu'on peut obtenir ce rapport dans lequel il y avait des recommandations précises sur des modifications apportées à Louis-Hippolyte-Lafontaine?

M. Deschênes: Ce rapport est assez public. Je ne vois aucune difficulté. Il est au conseil régional. Je suis sûr que tous les journalistes et que tous les hôpitaux l'ont.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ah non, non! Ce n'est pas celui de...

M. Deschênes: Vous dites de 1978.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Celui de 1978, pas celui des infirmières, celui de...

M. Deschênes: Celui des infirmières, de toute façon, je ne pourrais pas, cela appartient à l'ordre des infirmières.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: Mais pour celui de 1978, je dis qu'il n'y a aucun problème. On va vous le transmettre...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que...

M. Deschênes: ...en même temps que la liste de ce qui a pu être fait depuis 1978 en matière d'aménagement.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. En 1980, est-ce qu'on peut confirmer ou infirmer ceci? Comme rien n'avait été fait eu égard aux recommandations qui étaient contenues dans ce rapport, on a réitéré le besoin de condamner ces ailes auxquelles je faisais allusion tout à l'heure. Je pense que le ministère, une fois de plus, reconnaissait que sur une période de trois ans le nombre de patients devait passer de 2379 à 1500. On pourrait peut-être me dire exactement, peut-être pas aujourd'hui, mais cette année, le nombre de patients qui y sont hospitalisés. En 1983...

M. Deschênes: 2222.
(17 h 15)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon, c'est cela. Ils devaient descendre à 1500 c'est-à-dire 700 ou 800 de moins. À l'heure actuelle, l'hôpital a pris sur lui, selon les...

M. Deschênes: Quand vous dites qu'ils devaient descendre à 1500, sur quoi vous basez-vous?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Sur ce rapport de 1978 dans lequel on le recommandait.

M. Deschênes: D'accord.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que c'est inexact?

M. Deschênes: Non, de mémoire... J'essaie de me rappeler, quand vous dites 1978-1979. Je sais que ce rapport a circulé. Il y a eu, je crois, des travaux, au niveau régional, postérieurs à 1978, où le chiffre de 1500 a été mis en cause quant à sa faisabilité parce que ramener ça à 1500, c'est une chose, mais il va falloir ouvrir et construire. Est-ce qu'on pouvait les envoyer, soit en ressources alternatives ou légères, soit dans d'autres établissements ou dans d'autres hôpitaux généraux, par exemple, ayant des départements de psychiatrie? Je sais qu'il y a eu des débats suite à ce rapport et à une donnée comme celle que vous évoquez: 1500. Je pense que la meilleure façon de répondre sera non seulement de vous envoyer la liste des travaux qui ont pu être faits depuis 1978, le rapport de 1978, mais aussi, peut-être, celle des démarches qui ont suivi ce rapport parce que je pense...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord.

M. Deschênes: ...qu'il y a eu des discussions, notamment au niveau régional. On va faire, en quelque sorte, l'historique factuel qui a été vécu au niveau de Montréal suite à ce rapport.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon! Ce sera très intéressant de le lire. Ce que j'essaie de comprendre, c'est dans quelle mesure les retards qui ont été apportés à certains réaménagements de Louis-Hippolyte-Lafontaine ont pu aussi être la cause des problèmes auxquels le personnel fait face aujourd'hui.

Peut-on me dire s'il y a certaines réalisations qui ont été commencées? Le ministre parlait de quelques millions - enfin, mon chiffre est sous réserve - qui avaient été dépensés à Louis-Hippolyte-Lafontaine. Peut-on nous en donner la nature?

M. Laurin: C'est lors des incendies. Je pense que l'on pourra vous donner des chiffres plus exacts...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce n'était pas dans le sens...

M. Laurin: ...quant aux rénovations et quant au coût des rénovations suite aux incendies...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce qu'on pourrait nous indiquer s'il y a vraiment des salles qui ont été fermées, remplacées par d'autres plus modernes? Quels sont les efforts de modernisation qu'on a faits depuis 1978 à Louis-Hippolyte-Lafontaine?

M. Laurin: D'accord.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela étant dit, j'ai deux questions précises. Comment seront affectés les 3 000 000 \$ qui sont prévus pour les ressources alternatives en santé mentale?

Deuxième question: Qu'advient-il des plans futurs - je suis sûre que cela intéresse le ministre - du Pavillon Albert-Prévost? J'allais appeler le sanatorium.

M. Laurin: Sur le premier point, je sais que, l'an dernier, le ministère avait procédé à une sorte de ponction en vue de mettre de côté un certain nombre de ressources pour ce qu'on appelle des nouveaux services aptes à désinstitutionnaliser des patients. Je pense que c'est la somme de 2 000 000 \$ qui avait été mise de côté à cet égard mais, malheureusement, on m'a appris que les sommes n'avaient pas été dépensées, ou, du moins, pas totalement parce que, en raison de tous les agents qui doivent intervenir pour la mise sur pied de ces services, la "dispensation" de ces services, on n'a pu en arriver à des décisions finales. Mais peut-être que M. Deschênes pourrait dire ce qui s'est passé et ce que nous entendons faire pour l'année qui vient.

M. Deschênes: Tout le développement

en santé mentale, ce qu'on a appelé ressources alternatives, fait l'objet de consultations quant à sa répartition avec les conseils régionaux. Ce n'est pas terminé.

Dans le cas de Montréal, nous voulons tenir compte, justement, de ce qui a été véhiculé au cours de l'année dernière. Je faisais référence à cela, ce matin. Dans le cas de Montréal, il y a des versions différentes. À Montréal, à plus forte raison, l'utilisation de ce qui a été défalqué, plus les ressources nouvelles prévues au niveau des développements - 2 000 000 \$ de ressources nouvelles ou additionnelles dans les crédits 1984-1985 pour la santé mentale - la répartition de cela est à venir et la consultation est en cours avec les conseils régionaux.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-il exact que, selon ce que dit le ministre, ce qui avait été prévu l'année dernière n'a pas été dépensé ou enfin...

M. Deschênes: C'est exact, certainement pas totalement.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est quand même assez extraordinaire parce que les besoins sont là.

M. Deschênes: Vous savez, quand il s'agit d'une défalcation, il y a des consensus à chercher entre les établissements d'où cela vient et ceux où ça va, plus le conseil régional. La définition même de ce type de ressources n'est pas une chose facile: ressources alternatives, familles d'accueil versus pavillons, versus foyers, versus...

M. Laurin: ...foyers de transition.

M. Deschênes: ...appartements supervisés. Il y en a à peu près 19 catégories. À Montréal, cela prend toujours plus de temps parce que, là ou ailleurs, il peut y avoir huit intervenants. Vous savez, à Montréal, il y en a 40, habituellement, autour de la table et cela prend plus de temps.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. Alors, je vais vous demander si vous l'avez fait en province, où il y a moins d'intervenants.

M. Deschênes: L'an passé, nous n'avons pas fait de défalcation comme nous en avons fait à Montréal. C'est pour cela que je distingue les 2 000 000 \$, le total pour l'ensemble du Québec, qui est du nouvel argent de développement pour cette année. On est en consultation avec les conseils régionaux. Quant à 1983-1984, le problème est à Montréal.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): À Montréal. Bon. Voulez-vous me dire si l'argent qui avait été prévu pour l'établissement d'un deuxième centre de prévention du suicide, à Montréal, a été dépensé? Le ministre de l'époque, quand je lui avais posé la question, justement sur les ressources en santé mentale, avait fait état de l'argent qu'on mettait dans la région de Montréal pour la création du centre de prévention du suicide. Est-ce que c'est sur pied?

M. Laurin: Ce qui a été donné a été donné à la région de Québec surtout, pour le centre qui existe à l'heure actuelle. Une somme a aussi été donnée, si ma mémoire est bonne, en Abitibi. Je pense que ce sont les deux seuls endroits qui ont bénéficié de subventions, à l'heure actuelle.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. Si vous relisez les communiqués de presse du ministère, cela m'étonnerait beaucoup qu'on ne parle pas de cet argent qui devait aller...

M. Laurin: À Montréal, il y a de petites sommes qui ont été dépensées aussi.

M. Deschênes: Des petites sommes, quelque 26 000 \$...

M. Laurin: 26 000 \$, oui.

M. Deschênes: ...je pense, ont été octroyées à Action-Suicide...

M. Laurin: Oui.

M. Deschênes: ...je ne suis pas sûr du nom, ou Suicide-Action...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: ...tout récemment.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que vous prévoyez agir d'une façon un peu plus vigoureuse dans ce domaine, cette année?

M. Laurin: En tout cas, c'est un domaine qui m'intéresse particulièrement. J'ai lu l'avis du Comité de la santé mentale à cet égard. Je me promets de non seulement le relire, mais de voir quelles actions les plus rentables pourraient être menées à cet égard.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Le Pavillon Albert-Prévost, maintenant, s'il vous plaît.

M. Laurin: Pardon?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Sur

le Pavillon Albert-Prévost, vous ne m'avez pas répondu.

M. Laurin: Je n'ai pas de nouvelle sur ce sujet particulier, qui devrait pourtant m'intéresser, étant donné mes états de service antérieur. Je ne connais pas l'état de la situation, à l'heure actuelle.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon. Alors, de toute façon, il n'y a pas de décision de prise.

M. Laurin: Pardon?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La décision n'est pas prise.

M. Laurin: Non. La décision n'est pas prise.

M. Deschênes: Et on attend aussi un avis du conseil régional à ce sujet.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. Une dernière question sur la psychiatrie, même si on pourrait prendre beaucoup plus longtemps. On sait qu'il y a une pénurie de psychiatres et on pourrait peut-être, à ce moment-là, si on veut, l'étendre aux anesthésistes, et à d'autres disciplines. Vous avez...

M. Laurin: Il y en a trop en politique!

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ...en votre possession les deux rapports qui ont été préparés par l'Université de Montréal, par le département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Je n'en lirai pas les extraits dans lesquels on dit qu'on manque de psychiatres partout au Québec, qu'on manque de ressources psychiatriques. Je pense que c'est loin d'être la première année que ceci est signalé. On la signale, entre autres, dans le dernier rapport qui a été produit, qui date du mois de janvier 1984, que même les dispositions que vous aviez prévues pour augmenter le contingentement des internes et des résidents en psychiatrie n'ont pu se matérialiser parce que la décision a été prise trop tardivement.

On vous demande de prolonger la période, qui avait été prévue jusqu'en 1985-1986, jusqu'en 1989-1990. Il reste que cela demeure un besoin extrêmement important. Je voudrais connaître les intentions du ministre là-dessus. L'an prochain, sans vouloir être malicieuse, on va revenir pour la nième fois, avec cette même question.

M. Laurin: Une décision avait quand même été prise. Le gouvernement, à la suite de représentations conjointes qui lui avaient été faites par le ministère de l'Éducation et

le ministère des Affaires sociales, avait décidé de fixer à 1760 le nombre d'internes et résidents admis aux divers stages. Ces 1760 résidents avaient été jugés comme insuffisants, vu les besoins, par un certain nombre de groupes qui nous avaient fait valoir des recommandations différentes. Par exemple, il était dit qu'il fallait augmenter d'au moins 60 le nombre requis pour faire face à divers besoins, dont, par exemple, les médecins qui se spécialisaient en médecine familiale, qui avaient besoin d'un prolongement de formation ou qui se dirigeaient vers certaines spécialités. Cela avait donc été revu au Conseil des ministres et la décision avait été prise d'augmenter, effectivement, de 40 le nombre de postes d'internes résidents pour l'année 1983-1984, portant donc ce nombre à 1800, mais à une condition, soit que les facultés de médecine accueillent comme candidats tous ceux qui se présenteraient pour des stages de résidence en anesthésie et en psychiatrie. Effectivement, je pense que la décision a été prise assez tardivement, et ceux qui voulaient se présenter en psychiatrie avaient pris une autre orientation. Un petit nombre seulement ont pu être acceptés.

Cette décision prévaut pour l'année 1984-1985 et on me dit à ce moment-là que l'on pourra faire droit à des demandes assez nombreuses provenant de résidents qui voulaient faire un stage en psychiatrie et qui visaient la spécialité.

Cependant les discussions ont continué à d'autres égards. Plusieurs groupes sont intervenus et nous ont fait valoir que le nombre de postes était quand même inférieur à la demande estimée, pour un certain nombre de spécialités où par exemple, les spécialistes actuels vieillissaient d'année en année, et qu'il fallait quand même envisager la relève.

Il y avait aussi le problème des étudiants, des médecins étrangers qui voulaient avoir un certain nombre de postes. Il y avait aussi le nombre de postes hors normes. Par exemple, certains étudiants américains qui choisissent les hôpitaux canadiens pour venir faire des stages de spécialité et qui, par leur présence, ne mettent pas en danger le ratio population-médecins qui a été fixé par le gouvernement du Québec.

Il y a donc un certain nombre de représentations qui nous ont été faites. Ces représentations sont actuellement à l'étude. Il y a eu des rencontres au niveau du ministère de l'Éducation, entre le ministère et la Conférence des recteurs et aussi des doyens des facultés de médecine, à l'intérieur du comité conjoint MAS-MEQ. Il y a eu aussi des rencontres entre les sous-ministres des Affaires sociales et de l'Éducation. Toutes ces représentations ont été revues. Un projet a été envoyé au

Conseil du trésor qui doit l'examiner, lui aussi, sous l'angle qui lui est particulier. Finalement, nous nous trouvons actuellement au moment où nous sommes probablement en mesure de faire une représentation au gouvernement, et cette représentation, encore une fois, sera faite conjointement par le ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales.

Il semble qu'il faille quand même garder l'objectif, qui était le nôtre, de limiter dans toute la mesure du possible le nombre de postes d'internes et de résidents. Nous essayons, quand même, de faire droit à certaines des représentations qui nous ont été faites, en particulier, en ce qui concerne l'admission dans les spécialités en demande, comme l'anesthésie, la psychiatrie, l'orthopédie aussi, semble-t-il. Nous sommes en train de terminer l'avis que nous ferons parvenir, assez rapidement, au gouvernement à cet égard.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Dernière question. Est-ce que dans cet avis ou, enfin, dans ces représentations que vous ferez au Conseil du Trésor le problème des médecins étrangers sera touché d'une certaine façon?

M. Laurin: Oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors, vous entrevoyez possiblement d'ouvrir un peu, du moins pour ceux qui sont ici. (17 h 30)

M. Laurin: Là aussi, nous avons reçu plusieurs représentations. À l'aide de ces représentations, nous avons avancé un peu plus dans l'étude des divers éléments qu'il nous faut considérer. Nous ne sommes pas complètement maîtres de la situation en ce sens qu'il y a les jurys de sélection mis sur pied par les facultés de médecine pour le choix des médecins étrangers qu'on peut juger aptes à entreprendre un stage d'internat. Ces jurys de sélection ont leurs propres critères. Certaines critiques ont été émises à l'endroit de ces critères. Nous sommes en train d'examiner ces critiques. Il y a aussi la position du Collège des médecins qui voudrait que nous admettions d'un seul coup, en une seule année, la moitié des effectifs, soit 75 médecins étrangers de façon que d'ici deux ans, ce contentieux soit éliminé, si on peut s'exprimer ainsi.

Il y a donc plusieurs facteurs à considérer, dont certains chevauchent entre le ministère des Affaires sociales et le ministère de l'Éducation. Nous allons aussi vite que possible à cet égard et nous espérons trouver la solution la plus humaine en même temps que la plus conforme aux politiques de planification des effectifs que nous continuons de poursuivre.

Le Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je ne veux pas, M. le ministre, sur ce point en particulier, entrer dans tout le dossier des médecins étrangers parce que j'en aurais pour la soirée.

Il n'y a que deux points que j'aimerais vous faire remarquer, et je n'ai pas de raison de douter de ces informations. C'est qu'à l'heure actuelle, un certain nombre de médecins ayant effectué leurs études à l'étranger sont admis à l'internat rotatoire sans pour autant, d'une part avoir obtenu un visa d'émigration des autorités canadiennes et, d'autre part, sans avoir même été soumis à l'examen d'évaluation. Ce qui fait dire à d'autres, à tort ou à raison - on serait porté à penser que c'est sans doute à raison - qu'il y aurait un certain favoritisme qui jouerait. Évidemment, on peut toujours vous énumérer une foule de critères, je les ai lus dans la revue *Actualité*. Il y en a qui m'ont convaincue, mais tout cela a une mesure de subjectivisme, je le reconnais.

Il m'apparaît que c'est surtout cet aspect qui devra être examiné de plus près par votre ministère. Je comprends que cela relève de la compétence des écoles de médecine...

M. Laurin: Et aussi des corporations professionnelles pour certains aspects.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ...pour certains aspects. Ce qu'on doit surtout poursuivre, je pense que c'est la politique au Québec de dire que, face aux étrangers, il peut y avoir des raisons objectives, mais si, par hasard, on fait jouer du favoritisme, cela devrait être corrigé.

Je vous remercie, M. le ministre.

M. Laurin: Je sais qu'il y a eu un certain nombre de médecins étrangers qui ont été admis, non pas à titre de médecins mais à titre de réfugiés. Lorsqu'ils étaient admis au Québec ou au Canada, on leur disait que ceci ne constituait pas une promesse de la part du gouvernement, un engagement de la part du gouvernement à leur faire continuer leurs études ou à faire en sorte qu'ils puissent exercer leur profession au Québec ou au Canada.

La même chose s'applique pour d'autres qui sont arrivés ici à titre de "parrainés" ou de "marraines", c'est-à-dire qu'ils avaient déjà ici un membre de leur famille et ils choisissaient de venir s'installer au Québec ou au Canada en vertu des pressions et des demandes faites par leur entourage.

Là aussi, le même avertissement leur était fait à l'entrée au Québec ou au Canada. Nous vous admettons à titre de parrainés, mais ceci ne veut pas dire que l'État du Québec s'engage à faire en sorte que vous exerciez votre profession de médecin ici. Il reste qu'une fois admis au

Québec ou au Canada, ces personnes, très légitimement, aspirent à exercer une profession qu'elles ont choisie dans leur pays, qu'elles aimaient, qui pourrait rendre service à la population. Les raisons sont très bonnes.

Il y a là d'autres exigences. Il y a celles que pose la corporation des médecins, qui doivent être acceptées par les candidats. Il y aussi la politique de planification des effectifs du Québec qui doit être respectée, au moins dans ses grandes lignes, pour l'essentiel. Il y aussi la compétence des universités qui sont responsables, de par une délégation des corporations professionnelles, du choix des résidents en même temps que des programmes d'étude.

Il y a donc beaucoup d'intervenants en l'occurrence, sans parler des médecins étrangers eux-mêmes qui se sont maintenant mis ensemble et font valoir leurs arguments, dont certains m'apparaissent assez légitimes. Ce sont donc tous ces aspects que nous sommes en train d'examiner actuellement. J'espère bien pouvoir présenter au Conseil des ministres, avec mon collègue de l'Éducation, des recommandations qui respecteront ces divers impératifs et qui les réconcilieront dans toute la mesure du possible.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Merci, M. le ministre. M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Très rapidement, Mme la Présidente. Tantôt on a parlé de vétusté au niveau de l'immobilisation, des immeubles. Précisément, en faisant les visites dont j'ai fait état tantôt dans différents centres hospitaliers, j'ai entendu des remarques du personnel qui y oeuvre indiquant que l'équipement serait également vétuste. On dit - je le dis sans chiffres à l'appui - pour ne citer qu'un exemple, que l'équipement de radiologie aurait une moyenne d'âge de 20 ans au Québec, etc. Quelle est vraiment la situation au Québec quant à l'équipement médical dont disposent nos centres hospitaliers?

M. Deschênes: Le remplacement des équipements, comme le financement des réparations majeures auxquelles je faisais référence tantôt, est de la responsabilité des conseils régionaux. Je ne saurais dire actuellement. Il se peut qu'il existe au niveau de la direction de la construction, une évaluation plus précise, mais je ne saurais dire personnellement, actuellement, le degré de vétusté ou le besoin de remplacement des équipements de radiologie.

Il y a sans doute des variantes importantes entre les régions ou à l'intérieur des régions. Ce problème du remplacement et du financement pourrait aussi être assimilé à la discussion à laquelle je faisais

référence tantôt avec l'association, mais personnellement, actuellement, je ne dispose pas de renseignements qui soient éclairants sur la question.

M. Paradis: Dans le réseau, vous mentionnez que vous soupçonnez ces données d'exister au niveau des conseils régionaux ou en région. Est-ce que, au niveau du ministère, vous pourriez corriger de telles données pour que, comme parlementaires, lorsque arrive le temps d'adopter des crédits, parce que cela a une implication budgétaire si on est en phase perpétuelle de renouvellement et qu'on a un stock moyen de tant d'années qui correspond à des normes, on ne soit pas en retard? Mais si, effectivement, les renseignements, les bribes de renseignements qu'on peut recueillir des gens qui oeuvrent dans le système se révélaient véridiques, là aussi on accuserait un retard énorme.

M. Deschênes: Il y a eu un inventaire avec, donc, des éléments de jugement sur les équipements. L'ensemble des conseils régionaux a fait et maintient à jour la liste ou l'inventaire des équipements utilisés. Il y a la région métropolitaine, c'est-à-dire Montréal, dont le conseil régional n'a pas terminé cette étude.

Pour l'ensemble du Québec, il y a donc un dossier qui n'est peut-être pas intégré mais qui est fait par chacune des régions. Il s'agit maintenant de les intégrer. Montréal manquant, on attendait au ministère que Montréal soit complété pour faire un examen de l'ensemble de la situation.

Alors, c'est un inventaire en cours.

M. Paradis: Comme il y a onze CRSSS, pour utiliser les sigles...

M. Deschênes: Oui. Oui.

M. Paradis: ...et qu'il y en a qui n'ont pas complété le dossier, est-ce que vous pourriez déposer à la commission le résultat des dix qui l'ont complété? Celui de Montréal, parce que c'est quand même le plus important sur le plan budgétaire, est-ce que vous pourriez le déposer aussitôt que vous l'obtiendrez?

M. Deschênes: Je pense qu'on peut déposer ceux qui existent et dès que Montréal sera complété on le transmettra aussi auprès de la commission.

Compressions budgétaires dans les hôpitaux

M. Paradis: Dans une dernière intervention, j'aimerais demander au ministre, s'il veut bien, de prendre le mémoire de l'AHQ à la page 18.

Une voix: Page 17?

M. Paradis: Page 18.

M. Laurin: Page 18.

M. Paradis: On peut y lire et c'est souligné: "En conséquence, l'AHQ demande au gouvernement de respecter ses promesses et de revoir ses choix budgétaires pour l'année 1984-1985 de façon à pouvoir:

"1° procéder à l'ajustement des budgets des centres hospitaliers déficitaires dans la mesure où leur déficit résulte d'une sous-budgétisation chronique et/ou d'effets de clientèle.

"2° annuler les compressions budgétaires qu'il s'appête à imposer aux centres hospitaliers sous les diverses formes que nous avons énumérées."

Puis, à la page 19, en haut: "Entretiens, il faut bien réaliser que les centres hospitaliers se verront obligés de maintenir le volume et la qualité des services courants à la clientèle même si cela devait éventuellement entraîner des dépassements budgétaires."

Est-ce que le ministre s'est entretenu soit avec l'AHQ, soit avec les conseils d'administration des divers centres hospitaliers et peut aujourd'hui nous traduire ce que veut dire cette conclusion soulignée? Je peux y lire des choses, le ministre peut y lire d'autres choses. Est-ce qu'il y a eu des tentatives de communication entre le ministère et les centres hospitaliers sur une base individuelle ou l'AHQ? Au mieux, j'y vois une menace voilée. On dit: On maintient le service à la population et les déficits seront là, si je traduis ce que je comprends de ce texte. Quelles approches avez-vous effectuées de façon à concilier les points de vue?

M. Laurin: Nous avons reçu ce document au même moment que vous l'avez reçu.

M. Paradis: Je l'ai reçu vendredi.

Une voix: Vendredi après-midi.

M. Laurin: Vendredi après-midi. Il ne fait pas suite à une rencontre que le ministère aurait eue avec l'Association des hôpitaux du Québec.

Depuis mon entrée en fonction, j'ai rencontré pour une durée d'à peu près 20 minutes le président de l'Association des hôpitaux du Québec. C'était plutôt une prise de contact. Nous avons échangé des remarques on ne peut plus générales sur l'état du réseau. Nous avons plutôt convenu de nous rencontrer à quelques reprises au cours des mois qui viennent pour aller dans le détail des choses. Je ne peux donc dire

que cela a été en quoi que ce soit une négociation ou même un échange fonctionnel.

M. Paradis: Je comprends bien aussi, M. le ministre, que ce n'est pas l'AHQ qui va faire un déficit, etc. Ce sont les différents centres hospitaliers pris sur une base individuelle. C'est pour cela que j'ai posé cette sous-question également.

M. Laurin: Comme j'ai eu l'occasion de vous le dire lors de l'ouverture de cette discussion sur les crédits, j'ai cependant rencontré les centres régionaux de services sociaux et de santé et nous avons, cette fois, discuté longuement de ce que l'on peut appeler des compressions budgétaires. Lors de l'ouverture des crédits, j'ai répété ce que je leur avais dit. Ma position n'a pas changé depuis et elle est la même en ce qui concerne cette demande de l'Association des hôpitaux.

En ce qui concerne les véritables compressions budgétaires, qui, pour moi, sont de 7 000 000 \$ et qui ont été décidées par le gouvernement, il n'est pas question de changer ma position à cet égard.

M. Paradis: Ni pour les autres.

M. Laurin: Ni pour les autres. Donc, ces compressions budgétaires de 7 000 000 \$ sur un budget total de 5 670 000 000 \$ vont demeurer. Il restera cependant à analyser, aussi bien avec les établissements qu'avec les CRSSS, la façon dont cette compression de 7 000 000 \$ pourra être répartie sur une base régionale, sur une base de programmes. Je pense bien que ceci n'altère en rien la décision de maintenir cette compression de 7 000 000 \$ au niveau où elle existe à l'heure actuelle.

Quant à ce que l'AHQ appelle des compressions et que nous appelons surbudgétisation ou surévaluation du taux d'inflation, pour moi ce ne sont pas des compressions. Donc, cela n'entre pas dans la demande que me fait l'Association des hôpitaux du Québec.

Cependant, quand l'Association des hôpitaux du Québec me demande de procéder à l'ajustement des centres hospitaliers dans la mesure où leur déficit résulte d'une sous-budgétisation chronique et/ou d'effets de clientèle, je suis prêt à m'asseoir avec eux et à considérer ce que parler veut dire et à étudier, sur une base détaillée et sur une base d'établissement, des chiffres qui traduisent aussi bien les effets de clientèle que les allocations budgétaires.

Je ne dis pas que nous ne serions pas prêts, à la suite de cette discussion, à procéder à des ajustements, soit à la hausse, soit à la baisse, conformément à ce qu'on a fait dans les années antérieures.

Quant à ce que vous interprétez comme

une menace...

M. Paradis: Oui. Voilée.

(17 h 45)

M. Laurin: ...je l'interprète plutôt comme une expression vigoureuse d'opinion. C'est en ce sens que je la comprends. Si je l'interprétais comme une menace, je serais porté à y répondre par une autre menace, ce que je ne veux pas faire du tout; le ministère et le ministre ne sont pas là pour faire des menaces, ils sont là pour servir la population dans toute la mesure du possible et le mieux possible. Donc, cette expression vigoureuse d'opinion, je l'accepte telle qu'elle s'exprime et nous y réagissons de la manière la plus appropriée lors des rencontres que nous aurons avec les représentants des établissements.

M. Paradis: Si j'ai attiré l'attention du ministre sur cette manifestation vigoureuse d'opinion ou de menace voilée, c'est que l'année financière est déjà commencée en ce qui concerne les centres hospitaliers. On a beau prétendre que ce sont 7 000 000 \$ de compressions, il demeure que, comparativement à l'an passé, il y a 60 000 000 \$ de moins. On commence à parler de chiffres qui deviennent importants et à chaque jour on gruge dans ce budget. Est-ce que le ministre a l'intention de s'occuper du dossier en toute priorité et de proposer des solutions qui assureraient le maintien des services? Ce qui me semble être l'élément où on ne s'entend pas d'un côté comme de l'autre, c'est que le ministre dit que c'est 7 000 000 \$, que cela ne coupera pas les services aux usagers, etc., alors que des gens qui oeuvrent à tous les jours dans le milieu près des patients nous disent que ce n'est pas 7 000 000 \$, si on compare à l'année passée, c'est plus de 60 000 000 \$ et ça va couper des services aux usagers. Est-ce que le ministre a l'intention d'appliquer sa politique quand même et de voir à l'effet?

M. Laurin: Ce sujet est sûrement très important. C'est le sujet principal qui fait l'objet de toutes mes complaisances, actuellement, et de mon intérêt. Comme j'ai eu l'occasion de le dire, des rencontres sont prévues au cours des prochains jours, des prochaines semaines. Nous avons sûrement l'intention de battre le fer pendant qu'il est chaud. Cependant, notre intention est de faire parvenir aux hôpitaux leurs budgets finaux le plus tôt possible pour fins de bonne gestion administrative. J'espère bien que nous en arriverons à un consensus dans les plus brefs délais. Si cela ne devait pas s'avérer, il est toujours possible, étant donné qu'un très petit nombre de centres hospitaliers sont concernés, de faire parvenir à la très grande majorité des centres hospitaliers leurs budgets définitifs et de faire parvenir à ceux

pour lesquels les discussions doivent se prolonger des budgets provisoires - comme on vote des douzièmes provisoires à l'Assemblée nationale - ce qui permettra aux centres hospitaliers de maintenir leurs opérations courantes tout en laissant en suspens certains points qui méritent plus ample examen.

M. Paradis: Sauf le point 1, pour qu'on se comprenne bien, qui concernait les 35 000 000 \$ où cela pourrait s'appliquer, une fois qu'on les aurait identifiés, à un petit nombre et, même dans ce petit nombre, un plus petit nombre prend le plus gros pourcentage... Au point 4, on peut également - j'imagine qu'on l'a déjà fait - identifier ceux qui avaient des déficits bruts d'exploitation au 31 mars 1983. Les autres points s'appliquent à l'ensemble des centres hospitaliers.

M. Laurin: Non, même pour cette compression réelle de 7 500 000 \$, là aussi il y a des modulations selon les centres hospitaliers qui ressortiront lors des discussions que nous aurons. Encore une fois, la somme est quand même minime, 7 500 000 \$, sur le budget total des hôpitaux. Je pense qu'il est difficile de dire plus que cela à l'heure actuelle...

M. Paradis: Prenons l'exemple des 15 000 000 \$, qu'on les appelle de la surévaluation, etc., mais qui ne seront pas là l'an prochain. J'imagine...

M. Laurin: Cela c'est une décision ferme qui...

M. Paradis: J'imagine que c'est l'ensemble des hôpitaux qui...

M. Laurin: Oui, celle-là, oui.

M. Paradis: ...ont utilisé ces 15 000 000 \$ pour rendre des services.

M. Laurin: Celle-là touche l'ensemble des hôpitaux, bien sûr, puisqu'il s'agit de répartir par hôpital un taux d'inflation qui s'est avéré inférieur à ce qui avait été prévu. C'est évident que ça s'applique à tout le monde.

M. Paradis: Mais, à l'élément 5, il est question de cafétérias...

M. Laurin: Nous avons décidé...

M. Paradis: ...de transport de malades, de...

M. Laurin: ...de ne pas enlever ce qui avait été donné en trop, mais simplement de ne pas faire en sorte que les bases budgétaires, pour 1984-1985, soient gonflées

de cette somme surévaluée, de cette somme additionnelle.

M. Paradis: Je pense que le différend survient d'une prétention des hôpitaux qui disent: On a eu absolument besoin de ces sommes pour rendre les services qu'on a rendus l'an passé. Si vous nous la retirez, cette année, on ne pourra pas rendre ces mêmes services, on va en rendre pour 15 000 000 \$ de moins. Je pense que c'est cela le différend.

M. Laurin: Mais, encore une fois, ce n'est pas cela...

M. Paradis: Vous pouvez choisir de ne pas...

M. Laurin: ...que nous retirons.

M. Paradis: Non, non. Mais vous pouvez choisir de la baptiser compression ou autrement.

M. Laurin: Oui.

M. Paradis: Mais cette somme ne sera plus là.

M. Laurin: Ah non! Il faut être précis dans les termes.

M. Paradis: Oui, mais on arrive toujours aux mêmes chiffres, qu'on utilise le vocabulaire qu'on voudra.

M. Laurin: Oui. Mais on peut faire dire aux chiffres et aux statistiques ce qu'on veut, quand on n'est pas précis dans les termes.

M. Paradis: On peut peut-être faire dire aux chiffres et aux statistiques ce que l'on veut lorsqu'il y a un manque de précision dans les termes. Mais, lorsqu'il s'agit de chiffres qui sont là pour être utilisés pour rendre des services...

M. Laurin: Oui.

M. Paradis: ...à la population, lorsqu'on a compressé au maximum et qu'on soustrait, on soustrait dans les services.

M. Laurin: Oui, effectivement, c'est la raison pour laquelle ces rencontres que nous aurons seront sûrement fructueuses.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors, est-ce que le programme 3 est adopté?

M. Paradis: Sur division.

Une voix: Adopté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):

Adopté. Alors, nous passons au programme 7, Coordination de la recherche. M. le député de Brome-Missisquoi, à moins que le ministre ait quelques explications à donner.

Coordination de la recherche**Fonds de la recherche
en santé du Québec**

M. Paradis: Au niveau du Fonds de la recherche en santé du Québec, qui est l'élément 1, on avait, l'an passé, des crédits de 19 244 000 \$; cette année, on se retrouve avec des crédits de 19 758 000 \$. Où va cet argent, exactement? Quels sont les critères d'attribution des sommes impliquées dans les 19 000 000 \$?

M. Deschênes: Il s'agit de crédits qui sont véritablement, je dirais, gérés par le Fonds de la recherche en santé du Québec, le FRSQ, comme on l'appelle couramment. Il y a principalement deux types d'utilisation. Il y a les subventions à ces centres de recherche, qui sont situés dans des centres hospitaliers - il y en a une vingtaine - de l'Institut de recherche clinique, à Montréal, en passant par le Centre de recherche de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont ou celui de l'Hôtel-Dieu de Québec. C'est donc des centres de recherche dûment organisés, qui sont des parties constituantes de centres hospitaliers.

Une autre partie de ces subventions est octroyée à des individus, à des boursiers-chercheurs qui présentent des projets de recherche avec protocole qui sont évalués par des comités d'experts anonymes et secrets, donc inconnus des candidats. Et le conseil d'administration, ou son exécutif, du FRSQ décide d'attribuer ou non une subvention de recherche à tel groupe de chercheurs ou tel chercheur. Dans ce deuxième groupe qui est constitué d'individus, il y a plusieurs sous-groupes selon des types de recherche, selon des thématiques ou encore selon qu'il s'agit de jeunes chercheurs ou de chercheurs expérimentés et déjà bien en place.

Alors, ce sont véritablement des crédits dont la gestion n'est pas vraiment de la responsabilité ou du contrôle immédiat du ministère, mais du Fonds de la recherche en santé du Québec, qui est un des trois fonds qui ont été constitués par la loi sur la science et la technologie. Il y a eu la FCAC, le Fonds de la recherche en santé du Québec et je crois que le troisième concerne l'agriculture.

Alors, nous avions, antérieurement, un Conseil de la recherche en santé du Québec, qu'on appelait le CRSQ; par cette loi, il est devenu le FRSQ, qui est une corporation automone. Des crédits sont virés au FRSQ

pour subventions de recherche et soutien aux centres de recherche qu'il agréé.

M. Paradis: Est-ce que pour l'an passé vous pourriez déposer à la commission une ventilation de cette somme de 19 244 500 \$ avec le nom des organismes ou des individus récipiendaires ainsi que la thématique qu'ils ont développée à partir de...

M. Deschênes: Il n'y a aucune difficulté à transmettre aux membres de la commission la liste des centres de recherche et le montant des subventions à chacun des centres de recherche. Nous demanderons aussi au FRSQ de transmettre la liste des individus. Vous allez comprendre que c'est une liste qui est plus fastidieuse, il y a des bourses de différents niveaux. Il y a peut-être 300 personnes qui sont subventionnées. Je ne sais pas si, face à ce commentaire, le député demande le même renseignement. Cela prendra plus de temps pour ce deuxième volet.

M. Paradis: Cela prendra peut-être un peu plus de temps, mais nous en avons quand même pour 20 000 000 \$. Ce qui est intéressant, cela peut donner aux parlementaires...

M. Deschênes: Les thématiques.

M. Paradis: ...non seulement la connaissance de la personne qui en a bénéficié, mais également le sujet développé et voir quelle utilisation on en fait au ministère.

M. Deschênes: J'ai moi-même eu l'occasion dans les dernières années de...

M. Paradis: ...de bénéficier...

M. Deschênes: ...voir les listes des projets de recherche. Non, pas d'en bénéficier, les listes des projets de recherche. Les thématiques seront peut-être enfouies en quelque sorte sous des thèmes de recherche qui sont extrêmement sophistiqués, l'avenir de la mitochondrie du rein gauche, comme dirait le ministre, chez les personnes âgées de tel âge à tel âge et travaillant en telle industrie. C'est la thématique dans ce sens-là. Il appartiendra à chacun de comprendre s'il s'agit de santé au travail ou de recherches d'un autre type.

Donc, je retiens que nous faisons parvenir rapidement, cela peut se faire rapidement, la liste des subventions pour les centres de recherche. Quant aux subventions aux chercheurs, comme il s'agit des crédits 1984-1985, cela peut prendre beaucoup de temps car il faut qu'ils soient octroyés. A moins que le sens de la question soit pour dire: En 1983-1984, qu'est-ce qui a été

subventionné? Nous avons un problème là,

M. Paradis: Ce qui a été subventionné l'an passé. On arrête à l'année...

M. Deschênes: La liste fermée 1983-1984, les centres et les individus. Parfaitement.

M. Paradis: Parce que j'imagine que vos listes sont préparées comme cela et que cela devient beaucoup plus facile.

M. Deschênes: Parfaitement. Cela sera fait.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pourriez-vous me dire comment se fait la coordination avec le ministère de la Science et de la Technologie? Vous relevez, jusqu'à certain point, aussi des priorités établies par le ministère...

M. Laurin: Je ne me rappelle pas les articles précis de la loi, mais il reste que même la nouvelle loi prévoit que le Fonds de la recherche en santé du Québec relève du ministère des Affaires sociales. C'est au ministre que le directeur du fonds doit faire rapport. C'est avec lui qu'il doit transiger.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Dans l'établissement des priorités, est-ce qu'il y a une coordination avec le ministère de la Science et de la Technologie?

M. Laurin: Je ne saurais vous le dire, il faudrait que je retourne à la loi.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Apparemment, nous avons fonctionné comme nous fonctionnions l'an dernier, il semblerait.

M. Deschênes: Non, nous essayons par des comités interministériels de coordonner les efforts entre la FCAC, le fonds de recherche, et le FRSQ. Lorsqu'il y a harmonie, consensus, nous présentons, par exemple, au ministre des projets de directives que nous n'avons pas encore mis en vigueur, car la loi est nouvelle.

Il y aura des projets de directives qui seront envoyés de la part du ministre au FRSQ, mais nous sommes en discussion avec les autres fonds pour harmoniser un peu le type de directives que nous ferons.

J'irai plus loin que cela, il y a aussi de la coordination dans le champ, même au niveau de... Quand nous arrivons dans le domaine des sciences humaines, par exemple, il peut y avoir des dimensions de santé axées sur des dimensions de sciences humaines. Il y a différents mécanismes de coordination, y compris des rencontres entre les présidents de fonds, des rencontres de fonctionnaires, etc.

J'ai, attachée à mon cabinet, une direction de l'évaluation. Le Dr Pierre Bergeron, qui est directeur de l'évaluation, a une mini-équipe de deux personnes, dans cette direction, pour assurer la coordination entre la recherche en santé et la recherche sociale, d'une part, et aussi les liaisons avec les organismes centraux et les autres fonds, justement dans un souci de coordination.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je vous remercie. Le programme 7 est-il adopté?

Une voix: Adopté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La commission suspend ses travaux jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 18 heures)

(Reprise de la séance à 20 h 20)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La commission des affaires sociales poursuit l'étude des crédits des Affaires sociales. Nous sommes rendus au programme 8. Si le ministre n'a pas de remarques on peut passer immédiatement aux questions. Je céderai la parole au député de Brome-Missisquoi.

Coordination régionale et nationale

Urgences-santé

M. Paradis: Merci, Mme la Présidente. Au niveau du programme 8, Coordination régionale et nationale, élément 1, Concertation et coordination faites par les conseils régionaux en 1983-1984, 34 350 000 \$; en 1984-1985, 37 024 000 \$. Est-ce que le ministre peut nous indiquer quelle somme est allouée à la centrale des urgences dont vous avez parlé cet après-midi, à Montréal?

M. Laurin: Cet après-midi j'ai parlé d'une somme de 28 000 000 \$, alors qu'aux crédits apparaît seulement la somme de 9 000 000 \$. Je pense qu'il y a une explication à donner. Le fonctionnement du centre administratif en tant que tel coûte 9 000 000 \$ mais si on ajoute à cela les frais d'ambulance, ce que coûtent les 139 médecins qui se promènent constamment dans la ville de Montréal, avec les actes qu'ils posent, cela atteint à peu près la somme de 28 000 000 \$.

En ce qui concerne le fonctionnement propre du Centre de coordination des urgences-santé, c'est 9 000 000 \$ pour 1984-1985 comparativement à quelque 7 000 000 \$ pour l'année 1983-1984. C'est inclus dans le budget de coordination

régionale et nationale.

M. Paradis: Est-ce que ces 9 000 000 \$ sont affectés strictement au personnel d'administration et au personnel de triage des appels?

M. Laurin: Oui, c'est affecté au personnel qui oeuvre au sein de la centrale administrative. Par exemple, les infirmières qui répondent aux appels, les médecins qui répondent aux appels, les coordinateurs, le directeur médical, le directeur administratif également. En somme, les équipements, les appareils, les trousse d'urgence, etc.

M. Paradis: Comment expliquer que ce service qui a démarré fin 1981 début 1982, pratiquement parlant, l'année de calendrier à laquelle je fais référence, est passé d'un budget d'administration de 6 000 000 \$ à 8 000 000 \$ et à 9 000 000 \$ en l'espace de trois ans sur le plan de l'administration? Qu'est-ce qui explique cela?

M. Laurin: Je pense que ce sont les nécessités mêmes du service qui ont amené cette augmentation assez rapide des dépenses, qu'il s'agisse du personnel, etc. Il fallait véritablement pouvoir répondre d'une façon rapide aux appels de la population. Je pense qu'on peut dire qu'avec le budget que nous avons maintenant nous sommes en mesure de répondre aux appels de quelque citoyen que ce soit sur l'île de Montréal avec un délai de quatre minutes.

S'il s'agit de services à rendre sur les lieux de l'accident, s'il s'agit vraiment d'un accident, on peut dire que les médecins sont situés à des endroits stratégiques de façon qu'ils puissent, eux aussi, en moins de cinq minutes, se trouver sur les lieux de l'accident. Évidemment, cela demande une organisation assez sophistiquée - à partir de la planification, de la programmation en passant par le personnel qui s'occupe de répondre aux appels, les coordonnateurs ou les appels aux ambulances - qui a demandé des approximations successives avant d'atteindre le degré d'excellence que nous avons maintenant atteint. Cela ne veut pas dire que tous les problèmes sont réglés mais je pense que les réponses administratives que nous avons apportées l'ont été en réponse aux besoins qui nous ont été signalés, soit par les citoyens, soit par les médecins qui étaient obligés de se retrouver aux lieux des urgences sur lesquels on leur demandait d'aller, ou aux demandes des ambulanciers qui sont impliqués dans le processus.

M. Paradis: La question...

M. Deschênes: M. le député, disons que la première année était évidemment une année partielle. Il s'est ajouté

progressivement des choses en cours de route. Ainsi, il y a eu une extension - je ne peux dire à quel mois exactement - pour couvrir la ville de Laval. Je pense que c'est arrivé au cours de 1982-1983. Au début, on ne devait pas couvrir la ville de Laval.

En outre, commençant en 1983-1984 mais concrétisé pleinement en 1984-1985, il a fallu prendre la relève de la police de Montréal ou de la communauté urbaine. Il y a, sur trois ans, d'une part, un démarrage et un rodage à faire et, en même temps, une extension territoriale vers Laval qui chevauche sur deux années; et aussi, plus récemment, chevauchant aussi sur deux années - mais je ne sais combien de mois pour chaque service - s'introduit la relève de la police de la communauté urbaine dont on voyait dans le journal *The Gazette*, ce matin, qu'il ne restait qu'une seule ambulance, je crois.

Ce sont ces phénomènes qui s'ajoutent au rodage effectivement décrit par le Dr Laurin, rodage et développement au cours de cette même période, mais toujours partiels quant à chacune des années.

M. Paradis: Est-ce que vous avez des statistiques sur les appels enregistrés auxquels on a répondu à chaque jour et le nombre d'ambulances qui se déplacent?

M. Laurin: Oui, nous pourrions vous fournir ça. Un relevé systématique est fait qu'on pourra vous fournir de même que tous les détournements d'ambulances, les heures, le nombre d'heures où les détournements sont nécessaires. On pourra vous fournir tous ces renseignements.

M. Paradis: On avait soulevé la question à l'Assemblée nationale, avant les fêtes, sur les griefs à la suite des problèmes que les médecins avaient portés à la connaissance du public. Votre prédécesseur, le ministre Johnson, avait répondu à une partie des revendications sur les moniteurs-défibrillateurs; aujourd'hui, les médecins ont ce qu'ils désiraient avoir au niveau de l'équipement.

Je me souviens qu'au niveau du système des communications les médecins réclamaient des walkies-talkies et que le ministre s'était engagé - je n'ai pas la transcription ici devant moi - à les équiper. Est-ce que vous savez si cela a été fait, si cet engagement a été tenu?

M. Laurin: Je sais qu'à la réception des demandes ou griefs des médecins un comité spécial de travail avait été formé regroupant des membres du corps médical du CRSSS et que ce comité a siégé à plusieurs reprises, qu'il a fait des recommandations au CRSSS ou au Centre de coordination des urgences-santé. La plupart de ces recommandations

ont été acceptées. Cela s'est soldé d'ailleurs par une amélioration considérable du service. C'est, par exemple, à la suite des travaux de ce comité que nous avons institué un service central de pharmacie où toutes les troussees sont fournies aux médecins, sont régulièrement révisées, où les troussees sont d'ailleurs, non seulement révisées à chaque rotation que font les médecins, mais également sont élargies de façon à couvrir tous les produits, tous les appareils dont peuvent avoir le médecin selon les urgences. Nous avons aussi réglé le problème des moniteurs-défibrillateurs, de façon que chaque médecin en soit maintenant pourvu lorsqu'il est en service.

(20 h 30)

D'autres problèmes ont aussi été examinés comme les problèmes qui peuvent se poser entre les infirmières qui répondent au téléphone et les médecins qui peuvent être appelés à prendre le relais lorsque le cas est plus complexe, et aussi les médecins qui sont sur place. Toute une série de problèmes de cette nature ont été réglés à la satisfaction du corps médical, à la satisfaction de la FMOQ qui faisait aussi partie, par un ou deux de ses délégués, de ce comité de travail. Ce comité, d'ailleurs, continue de siéger. Il y a d'autres problèmes de perfectionnement qui sont sans cesse soulevés par ce comité; le CRSSS essaie d'y donner suite le plus rapidement possible.

Subventions

M. Paradis: Au niveau de l'élément 2, Subventions à d'autres organismes, il y a un montant de 24 257 400 \$. Quel type d'organisme subventionne-t-on à partir de ce montant?

M. Laurin: M. Deschênes.

M. Deschênes: Disons que vous avez à la page 98 le détail où vous voyez qu'il y a des bourses d'étude et de perfectionnement pour 739 000 \$, il y a des subventions d'appoint aux compagnies d'ambulances, des subventions de zone qu'on appelle, il y a surtout la subvention à la Société canadienne de la Croix-Rouge qui est de 19 287 000 \$, plus quelques autres subventions, de 624 000 \$ et de 300 000 \$.

Ce sont essentiellement des organismes qui oeuvrent dans le domaine de la coordination, plus quelques éléments. Le gros du montant, 19 000 000 \$ sur 24 000 000 \$, est pour la Société canadienne de la Croix-Rouge, service de la transfusion, et le reste.

M. Paradis: À l'élément 3, Subventions aux associations d'établissements du réseau des affaires sociales, il y a 5 124 300 \$. À quoi cela sert-il exactement?

M. Deschênes: Cela sert à subventionner des mémoires comme ceux qu'on a eu l'occasion de lire aujourd'hui!

Disons que, pour prendre cela sur un ton plus sérieux, les subventions sont versées aux associations qui regroupent les établissements, donc l'Association des hôpitaux du Québec, l'Association des centres d'accueil, la Fédération des CLSC, l'Association des CSS et l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés, l'ACHAP. Ces associations regroupant les types d'établissements au plan provincial sont subventionnées pour différentes activités dont les plus connues ont trait au domaine des relations de travail.

Disons que l'activité des associations dans ce domaine, puisqu'elles regroupent les employeurs, est très importante, en plus des activités que font couramment les associations regroupant les catégories, à savoir étude de la législation et de la réglementation, représentations à différentes instances, et le reste.

M. Paradis: Lorsque vous subventionnez des organismes pour la préparation de mémoires ou autres, est-ce que se sont des subventions qui sont totalement discrétionnaires ou...

M. Deschênes: Ils font cela à l'intérieur de leur budget global, M. le député.

C'est discrétionnaire dans le sens qu'il y a un dossier historique là-dessus, c'est une subvention, et on l'indexe, cette année, par exemple, au même taux que les établissements qu'ils représentent.

M. Paradis: Et cela va aux mêmes organismes, traditionnellement, d'année en année?

M. Deschênes: Oui.

M. Paradis: Avec des montants établis qui se suivent.

M. Deschênes: Des montants indexés selon le taux d'indexation de la catégorie d'établissements qu'ils regroupent.

M. Paradis: Si je posais la question, c'était évidemment dans le but de m'assurer que, s'il y a de ces associations qui, à un moment donné, décident d'aller sur la place publique et de dire qu'elles ne sont pas satisfaites, vous ne puissiez pas jouer du couteau, si on peut dire.

M. Deschênes: Ils sont tellement visibles dans les crédits que n'importe qui peut poser des questions et, par ailleurs, je pense qu'ils sont assez grands pour faire valoir leur point de vue.

M. Paradis: Je parlais strictement en fonction des pressions que pourrait exercer le ministère s'il décidait d'en exercer dans des cas où des gens seraient...

M. Deschênes: Non, jamais. Dans ce domaine, M. le député, nous sommes plus habitués à recevoir des pressions qu'à en faire.

M. Paradis: De plus en plus, d'ailleurs. Cela va.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): S'il n'y a pas d'autres questions, le programme est-il adopté?

Des voix: Adopté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Programme 9. Je sais que le député d'Abitibi-Est a des questions.

Statut des infirmières auxiliaires

M. Bordeleau: Oui, merci, Mme la Présidente. C'est au programme 9, à l'élément 6: Relations du travail. Il y a des gens avec qui j'ai déjà eu des communications là-dessus. Cela concerne un problème de personnel, c'est-à-dire le remplacement graduel des postes de puéricultrices et d'infirmières auxiliaires par des postes d'infirmières licenciées. J'imagine que le problème n'est pas le même dans les grands centres ou dans les grands hôpitaux mais, dans les hôpitaux de région comme la mienne, c'est un problème assez considérable dans le sens qu'avec l'application graduelle et grandissante des décrets sur les actes délégués on assiste au remplacement de postes d'auxiliaires en particulier par des postes d'infirmières. Cela pose un problème sérieux dans le sens qu'on a encore beaucoup de postes d'infirmières auxiliaires et même de puéricultrices - malgré qu'il y en ait moins - mais cela touche plus particulièrement les infirmières auxiliaires. On vide littéralement des postes, on ferme des postes. On pourra toujours me répondre qu'elles ont une sécurité d'emploi, qu'elles peuvent aller ailleurs mais, pour une infirmière auxiliaire qui a travaillé pendant des années au soin des malades et qui se retrouve comme préposée à la buanderie ou à la cuisine, je vous assure que ce n'est pas nécessairement ce qu'il y a de plus revalorisant. On en vient à chercher des solutions.

Je sais que, chez nous, le CRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue cherche des solutions avec les centres hospitaliers, sauf qu'on se bute toujours à un autre problème, on finit toujours par dire qu'il faudrait recycler ces gens. Je pense aussi qu'il serait important de les recycler. On sait que dans les régions

périphériques on manque d'infirmières licenciées, qu'on est obligé de les faire venir de l'extérieur, des grandes régions et, souvent, elles ne veulent pas venir. On se ramasse avec des infirmières auxiliaires qui ont fait le travail pendant des années et, un moment donné, on leur dit: On vous envoie dans des postes d'un autre ordre, c'est-à-dire dans des secteurs où il n'y pas de soins directement reliés aux patients.

Quand on commence à parler de recyclage, ce dont on parle chez nous actuellement, entre les CRSSS et - j'imagine aussi - les gens du ministère des Affaires sociales à Québec, au service des relations du travail, on se bute à des problèmes, on se lance la balle d'un intervenant à l'autre. Certains prétendant que c'est l'Ordre des infirmières qui n'accepte pas le recyclage comme tel; d'autres prétendent que ce sont les syndicats. Je veux demander au ministre, sans nécessairement trouver un coupable, où cela bloque vraiment. Chez nous, la commission de la formation professionnelle est prête à donner des cours, le cégep est prêt à en donner, l'hôpital est prêt à libérer des gens. Tout le monde est plein de bonne volonté, mais on ne réussit pas à réaliser cela.

J'aimerais savoir s'il y a un refus complet de l'Ordre des infirmières ou d'autres organismes - je n'essaie d'accuser personne. Si on peut mettre la main sur le bobo... Le ministre a un certain pouvoir coercitif pour faire débloquent des choses plus rapidement dans des cas comme cela.

M. Laurin: M. Deschênes.

M. Deschênes: Je pense que vous soulevez tout le problème de la structuration des... Je voudrais qu'on s'assure qu'il ne s'agit pas d'une activité au programme 9, mais plutôt dans d'autres programmes du réseau. Ce qui est décrit ici concerne le réseau; le programme 9, c'est la gestion du ministère uniquement.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Excusez-moi, M. le sous-ministre. Vous faites bien de faire la mise au point, mais d'autres députés vont probablement glisser de la même façon parce que certaines questions n'ont pas pu être posées ailleurs, et on va les raccrocher aux services sociaux, relations du travail et autres. D'accord?

M. Deschênes: D'accord. Cette question de l'activité présente des infirmières auxiliaires en milieu hospitalier fait référence à tout le problème de la délégation des actes. La délégation des actes est un débat de fort long terme qui est né dans le réseau au milieu des années soixante, à savoir: que peut faire une infirmière, que peut faire une auxiliaire? Finalement, via les

corporations professionnelles, dans les lois des corporations professionnelles, il y a, notamment dans la Loi médicale, un pouvoir de délégation d'actes aux infirmières. Il y a eu - on se souviendra d'une commission parlementaire importante à ce sujet il y a peut-être trois ou quatre ans maintenant - un règlement...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Avec un ex-ministre du gouvernement.

M. Deschênes: ...le Dr Lazure...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Non, M. Morin.

M. Deschênes: Oui, mais disons que le responsable de l'Office des professions, aux Affaires sociales, c'était le Dr Lazure. Lorsque cette réglementation des actes a été adoptée par le gouvernement, cela a précisé et établi des règles du jeu concernant la délégation d'actes médicaux aux infirmières, mais aussi la délégation d'actes infirmiers aux infirmières auxiliaires. Nous assistons aujourd'hui, bien sûr, à un débat entre corporations professionnelles, mais aussi, au niveau des différents établissements, sur ce que peut faire localement, parce que la réglementation a référé au mandat et au pouvoir d'un conseil d'administration local quels sont les actes qui peuvent être posés dans un hôpital, par exemple, par une infirmière plutôt que par une infirmière auxiliaire.

Je voudrais continuer un peu plus loin. Tout récemment, j'avais l'occasion de recevoir de la correspondance de la Corporation des infirmières auxiliaires, qui se plaignait que le ministère "tolérait", entre guillemets, peut-être, que des actes d'infirmières auxiliaires soient posés par des auxiliaires familiales à domicile. Vous voyez, tout le long de la chaîne, entre médecins, infirmières, infirmières auxiliaires et plus récemment avec la Corporation des infirmières auxiliaires, on fait des reproches sur les actes dont la Corporation des infirmières a accepté la délégation aux auxiliaires familiales. C'est un vaste débat au sein du monde professionnel et je pense qu'on ne peut pas dissocier la question de cette toile de fond un peu querelleuse entre certaines des corporations.

En outre, localement, la direction des soins infirmiers dans un hôpital est confiée à des infirmières licenciées, membres de l'Ordre des infirmières. Nous avons eu des plaintes, à certains endroits, d'infirmières auxiliaires qui, en quelque sorte, ne trouvaient pas leur place au sein de l'hôpital puisque l'hôpital, par son organisation des soins infirmiers, préférerait l'infirmière polyvalente à l'infirmière auxiliaire, qui ne peut pas poser certains actes,

particulièrement si elle se retrouve seule le soir ou la nuit.

À cause de la délégation des actes localement, il y a aussi des ajustements qui se sont faits parce que, certains actes ne pouvant être posés par des infirmières auxiliaires la nuit, il fallait des infirmières alors qu'il pouvait y avoir, de tradition dans un hôpital, des infirmières auxiliaires la nuit. La réglementation a donc connu des difficultés d'application dans plusieurs milieux et, dans certains endroits, des querelles sont nées de cette question.

Je dois rappeler que la réglementation elle-même, sans compter l'économie générale de notre réglementation au ministère à l'égard des établissements, donne le mandat aux corporations locales, au conseil d'administration, de prendre des décisions à cet effet. C'est le conseil d'administration qui décide de son organisation et du degré de délégation à la suite de recommandations du Conseil des médecins et dentistes ou d'autres instances. C'est le conseil d'administration car il s'agit ici de décisions locales; c'est localement, effectivement, que se prennent toutes ces décisions. La position du ministère est de respecter au maximum ces questions.

Les infirmières auxiliaires peuvent se trouver, dans un milieu particulier, sans emploi; on peut en trouver dix, quinze ou vingt, dans une ville, qui n'ont pas d'emploi parce qu'un hôpital restructure progressivement ses soins infirmiers en donnant une priorité absolue aux infirmières plutôt qu'aux auxiliaires. Il y a, greffée au problème de délégation, greffée au problème de décision locale, toute la question du marché du travail.

Là-dessus, il pourra y avoir tous les programmes de recyclage que l'on voudra, cela n'assure personne d'un poste, en quelque sorte. Je voudrais seulement confirmer la difficulté que soulève le député. Nous n'avons pas l'assurance que tout se règle dans l'harmonie sur ce plan-là mais ce sont effectivement les instances locales qui agissent davantage.
(20 h 45)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Abitibi-Est.

M. Bordeleau: Cela me donne une espèce de grand tour d'horizon du problème, M. le sous-ministre, mais cela ne règle pas mon problème pour autant. Je me demande ce qu'on va faire chez nous avec ce personnel de plus en plus. On va toucher à d'autres domaines. Peut-être même que ce serait plus important d'amener ce problème devant la Condition féminine parce qu'il y a des gens qui travaillent quelque part et on s'apprête à les mettre dehors, très poliment quand même, à les remplacer, de toute façon, par des gens qui n'existent même pas.

Dans nos régions, entre autres, on n'a pas en trop d'infirmières licenciées.

Cela va plus loin que cela. Dans d'autres ministères on continue de donner des cours d'infirmières auxiliaires alors qu'il n'y a plus aucun poste qui s'ouvre. On en ferme même et on va les fermer très rapidement. Il me semble qu'au moins pour celles qui ont déjà des postes ou même qui sont en attente, parce qu'il y en a qui n'ont pas nécessairement de poste mais qui travaillent à temps partiel et souvent cela fait l'affaire d'un certain nombre de femmes de travailler à temps partiel pour en remplacer d'autres en congé...

Je n'ai pas de solution non plus mais il me semble qu'on devrait au moins permettre à ces personnes qu'on a utilisées depuis des années... Il y en a qui ont 20 ou 25 ans de services dans les hôpitaux et on leur dit un bon jour: Tu ne fais plus l'affaire à cause des actes délégués. J'avoue que cela s'explique mal.

Du côté du recyclage, est-ce qu'il n'y a pas moyen, sur quelques années, par exemple, de prendre les gens qui sont disponibles pour travailler ou qui ont des postes et les recycler au niveau du cégep? Il me semble qu'il y a là des choses possibles.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):

Avant que le sous-ministre ne réponde, je voudrais ajouter ceci, dans la même veine. Je pense que le sous-ministre se rappellera que cela fait plusieurs fois que je soulève ce problème-là ici. Je l'ai soulevé au moment de l'étude du projet de règlement de la loi 27, entre autres aux crédits de l'an dernier. Si ma mémoire est bonne, l'an dernier le ministre nous avait dit qu'il y avait, à l'intérieur du ministère des Affaires sociales, un comité qui se penchait sur ce problème du déplacement massif des infirmières auxiliaires à l'intérieur des hôpitaux.

Votre toile de fond est exacte, j'en suis très consciente, la question de la délégation des actes. Il reste qu'il y a eu des coupures de personnel. Vous avez parlé de restructuration d'établissements et ceux qui écopent à ce moment-là, dans le fond, ce sont les plus faibles, peut-être pas les moins utiles, par exemple.

Quand vous nous avez fait votre pyramide qui part des médecins et qui descend jusqu'aux auxiliaires familiales, ceux qui, finalement, écopent en bout de ligne, c'est toujours ceux qui sont en bas de la pyramide.

Il y a 18 000 infirmières auxiliaires. Je me dis qu'on ne peut pas demander à 18 000 personnes - il ne s'agit peut-être pas des 18 000 en l'occurrence, je vous le concéderai - ou à un très grand nombre d'entre elles d'être ballottées dans d'autres postes parce que des priorités sont établies de telle sorte que ce sont toujours les infirmières

auxiliaires qui écopent. Je pense qu'il y a une question de justice qui dépasse toutes les questions techniques de délégation d'actes.

Je voudrais savoir où en est rendu ce comité qui se penchait sur ce problème et qui devait nous faire rapport de ses recommandations.

M. Deschênes: Je ne peux pas le savoir et je ne peux pas vous dire actuellement où en est rendu ce comité. On se souviendra qu'il y avait eu un gel de la question des actes pour un an dans le cadre des négociations. Je peux faire le point et éventuellement envoyer une correspondance à la présidente de la commission sur le fonctionnement et où en est ce comité.

Quant au cas plus spécifique, on me signale que c'est peut-être un problème particulier au centre hospitalier de Val-d'Or...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous avez la même chose à Rimouski, à Saint-Hyacinthe, à Saint-Luc, dans un grand nombre d'établissements.

M. Bordeleau: Vous allez avoir la même chose dans quelques mois aux centres hospitaliers de Rouyn-Noranda, d'Amos, de Ville-Marie, de La Sarre. Il y a certains cas qui sont pilotes.

M. Deschênes: Il y a sans doute des cas où cela est plus avancé. Je voudrais juste faire un rappel à la responsabilisation que l'on donne au conseil d'administration sur cette question. C'est sûr qu'un ministère pourrait bien arriver et dire: Il va y avoir un mode d'organisation du nursing, un tiers d'infirmières auxiliaires et deux tiers d'infirmières. Je suis sûr que si on agissait de cette façon-là on dirait: De quoi le ministère vient-il se mêler? L'association des établissements X, Y, Z viendrait dire: Vous brisez notre autonomie locale.

Comme disent les Anglais: "You cannot eat your cake and have it." Il y a des conséquences malignes à certaines choses qui ont des avantages. Je crois me souvenir d'un cas, celui d'un nouvel hôpital, l'hôpital Pierre-Boucher, qui avait un plan. C'est neuf, c'est parfait. Il ne voulait embaucher que des infirmières. Nous sommes entrés en contact avec cet établissement pour essayer de convaincre les dirigeants que ce n'est peut-être pas la meilleure solution, qu'il y a une espèce d'équilibre à tenir sur l'ensemble du milieu professionnel. Ils ont accepté de structurer leur organisation de soins infirmiers avec un pourcentage - je le donne de mémoire - d'environ 20% d'infirmières auxiliaires. Mais la décision, fondamentalement, appartient au conseil d'administration de chaque établissement. On ne peut gérer à distance 800 établissements

ou 222 hôpitaux dans des détails comme ceux de l'organisation du personnel de telle catégorie. Il y a des clauses qui interviennent. Il y a des mécanismes de sécurité d'emploi. Ce sont les forces en présence.

M. Paradis: Une simple précision dans le même sens. Quels sont les membres du fameux comité?

M. Deschênes: Quel comité? Le comité auquel...

M. Paradis: Le comité qui est penché...

M. Deschênes: Il faudrait que je fasse le point sur ce comité.

M. Paradis: Est-ce qu'il existe?

M. Deschênes: Je vous avoue que j'ai oublié exactement quel était ce comité. Je voudrais simplement vous rappeler qu'il y en a environ 200 au ministère. Je ne suis pas très au fait de celui-là.

M. Paradis: D'accord.

M. Deschênes: Mais, comme je l'ai dit, la seule façon, c'est de transmettre l'information par correspondance en faisant le point avec des gens des relations du travail qui, malheureusement, ne sont pas présents ici ce soir.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député d'Abiti-Est.

M. Bordeleau: Je voulais simplement vous dire, M. le sous-ministre, que je suis d'accord avec l'autonomie locale, mais quand on sait qu'une décision d'abolir huit postes dans un hôpital passe au conseil d'administration en l'espace de cinq minutes, simplement sur présentation d'un document de la directrice des soins infirmiers de l'institution, je ne suis pas certain qu'ils ont évalué toutes les conséquences d'un tel geste.

Je voulais simplement avoir une confirmation. Vous dites que c'est vraiment l'autonomie locale. Les décisions sont prises par le conseil d'administration de l'hôpital en question. N'y a-t-il pas quand même, s'il y a un déplacement ou une abolition de poste, une permission à obtenir du ministère?

M. Deschênes: Lorsqu'il y a des mises à pied...

M. Bordeleau: Des mises à pied.

M. Deschênes: ...il y a une autorisation du ministère, parce qu'entre en jeu à ce moment-là le mécanisme de sécurité d'emploi

et de placement, le Service de placement des Affaires sociales. C'est dans ce contexte, lorsqu'il y a une mise à pied.

M. Bordeleau: Une dernière question, Mme la Présidente. Je reviens toujours à mon recyclage, parce que je n'ai pas eu les réponses auxquelles je m'attendais. Est-ce qu'on pourrait au moins avoir - je ne sais pas - l'appui du ministère, du service des relations du travail pour fouiller cela au maximum, pour voir s'il n'y a pas moyen de recycler les personnes qui voudraient bien l'être et qui sont prêtes à retourner aux études pour devenir des infirmières licenciées?

M. Deschênes: Il y a, dans cette notion de recyclage issue des conventions collectives ou décrets, quelques millions, je dirais, de mémoire, 5 000 000 \$ ou 6 000 000 \$ qui servent aux fins de recyclage et qui sont utilisés pour ces fins. Est-ce suffisant? C'est à débattre. De quelle façon est-ce utilisé? C'est aussi à débattre. Mais il y a déjà un programme et des fonds pour fins de recyclage qui sont de l'ordre de plusieurs millions de dollars.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pour faire suite à la question du député d'Abitibi-Est. Je pense qu'on a - qu'est-ce que c'est? - un homme en deux personnes, en la personne de l'ex-ministre de l'Éducation, qui sait fort bien que les cours d'infirmières continuent de se donner dans les écoles. On va se retrouver avec un nombre de plus en plus grand d'infirmières auxiliaires en disponibilité. Je ne sais pas quel chapeau vous pouvez mettre, M. le ministre. Peut-être les deux. Comment envisagez-vous cela?

M. Laurin: Il y a des études qui sont faites au ministère de l'Éducation, surtout en rapport avec les nouveaux programmes de formation professionnelle au niveau des cégeps, qui vont sûrement aboutir à des contingentements au niveau du nombre d'élèves admises ou admis aux cours de techniques infirmières. On peut même penser qu'il y aura des contingentements au niveau des établissements. Actuellement, ce sont tous les établissements qui dispensent les cours de techniques infirmières et il est bien possible que, dans l'élaboration de la carte des enseignements professionnels à laquelle travaille actuellement le ministère de l'Éducation, on aboutisse à de pareils contingentements. Je pense que les décisions vont se prendre au cours de l'année 1984. C'est sûr qu'on ne peut pas laisser perdurer une situation où on condamne quasiment ceux qui sont admis aux études à un chômage chronique qui peut se prolonger durant quelques années. Il y a un gros travail qui est fait à ce moment-ci sur l'information

qu'on dispense aux clientèles potentielles des cégeps et également sur les contingentements ou les nombres optima à être admis dans tel ou tel programme.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Si jamais on relocalise le comité dans le ministère, est-ce que le ministre peut s'engager, ou du moins accepter d'examiner cette question dans le contexte où le député d'Abitibi-Est l'a posée et qui a été posée à plusieurs reprises?

M. Laurin: J'ai pris effectivement bonne note de la question posée par les deux députés qui ont évoqué le problème. Je considère que c'est un problème sérieux, pertinent et qu'il va falloir qu'on examine cela de plus près à l'intérieur, évidemment, de cet enchevêtrement de pouvoirs auxquels tiennent jalousement les corporations professionnelles, mais en fonction quand même de l'intérêt public et aussi à la lumière de ce que prévoit la convention collective ou les décrets qui en tiennent lieu.

M. Deschênes: Je voudrais à cet effet donner des précisions. J'ai ici les données. Pour 1984-1985, issue des conventions collectives, il y a une somme de 5 500 000 \$ pour fins de perfectionnement et de recyclage. Les décrets prévoient que, sur une période de trois ans, il y a une somme de 16 500 000 \$. Évidemment, ce sont des fonds disponibles qui servent aux fins de perfectionnement et de recyclage sous plusieurs formes. Ce n'est pas, évidemment, une garantie, lorsqu'il y a recyclage, d'emplois. Il y a les règles du marché. Prenons la plus belle hypothèse, une infirmière auxiliaire devenue infirmière. Lorsqu'elle devient infirmière, elle est soumise, évidemment, aux lois du marché comme les autres personnes dans cette société.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Un autre point que je voudrais faire valoir, à moins que cela n'ait été modifié. Les exigences d'admission pour le recyclage en sciences infirmières à l'endroit des auxiliaires infirmières, à moins que cela n'ait été modifié au cours de l'année dernière, étaient très élevées dans le sens qu'on leur accordait - je le dis sous toute réserve - un crédit de six mois et qu'il fallait qu'elles fassent deux ans et demi. Je trouve cela tout à fait... Quelqu'un qui a travaillé durant 25 ans à titre d'auxiliaire infirmière - même 10 ans - et qu'on l'oblige à refaire pratiquement tout un cours d'infirmière, je trouve que vous découragez les gens de se recycler. Cela aussi il faut que ce soit examiné.

M. Laurin: C'est vrai ce que vous dites. C'est un élément de dissuasion qui équivaut

à de l'obstruction. C'est bien évident.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je pense que cela a peut-être été modifié. Je ne sais pas si quelqu'un de vos services peut le dire, mais...

M. Laurin: Nous allons vérifier, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Deschênes: Ce sont des comités patronaux-syndicaux qui agissent, mais nous allons certainement vérifier des questions comme celles de critères qui pourraient, à la limite, être de la discrimination négative.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. le député de Brome-Missisquoi.

Direction et gestion

M. Paradis: M. le ministre, à l'élément 1 du programme, Direction supérieure, le budget 1983-1984 était de 3 733 300 \$. Celui de 1984-1985 est de 4 588 000 \$, soit une augmentation de 23%. Dans une période de compressions budgétaires, dans une période où vous demandez aux établissements de réduire leur niveau d'encadrement, etc., comment expliquer une telle augmentation à la Direction supérieure?

M. Deschênes: M. Jean Taillon, qui est sous-ministre adjoint à l'administration et aux systèmes d'information, s'est joint à moi. Il pourra vous donner des éléments d'explication.

M. Taillon (Jean): Cela s'explique essentiellement par le fait que le ministère s'est vu transférer une facture de 892 000 \$ pour les frais de transport par avion. C'étaient des frais payés auparavant par le ministère des Transports. C'était centralisé; cela a été décentralisé. Chez nous, cela signifie une facture de 892 000 \$. C'est essentiellement comme cela que cela s'est fait.

M. Paradis: Au niveau de...

M. Taillon: Et c'est pour le transport d'urgence des malades, essentiellement. (21 heures)

M. Paradis: L'avion du gouvernement qui sert au transport des patients en région qui ont besoin de...

Conseil des affaires sociales et de la famille

Au niveau de l'élément 8, Conseil des affaires sociales et de la famille, il y a une augmentation de 26,3% en pleine période de

compression. Qu'est-ce qui explique cela? Quel est le motif?

M. Taillon: Ce sont deux postes ajoutés.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Puisqu'il y a création de deux postes, est-ce qu'on a confié de nouveaux mandats au Conseil des affaires sociales et de la famille?

M. Deschênes: Il y a constamment de nouveaux mandats au Conseil des affaires sociales et de la famille. Madeleine Blanchet, la présidente, qui est ici, pourra venir à la table pour fournir plus d'explications. Les mandats du Conseil des affaires sociales et de la famille évoluent avec la conjoncture. Ce sont des postes pour permettre au conseil de mieux remplir sa mission. À l'intérieur de l'enveloppe générale du ministère, nous avons décidé d'allouer deux postes additionnels au conseil pour lui permettre de faire face aux mandats qui lui sont confiés et sur lesquels il travaille.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je pense que malheureusement on n'aura pas beaucoup de temps pour poser des questions à Mme Blanchet mais je voudrais quand même profiter de l'occasion pour féliciter le conseil des quatre études qu'il a faites sur l'état des services de santé. Je les ai trouvées extrêmement intéressantes; ce n'est pas souvent qu'on fait des compliments, alors il me fait plaisir de le faire. Je ne sais pas si mes collègues en ont pris connaissance mais...

Est-ce qu'il y a des questions adressées à Mme Blanchet de la part de quelqu'un?

M. Laurin: En réponse à la question qui a été posée, est-ce que de nouveaux mandats ont été...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, d'accord.

M. Laurin: ...confiés au Conseil des affaires sociales? Je pense que Mme Blanchet...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, d'accord.

M. Laurin: ...pourrait expliquer la nature de ces nouveaux mandats.

Mme Blanchet (Madeleine): Mme la Présidente, M. le député de Brome-Missisquoi, à la suite de ces quatre volumes sur le bilan d'état de santé, le ministre des Affaires sociales, à l'époque M. Johnson et maintenant M. Laurin, nous a confié un mandat très large qui comprend, d'une part, d'étudier les conséquences économiques de la

maladie au Québec.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Excusez-moi...

Mme Blanchet: D'étudier les conséquences économiques de la maladie au Québec.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ah! D'accord.

Mme Blanchet: Nous avons dû recruter un économètre. À la suite de l'étude des coûts directs, on s'est dit qu'il serait intéressant de voir quelles sont les pertes de productivité pour notre société engendrées par la maladie. Nous avons mis en marche une étude de ce genre-là. Également, considérant l'intérêt que présentait le bilan d'état de santé, on nous a demandé de préciser quelles pourraient être les orientations en santé au cours des dix prochaines années. Je pense que c'est peut-être un programme un peu ambitieux. On a dû renforcer l'équipe de recherche du conseil.

Je dois signaler cependant que le conseil n'a pas, comme les autres conseils du gouvernement, de budget de recherche. Nous devons, si nous voulons en faire, augmenter nos effectifs. Nous n'avons aucun budget spécifiquement alloué à la recherche. Nous avons un budget extrêmement modeste qui est même inférieur à 750 000 \$ et qui est fait pour 87% de salaires d'employés de la fonction publique qui, de toute façon, seraient payés s'ils étaient ailleurs. Notre rôle est de les utiliser à bon escient dans le cadre des mandats que nous donne le ministre des Affaires sociales.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Merci beaucoup, madame.

M. le député de Brome-Missisquoi.

Relations du travail

M. Paradis: Pas à Mme Blanchet malheureusement, mais j'aurais deux autres questions au ministre. La première à l'élément 6, Relations du travail. L'an dernier, lors de l'étude des crédits, votre prédécesseur disait, et je le cite: "Dans l'année qui vient, ce problème de relations du travail fera l'objet d'une forme de décision gouvernementale ou à l'égard du contenu ou à l'égard de quelque chose dans le genre de ce qui est suggéré par Urgence-médiation en termes d'études ou autrement."

À l'approche des nouvelles négociations collectives qui auront lieu l'an prochain, où en sont les réflexions du ministère sur la question des relations du travail?

M. Laurin: Effectivement, un comité

interministériel a été formé qui regroupe le ministère de la Fonction publique, le ministère de l'Éducation, le ministère des Affaires sociales, le Conseil du trésor, les représentants du bureau du premier ministre. Ce comité a tenu quelques réunions depuis Noël et il continue à se réunir.

Certaines approches ont été faites auprès de plusieurs centrales syndicales, afin de les saisir des principes, des postulats qui présidaient à notre réflexion. Tout généraux qu'ils soient, ces postulats et principes pouvaient engendrer des discussions qui, à leur tour, pouvaient déboucher sur des propositions concrètes, soit de modifications au régime de négociation, soit aux lois en vigueur. Nous avons attendu la réponse des centrales syndicales à cet égard. Un certain nombre nous ont fait connaître leur opinion. Par exemple, on peut dire que, jusqu'ici, les grandes centrales se sont montrées assez réticentes à l'endroit de ces propositions. Par contre, un bon nombre de syndicats indépendants, par hasard ou autrement, qui font partie du réseau des affaires sociales nous ont manifesté, au contraire, leur intérêt. Plusieurs de ces syndicats ont manifesté leur intention de participer à des réflexions conjointes avec ce comité et avec des sous-comités, par exemple, celui des affaires sociales, pour poursuivre davantage la réflexion à cet égard. C'est un signe très positif que, pour ma part, j'ai salué avec beaucoup d'intérêt. J'ai bien l'intention de relancer ces organismes pour la suite du monde, afin qu'effectivement ces discussions puissent avoir lieu.

Pour le moment, nous en sommes encore à essayer au comité interministériel de préparer à la suite des réponses des grandes centrales syndicales une autre série de propositions que nous pourrions soumettre dans les prochaines semaines à l'ensemble des centrales syndicales.

J'ai bon espoir, en tout cas d'après les réactions privées que nous avons vues, qu'il serait possible à courte échéance de renouer sinon les négociations du moins les discussions quant au prochain régime de négociation qui pourrait prévaloir lors de la prochaine ronde. Nous en sommes là actuellement.

M. Paradis: Brièvement, lorsque vous parlez des postulats et des principes qui sous-tendent votre action, pourriez-vous nous les énumérer brièvement?

M. Laurin: Je ne me rappelle pas toutes les propositions, tous les principes que nous avons soumis aux centrales syndicales, mais je peux faire état de quelques-uns. Par exemple, nous avons émis le souhait que certaines discussions sur les paramètres qu'on considère toujours comme très importants échappent à la discussion partisane ou

conflictuelle. Par exemple, pour les paramètres de rémunération, nous avons émis l'idée qu'il serait peut-être souhaitable que, d'abord, cette partie de prénégociation ou de prédiscussion commence plus tôt et, deuxièmement, soit établie par une sorte de comité impartial auquel pourraient participer des représentants des centrales syndicales. Nous avons aussi émis le principe qu'il serait intéressant d'établir un mécanisme qui s'approcherait du mécanisme de négociation permanente.

Nous avons aussi émis le principe qu'après cette phase de centralisation des négociations que nous avons connue depuis 20 ans au Québec, et qui pouvait peut-être s'avérer nécessaire en raison de la trop grande disparité des régimes qui existaient depuis 20 ans, nous arriverions probablement près du moment où, une certaine uniformité étant établie sur les paramètres essentiels, il devenait peut-être possible et souhaitable maintenant d'envisager un régime de négociation qui soit davantage décentralisé. Voilà trois principes que nous avons soumis aux centrales syndicales.

Dans leur réponse, les centrales syndicales nous ont fait valoir que, tout en témoignant d'un vif intérêt pour ces principes, elles voulaient cependant, en contrepartie, si jamais les discussions commençaient, introduire également de nouveaux éléments de discussion dont, par exemple, la réouverture des décrets pour les deux années ou l'année et demie qui reste à écouler. Ce qui a amené, bien sûr, une réponse du gouvernement quant aux difficultés que pourrait poser la réouverture des décrets, sans que, cependant, le gouvernement bloque complètement la porte à pareille proposition. Les discussions ont continué, aussi bien officieuses qu'officielles, et c'est ce qui me faisait dire tout à l'heure que les perspectives me paraissent quand même assez positives, d'une part, parce qu'un certain nombre d'organismes syndicaux sont prêts, d'ores et déjà, à engager le dialogue avec nous, particulièrement dans le réseau des affaires sociales, et, d'autre part, parce que les grandes centrales syndicales, de par les contacts officieux que nous avons eus avec elles, se montrent davantage disposées à discuter dans le cadre des perspectives que nous leur avons ouvertes.

Encore une fois, ce comité interministériel de négociations continue de se réunir. Je peux même vous dire que j'assisterai à une réunion demain matin, à 8 heures, et, comme le disent les francophones, "it is a going concern", nous continuons à avancer systématiquement dans cette direction. J'espère bien, pour ma part, qu'on pourra bientôt jeter les bases d'un nouveau régime de négociation avec les organismes syndicaux du Québec, aussi bien ceux de la fonction publique que du réseau de

l'éducation, que du réseau des affaires sociales.

Communications

M. Paradis: Merci. Maintenant, une dernière question. À la page 5-11 des crédits, dans la ventilation des crédits, à la super-catégorie Fonctionnement - Autres dépenses, catégorie 3, Communications, on retrouve, pour 1983-1984, 2 600 000 \$; pour 1984-1985, 3 200 000 \$, soit une augmentation de 500 000 \$ dans les communications. Qu'est-ce que vous prévoyez?

M. Deschênes: Pouvez-vous me dire à quelle page, s'il vous plaît?

M. Paradis: Page 5-11.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Page 5-11, la partie du bas, dans la ventilation des crédits, dans le livre des crédits.

M. Laurin: Je demanderai à M. Deschênes ou à M. Taillon de répondre, mais je peux vous donner une réponse encapsulante: c'est sûrement pour le bon motif.

Des voix: Ah! Ah Ah!

M. Paradis: Et, maintenant, il y a quelqu'un qui va nous donner les motifs.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Des mauvais, ils n'en parleront pas.

M. Taillon: J'ai de la difficulté à retracer les chiffres que vous indiquez.

M. Paradis: Je peux peut-être vous les indiquer.

M. Laurin: Dans mon ancien métier, la recherche des motifs s'est toujours avérée très ardue et très longue.

Des voix: Ah! Ah! Ah!

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il ne faudrait pas que vous transfériez cela dans l'administration de votre ministère. (21 h 15)

M. Taillon: La seule chose importante, ce sont les avions.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pardon?

M. Taillon: C'est le transport aérien dont je vous parlais tantôt. Par ailleurs, les dépenses de communications au ministère sont à la baisse et non à la hausse. Le budget en communications au ministère des

Affaires sociales baisse. Quand on parle de catégories de dépenses, c'est la sorte de dépenses. Donc, les dépenses de transport par avion, ce sont des dépenses de communications.

M. Deschênes: Regardez les autres, Fournitures, Loyers, etc. La décentralisation du coût du service aérien a été intégrée à un élément préexistant qui s'appelle Communications. Tous les autres sont forcément exclusifs, il n'y a pas de service aérien.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Où était-il l'an dernier?

M. Deschênes: Au ministère des Transports.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ah!

M. Paradis: J'ai du mal à accepter cette réponse parce que, si je les ventile élément par élément, les communications, au niveau de la direction supérieure, c'est 997 000 \$; au niveau de l'évaluation des programmes, 15 000 \$; au niveau de l'administration et des systèmes d'information, 1 345 000 \$...

M. Deschênes: Excusez, on vous a perdu. Sur quelle ligne étiez-vous quand vous citiez les chiffres?

M. Paradis: Je suis à la page 5-10 au niveau de l'élément Communications; sur la même ligne, à partir de chacun des éléments de programme on a une ventilation et il n'y a pas de service aérien là-dedans.

M. Deschênes: Je ne comprends pas le transfert que vous faites entre ce qui est à la page 10 et ce qui est à la page 11. Bien sûr, vous n'avez pas le service aérien, il n'est étiqueté nulle part.

M. Taillon: Les éléments, ce sont des groupes administratifs, essentiellement.

M. Paradis: Oui, c'est cela. Direction supérieure en communications - c'est l'élément 1 - c'est 997 000 \$. Évaluation des programmes au niveau des communications, c'est 15 000 \$. L'élément 3, Administration et systèmes d'information, 1 345 000 \$. L'élément 4, Programmes de santé, 350 000 \$. Si vous les additionnez tous vous arrivez au total et il n'y a pas de service aérien.

M. Deschênes: Dans la colonne 3, Administration et systèmes d'information, il y a là-dedans 1 345 000 \$ de communications.

M. Paradis: C'est cela.

M. Deschênes: Ce que l'on dit, c'est que la facture décentralisée du ministère des Transports pour le service aérien est intégrée à l'appellation Communications.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que cela apparaît dans votre livre détaillé de crédits que vous nous avez donné?

M. Boucher: Transport aérien, 892 000 \$, reprographie 420 000 \$, cela fait 1 312 000 \$.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): À la page 93.

M. Paradis: Tantôt, le transport aérien vous l'avez donné à l'augmentation du budget de la direction supérieure. Il ne peut pas servir à deux places.

M. Deschênes: On est en train de s'assurer où ceux qui ont écrit les crédits ont mis la facture décentralisée des communications. On hésite entre les éléments 1 et 3. Donnez-nous une minute.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Est-ce qu'on peut poser une autre question au ministre pendant ce temps-là?

M. Deschênes: Cela dépend s'il faut que j'écoute aussi. Posez la question pendant que j'essaie de débrouiller le service aérien.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je pensais que vos adjoints débrouilleraient cela. Je pense que c'était la dernière question de mon collègue de Brome-Missisquoi. Il ne semble pas y en avoir du côté ministériel. Si on me permet une licence, j'ai dit qu'on essaierait d'introduire dans le programme 9, Direction et gestion, des questions qui avaient peut-être été laissées de côté. En fait, je pensais que je pourrais poser ma question au moment de l'étude des crédits de la Régie de l'assurance-maladie, mais je réalise que cela ne va pas là.

La question des frais modérateurs dans les maisons de convalescence, on va l'accrocher à l'élément 4, Programmes de santé, ou à l'élément 5, Programmes de services sociaux, si vous voulez.

M. Deschênes: La santé c'est surtout...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous avez trouvé votre réponse?

M. Deschênes: Oh! oui, je l'ai trouvée depuis longtemps. J'attendais que vous ayez fini cette question.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Allez-y et je vais continuer ensuite.

M. Deschênes: À l'élément 1, Direction supérieure, il y avait, en 1983-1984, une somme de 119 000 \$ et il y a, en 1984-1985, 997 000 \$. C'est donc à l'élément 1 que la catégorie Communications a été accrue par le transfert au ministère de la facture du service aérien. Est-ce que cela va? C'est l'élément 1 et non l'élément 3.

M. Paradis: D'accord.

Frais modérateurs en centres de convalescence

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pour revenir au problème des frais modérateurs, je ne sais pas si on peut les appeler des frais modérateurs, mais il s'agit de la facturation dans les centres de convalescence. Lors de la discussion de la loi C-3 - je ne veux pas revenir sur le fond de la loi C-3 - votre prédécesseur, M. le ministre, avait, je pense, admis que, dans le cas des patients qui allaient dans des maisons de convalescence et non pas dans des centres d'hébergement d'une façon chronique, on ne devrait pas leur exiger des frais modérateurs parce qu'ils allaient là souvent pour compléter une période de réhabilitation plutôt que de la compléter à l'hôpital, ce qui entraînait des coûts moins élevés. Au moment de l'étude de la réglementation de la loi 27, il avait été prévu que, désormais, les maisons de convalescence relèveraient de la catégorie des hôpitaux de courte durée pour autant que le séjour y était de moins de 70 jours, si ma mémoire est bonne. Cette réglementation n'a pas été adoptée, si bien qu'on continue d'exiger des patients des frais. Les hôpitaux que cela touche sont les suivants: le Catherine Booth Hospital, le Julius Richardson, l'Hôpital des convalescents de Montréal, l'hôpital Villa Médica, l'hôpital Marie-Clarac et l'Hôpital juif pour convalescents. Étant donné que ces gens-là sont vraiment à compléter une phase de réhabilitation qui est reliée à leur condition physique, je me demandais ce qui arriverait. Est-ce qu'on continue, dans le moment, d'exiger des frais à ces personnes? Est-ce que le ministre pense qu'à ce moment-là on ne peut pas associer cela à une forme de frais modérateurs, si on veut l'appeler ainsi, dans le cas de ces patients? Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu qu'on agisse, même sous forme de directive, si on doit changer cela assez rapidement? C'est la première chose.

Je voudrais aussi relever un autre cas qui m'apparaît un cas où on a facturé indûment à un patient des frais d'hospitalisation, à l'hôpital Villa Médica. Il s'agit d'un cas de cancer, un patient qui vient de l'Abitibi, si je ne m'abuse, qui est

hospitalisé à l'Hôtel-Dieu. On l'envoie à Villa Médica pendant 20 jours et, chaque jour, il vient à l'Hôtel-Dieu pour des traitements au cobalt. Je pense que c'est le cas de quelqu'un qui est en traitement actif. En tout cas, je voudrais que vous m'éclairiez sur les définitions que vous donnez à traitement actif ou pas, chronique ou pas. Ce patient retourne en Abitibi, chez lui, pendant deux mois, est hospitalisé une journée et décède. Par la suite, la famille reçoit un compte de Villa Médica d'environ 500 \$. Il y avait déjà des frais importants à payer pour les déplacements vers Montréal. Dans le fond, ce que l'Hôtel-Dieu a sans doute voulu faire, c'est de ne pas retenir un lit pour une personne qui pouvait aller de Villa Médica à l'Hôtel-Dieu, qui sont presque voisins, de toute façon. Je pense qu'on a là un exemple de frais médicaux facturés qui ne devraient pas l'être.

C'est sur tout ce problème que j'aimerais avoir l'opinion du ministre.

M. Laurin: Vous me rappelez l'engagement qu'a pris mon prédécesseur lors de l'étude du projet de réglementation. Je suis prêt à reprendre à mon compte l'engagement de mon prédécesseur, parce qu'il me semble fondé sur l'esprit de nos lois et sur l'équité. Évidemment, je n'ai pas encore proposé au Conseil des ministres le projet final de réglementation élaboré par mon prédécesseur. On me comprendra, il fallait que j'aie le temps de l'examiner pour mon propre compte. Mais la présentation de ce projet de règlement ne saurait tarder et j'entends bien m'y mettre dans les jours qui viennent. En attendant, évidemment, je ne sais pas s'il est possible de déroger à la pratique actuelle. Je ne saurais vous donner un avis juridique à cet égard. Mais, en ce qui concerne l'avenir, je peux vous dire que je reprends à mon compte l'engagement de mon prédécesseur et que cette modification figurera dans le projet de réglementation que je présenterai bientôt au Conseil des ministres.

Quant au cas particulier que vous me soumettez, nous allons sûrement l'examiner afin de le régler en fonction de l'équité dont je viens de faire état.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous êtes prêt à l'examiner...

M. Laurin: Oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ...en fonction de... Je pense que cette personne aurait pu rester à l'Hôtel-Dieu, recevoir ses traitements gratuitement... D'ailleurs, elle a eu ses traitements gratuitement, mais elle aurait dû être hospitalisée gratuitement. C'est simplement, j'imagine, pour des raisons de bon fonctionnement qu'on l'a mise dans la

maison voisine. Cela m'apparaît un peu surprenant que cette personne... Je transmettrai le cas à votre ministère. Je vous remercie. S'il n'y a pas d'autres questions, est-ce que le programme 9 est adopté?

Une voix: Adopté.

RAMQ

Hausse du budget

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Nous pourrions maintenant entendre la Régie de l'assurance-maladie.

Bonjour, M. le Président, Dr Mockle. J'aurais une première question à vous poser. On note que la hausse du budget de la régie est de 11,5% et se trouve concentrée dans le programme de services médicaux où on observe une variation de 15,5%. Pourriez-vous nous dire si cette hausse est principalement due aux ententes récemment signées avec les fédérations médicales?

M. Mockle (Auguste): Mme la Présidente, lorsque nous évaluons le coût des programmes, nous procédons à une étude actuarielle et nous tenons compte, évidemment, de l'historique, du vécu. Nous tenons compte aussi de certains paramètres qui peuvent influencer l'évolution du coût des programmes. Parmi ces paramètres, il y en a qui sont assez importants comme le nombre de dispensateurs. Chaque année, il arrive un nombre assez important de nouveaux médecins sur le marché du travail, pour ne m'en tenir qu'aux services médicaux. Également, le nombre de services par dispensateur, le nombre de personnes, ce qu'on appelle le taux de participation, le nombre de services par personne admissible. On a aussi des modifications à apporter aux tarifs et on sait que dans les services médicaux on a appliqué des barèmes de 5,6% et 5,3%. C'est reconduit jusqu'au 31 mai 1985. Et vous avez ce qu'on appelle les fluctuations de la pratique professionnelle. Tout ceci, réparti au niveau des omnipraticiens et des spécialistes, fait qu'on a une augmentation qui s'explique par ce que je viens d'indiquer. À ceci s'ajoutent également - vous avez parlé des services médicaux dans leur entité - d'autres programmes qu'on administre et qui sont inclus dans les services médicaux comme la rémunération des médecins à salaire-vacation et aussi les services de diagnostics thérapeutiques auxquels on applique les mêmes paramètres.

(21 h 30)

D'année en année, on fait ce qu'on appelle un historique à l'égard des écarts observés l'année précédente. Cela nous permet, à la lumière des paramètres qu'on

utilise et des données actuarielles, de faire la prévision que je vous ai indiquée.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): En fait, les ententes auxquelles le gouvernement est parvenu avec les fédérations impliquent une augmentation variant de 4% à 5%.

M. Mockle: C'est-à-dire 5,6% la première année et 5,3% la deuxième année.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): 5,3%.

M. Mockle: Jusqu'au 31 mai 1985.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La différence serait due à la variation dans la demande...

M. Mockle: Les universités produisent 600 nouveaux médecins par année. Déjà vous avez là 600 nouveaux qui arrivent sur le marché du travail; c'est un facteur important de variation. Vous avez aussi ce qu'on appelle le taux de participation. Lorsqu'on regarde les sommes versées aux médecins, y compris les nouveaux venus sur le marché du travail... Ces médecins-là se taillent une clientèle à partir de la clientèle existante mais également de nouveaux clients. Par conséquent, vous avez donc un taux de participation qui augmente.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Étant donné les honoraires qui sont versés aux médecins, est-ce que vous êtes capable à ce moment-ci d'évaluer - je ne parlerai pas de bénéfices - la diminution des coûts de l'entrée des nouveaux médecins qui sont restés en région urbaine ou qui ne sont pas allés dans les zones désignées pour la pratique de la médecine? Est-ce que vous avez des chiffres là-dessus?

M. Mockle: Ce qu'on appelle la rémunération différentielle.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Mockle: ...différence selon évidemment la terminologie utilisée. Nous sommes à produire des statistiques dans le cadre de notre année financière qui s'est terminée le 31 mars. Nous sommes en train de compiler actuellement les statistiques - je ne les ai pas - pour voir quel est l'impact des médecins spécialistes qui ont été payés à 120%, les omnipraticiens à 115% dans ce qu'on appelle les zones désignées par décret et également les médecins qui sont restés dans des zones où la rémunération a été établie à 70% du tarif régulier. Je n'ai pas ces données-là; on est actuellement à les compiler.

Médecins en région

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que c'est vous ou le ministère qui aurait les chiffres quant au nombre de médecins qui sont allés en régions périphériques cette année comparativement à ceux qui y allaient les années antérieures, c'est-à-dire avant l'adoption de la loi 27?

M. Mockle: Oui, le ministère les a. M. Deschênes.

M. Deschênes: Oui, je vais les sortir.

M. Mockle: Nous fournissons au ministère, de façon périodique, les données parce qu'il est responsable de la planification, de la répartition des effectifs médicaux sur le territoire. On lui remet les données pertinentes.

M. Laurin: On peut dire, Mme la Présidente, que depuis l'instauration de ces programmes, le taux de présence des omnipraticiens et des spécialistes dans les régions désignées atteint ce qu'il était en 1978. Nous avons rattrapé l'écart croissant qui s'était creusé depuis 1978 entre la participation, la présence de ces médecins en région par rapport au taux de participation dans les régions urbaines. C'est déjà, je pense, un très bon résultat, même s'il nous a fallu payer 5 000 000 \$ pour y arriver. Cela indique que nos mesures ont été fructueuses mais cela indique aussi qu'il faudra penser à autre chose parce que cela n'est pas encore assez fructueux. Il va falloir penser à d'autres modèles ou à d'autres mesures parce que ce n'est pas encore suffisant pour arriver à ce que j'appelle l'équité régionale dans toutes les régions du Québec du nombre nécessaire d'omnipraticiens et de spécialistes. Je vous donne les statistiques en gros. Je pense que M. Rivard pourrait vous donner les chiffres plus détaillés à cet égard.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que, Dr Mockle, vous pourriez me dire si d'après vous, dans une estimation qui est à ce moment-ci, je le réalise, grossière, la rémunération non versée à ceux qui sont restés en régions urbaines compense largement la rémunération supplémentaire qui a été versée à ceux qui sont en régions éloignées?

M. Mockle: Ce phénomène de compensation, je ne suis pas capable de vous le quantifier aujourd'hui parce qu'on est en train de compiler les données pour les fins de notre rapport annuel. Mais il y a évidemment une compensation parce que si vous payez 30% de moins et qu'ailleurs vous payez 15% et 20% de plus, par conséquent, vous avez là un équilibre. Ce qui arrive c'est

que...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous avez plus qu'un équilibre.

M. Mockle: Ce n'est pas totalement équilibré parce que vous n'avez pas nécessairement ce qu'on appelle une équation parfaite. D'accord? Par ailleurs je dois ajouter, si vous le permettez, M. le ministre, qu'à ceci s'ajoute une influence des quatre mesures incitatives qui sont prévues aux ententes comme les frais de ressourcement, les frais de sortie, les primes d'éloignement et les déménagements. Il ne faut pas oublier que, depuis l'instauration - et cela fait un an et demi - de ces mesures au 31 mars 1983, nous avons eu 1615 demandes, pour 1 790 000 \$, pour ces différentes initiatives qui viennent se greffer à la rémunération différente du 115% et du 120% dont je viens de vous parler.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors on aura le portrait général seulement l'an prochain ou quand...

M. Mockle: Dans notre rapport annuel.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Dans votre rapport annuel.

M. Mockle: Qui sera déposé à l'Assemblée nationale au mois de juin.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Laurin: On en a déjà une bonne idée.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, d'accord.

M. Rivard (Guy): Si on regarde d'abord, Mme la Présidente, ce qui s'est passé du côté des omnipraticiens, je pense qu'on assiste en régions éloignées, à une arrivée, intéressante de médecins omnipraticiens. On pense, malgré qu'il ne s'agisse pas d'une norme, qu'un chiffre d'un omnipraticien pour environ 1400 habitants c'est un chiffre qui correspond à une réalité adéquate en termes de fourniture de services médicaux dans quelque région que ce soit. Si on regarde les chiffres que nous connaissons pour 1982 pour les quatre régions dites éloignées ou excentriques, 01, 08, 09 et 10, on s'aperçoit que les ratios médecin-population avoisinent ce chiffre magique de un pour 1400. Je n'ai pas besoin de les citer, mais ils sont disponibles.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Et dans le cas des médecins spécialistes?

M. Rivard: Dans le cas des médecins

spécialistes, il faut vous dire que les mesures que nous avons à notre disposition pour amener les médecins à s'installer en régions éloignées, et surtout pour y demeurer, c'est un ensemble de mesures. Il y a la rémunération différente, il y a aussi tout le système des boursiers; entre 1978 et 1984, nous avons eu un total de 150 boursiers pour la province de Québec. C'est un ensemble de mesures auxquelles on pense. J'aimerais insister sur le fait que, pour que les médecins restent en régions éloignées, il n'y a pas seulement ces mesures auxquelles il faut penser. Il faut penser à la façon dont les citoyens, par exemple, en Abitibi-Témiscamingue...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je m'excuse, M. Rivard, de vous interrompre, mais le temps est assez court. Ce sont des discussions qu'on a eues au moment de la discussion de la loi 27; il y avait le rapport Landry, si ma mémoire est bonne, dans ce temps-là. Le nombre, au point de vue des spécialistes, qu'est-ce que c'est le résultat?

M. Rivard: Nous n'avons pas pour les spécialistes le même degré de succès. Ce que nous pouvons constater en 1983, c'est un arrêt du recrutement de médecins spécialistes dans les régions dites universitaires de Sherbrooke, Québec et Montréal. Parce qu'on ne parle pas d'un nombre de médecins aussi grand, cela ne se traduit pas par un ajout considérable de médecins en régions éloignées.

Départ de médecins spécialistes

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que vous avez des chiffres sur le nombre de spécialistes qui ont quitté le Québec? Par exemple, je me suis fait dire que Cartierville avait perdu un ou deux excellents orthopédistes, par exemple. Est-ce qu'on peut me dire l'exode - exode, cela semble impliquer que c'est massif - le nombre de départs des médecins spécialistes du Québec?

M. Rivard: Nous n'avons pas, à ma connaissance, Mme la Présidente, de chiffre récent. Lorsque nous avons regardé ce problème, il y a quelques mois, nous nous sommes aperçus, en comparant le Québec avec les autres provinces du Canada quant à l'émigration des médecins québécois exprimée sous forme de rapport - tel nombre de médecins partant du Québec par rapport au nombre total de médecins du Québec - que le chiffre du Québec n'était jamais supérieur au chiffre de l'Ontario, qui est une province avec laquelle on peut se comparer en termes de population médicale et du nombre d'habitants; et le chiffre n'était pas supérieur non plus à la moyenne canadienne. Nous n'avons pas l'évidence, au ministère,

qu'il y ait, actuellement, une émigration massive de médecins, pris d'une façon globale.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): En tout cas, ce n'est pas un phénomène qui, à votre point de vue, nécessite une étude un peu plus poussée. Parce qu'il reste que, quand même, quand vous avez d'excellents spécialistes qui partent... Tout à l'heure, le ministre indiquait que, du côté de l'orthopédie, il y aurait peut-être une certaine carence. Peut-être que c'est mauvais aussi dans les autres provinces. Je n'ai aucune idée. Je sais que les États-Unis attirent beaucoup de monde compte tenu de la rémunération et ainsi de suite. Est-ce que c'est un problème qui vous semble si bénin que, à ce moment-ci, on peut laisser continuer le phénomène sans s'en inquiéter?

M. Deschênes: Une spécialité comme celle de l'orthopédie - le ministre y a fait référence tantôt - est une spécialité sur laquelle on nous a fait, au cours des derniers mois, des représentations exprimant qu'il y a des signes qu'on s'en va vers une pénurie importante d'orthopédistes. Alors, les symptômes de cette nature-là viennent autant de quelques départs, qui sont ceux de gens connus dans leur milieu et qui font un certain bruit, habituellement, que de discussions que l'on a sur une base courante entre les groupes représentatifs des médecins, que ce soit la Fédération des médecins spécialistes ou la Corporation des médecins. Nous intégrons, en quelque sorte, ces signaux qui nous donnent comme une vue impressionniste au départ mais, à un moment donné, il faut faire des comparaisons et des analyses: c'était combien autrefois, est-ce que le rythme s'accroît ou non, comment cela se compare, quelles sont les causes? Nous ne sommes pas insensibles à ces signaux. Et, dans le cas de l'orthopédie, effectivement, nous avons eu des manifestations de ce type. C'est une spécialité qu'on examine avec plus d'attention, au même sens qu'on le sait déjà plus amplement dans le cas de la psychiatrie et de l'anesthésie puisque, déjà, c'est une pénurie qu'on avait constatée au préalable.

Régime de soins dentaires

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Maintenant, j'aimerais parler au président de la régie de deux cas particuliers, le cas de la pharmacie - je pourrais peut-être laisser cela à notre collègue de Richelieu - et le cas des soins dentaires.

Il y a eu des modifications au régime dans les deux cas. Quelles sont les économies qui ont pu être réalisées? Enfin, dans quelle mesure ceci a-t-il causé une régression des dépenses de l'assurance-maladie dans ces

deux domaines-là? Ma deuxième question, j'aimerais la poser au ministre. À la suite de la déclaration du premier ministre il y a à peine quelques jours, je pense - en tout cas, je l'ai vue dans les journaux - qu'on n'avait pas abandonné l'idée de fournir les soins dentaires gratuits jusqu'à 18 ans, est-ce que déjà, après avoir coupé dans les services dentaires, parce qu'on trouvait que cela coûtait trop cher, on s'apprête à viser encore l'objectif de couvrir les enfants jusqu'à 18 ans?

M. Deschênes: La déclaration du premier ministre, pour l'avoir vue aussi dans le journal, est que le programme de soins dentaires pour les enfants n'est pas abandonné. Quand la conjoncture économique nous le permettra, nous entendons poursuivre le développement du programme vers les 18 ans. Je pense que c'est ce que j'ai lu et ce que j'ai compris de la déclaration. Alors, disons que le programme est dans cet esprit. Nous n'avons pas, dans les crédits 1984-1985, une extension nouvelle à cet effet. Mais c'est relié à l'ensemble des équilibres et de la conjoncture économique, dans le discours dont j'ai aussi pris connaissance dans les médias.

(21 h 45)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est ce que n'importe quel homme ou femme politique pourrait dire. C'est cela que ça veut dire.

M. Deschênes: Mais je pense que M. Lévesque est effectivement un homme politique, Mme la Présidente. Il prend en considération l'ensemble des évolutions possibles...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce que je voulais dire, c'est que ce n'est pas une...

M. Deschênes: Si ce programme-là a l'air intéressant, on va le poursuivre tant qu'on peut.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ...intention ferme du gouvernement dans un avenir immédiat. C'est une bonne intention au fur et à mesure que la conjoncture économique le permet, c'est-à-dire qu'on peut donner autant qu'on possède.

M. Laurin: C'est là mon interprétation.

M. Deschênes: Pour répondre à la question que vous souleviez tantôt...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La première?

M. Deschênes: ...dans le cas des soins dentaires, la rationalisation que nous avons

en quelque sorte préconisée a entraîné - je pense que M. Mockle cherche peut-être des précisions - une économie de l'ordre de 30 000 000 \$. Il y aura peut-être plus de précisions parce qu'on semble avoir trouvé.

M. Mockle: Si je regarde l'évolution du coût des programmes au dernier rapport trimestriel au 31 décembre 1983, par rapport aux prévisions établies dans le budget 1983-1984, mes données sont les suivantes au 31 décembre 1983: dans le cas des services dentaires pour les enfants, j'avais déjà 16 400 000 \$ en moins de ce que je prévoyais payer. Il ne faut pas oublier qu'il y a quand même un phénomène de déplacement.

Dans le cas des BAS, des bénéficiaires d'aide sociale, par exemple, on aurait dû également avoir une économie par rapport aux prévisions. Mais, compte tenu de l'augmentation de la clientèle au niveau de l'aide sociale, le moins s'est transformé en plus, si bien que ce qu'on pensait payer en moins s'est traduit par un plus de 6 600 000 \$, uniquement pour les soins dentaires au niveau des bénéficiaires d'aide sociale.

Côté des médicaments, j'observe un phénomène à peu près semblable.

Côté des personnes âgées, avec évidemment les modifications apportées à la liste des médicaments, j'ai payé tout près de 11 000 000 \$ en moins de ce que je prévoyais payer au 31 décembre 1983.

Par ailleurs, dans le cas des bénéficiaires d'aide sociale, on a le même phénomène qu'au niveau des services dentaires par le fait que la population a augmenté au niveau des bénéficiaires d'aide sociale. Forcément le moins que je prévoyais payer s'est traduit par un plus.

J'arrive, dans le cas des médicaments, avec un plus de 1 100 000 \$ par rapport aux prévisions.

Par conséquent, il y a un phénomène qui vient contrecarrer l'effet des mesures prises pour diminuer les coûts. Ce phénomène, c'est l'action économique qui a amené un nombre accru de bénéficiaires d'aide sociale.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Du côté des soins dentaires, il y a eu une modification au programme, dans le sens où l'accent était davantage mis sur la prévention dans les milieux scolaires par l'intermédiaire d'hygiénistes dentaires. Il y avait un plan de développement qui prévoyait - le sous-ministre pourra me corriger - après deux ans, 150 ou 200 hygiénistes dentaires. Il se peut que mes chiffres soient erronés. Est-ce que l'objectif qui avait été fixé était atteint? Est-ce qu'il est trop tôt pour avoir une évaluation de ce programme?

M. Deschênes: Nous avons, Mme la Présidente, effectivement eu des crédits et des subventions en 1981-1982 et 1982-1983 pour des hygiénistes dentaires dans les CLSC et les DSC - là où il n'y en avait pas - de l'ordre de 4 500 000 \$. Nous avons actuellement, au 31 décembre 1983, 200 hygiénistes dentaires à temps complet et 30 à temps partiel dans le réseau. Effectivement, nous avons complété le programme qui était prévu à ce moment-là. La clientèle, on s'en souviendra, sont les enfants de 0 à douze ans - tout le secteur primaire au complet - c'est-à-dire un peu plus de 1 000 000 d'enfants: donc, effectivement, 200 hygiénistes à temps complet dans le réseau.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il est encore trop tôt pour évaluer...

M. Deschênes: Non, nous avons - je pense que c'est très important - une étude épidémiologique très vaste et complexe sur l'état de santé dentaire des enfants et nous avons, je crois, terminé la cueillette, en quelque sorte l'examen des bouches des enfants. Je pense qu'il y avait un échantillonnage de 26 000 enfants sur l'ensemble du territoire. Cette évaluation a été faite avec la collaboration des départements de santé communautaire. On analyse actuellement les données qui ont été enregistrées et nous pourrions tirer des conclusions plus scientifiques et professionnelles au cours des prochains mois.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que vous aurez pu tenir compte, à ce moment-là, de la nouvelle variable qui est celle des modifications au programme des services dentaires? Il y a déjà eu des études; l'an dernier on y a fait référence, il y a avait eu un long article dans Carrefour, où l'on indiquait l'état de la santé dentaire. Quand j'ai vu le premier ministre y faire référence, je me suis demandé ce que cela apporterait de nouveau par rapport aux études.

M. Deschênes: Lorsque l'on fait des études qui se répartissent sur plusieurs années, c'est toujours complexe et difficile de tirer une conclusion absolument valide, puisqu'il intervient en cours de route plusieurs variables. C'est le genre de questions que les professionnels qui se penchent sur cette enquête ont dû prévoir au moment où ils ont développé la méthodologie de travail. Quel sera le degré de validité des conclusions? Sans doute, cela tiendra compte de plusieurs facteurs.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Merci.

"Désassurance" de certains services

M. Paradis: La question très précise, M. le ministre, du remboursement des traitements pour varices. Je ne sais pas si vous avez été inondé de courrier, comme nous l'avons été, de la part de tous les intervenants et même de femmes qui, individuellement, sont prises avec le problème depuis que le ministère ne rembourse plus les traitements en clinique privée. Quelles sont vos intentions dans ce dossier?

M. Laurin: M. Deschênes.

M. Deschênes: C'est un projet de "désassurance", il n'y a pas de décision prise par le gouvernement là-dessus. Il y a eu une prépublication qui vise à obtenir des points de vue de différents groupes et personnes qui interviennent dans ce domaine.

Nous avons effectivement reçu des avis, dont certains sont contradictoires. Nous sommes à compléter, je dirais, notre avis à l'intérieur du ministère pour suggérer au gouvernement de maintenir la "désassurance", enfin de donner suite au projet ou non. Nous sommes à compléter cette décision. Ce qui a été publié c'est une prépublication pour obtention d'avis.

M. Paradis: Si vous en êtes à compléter...

M. Deschênes: C'est le 26 octobre.

M. Paradis: ...votre avis, quelles en sont les prémisses?

M. Deschênes: Les prémisses sont celles qui étaient sous-jacentes lorsque le projet a été publié. C'était une prépublication. L'idée est de "désassurer" en quelque sorte ce qui est considéré comme de la médecine esthétique.

La définition de ce qu'est la médecine esthétique est une chose qui porte à beaucoup de discussions parmi les professionnels. Grosso modo, je peux dire, par exemple, que la pensée des médecins spécialistes n'est pas la même là-dessus que celle des médecins omnipraticiens. Il y a aussi des considérations qui nous viennent de groupes représentant les milieux de la condition féminine. Ce sont les considérations que l'on a à l'esprit actuellement pour voir si l'on arrive à quelque chose de bien fondé par rapport au problème de santé. Est-ce que nous allons rendre cette décision très prochainement? On a terminé, je dirais, la cueillette ou l'obtention des avis. Je ne voudrais pas préjuger de la décision gouvernementale à cet effet et je préfère que cette question soit réexaminée plus tard. La décision est à venir par le gouvernement.

M. Paradis: Les échos que j'ai eus étaient que le ministère cherchait à contrer certains abus qui auraient pu se produire. Entre "désassurer" et contrer certains abus, ne croyez-vous pas qu'il...

M. Deschênes: Effectivement, il y a des abus, des pratiques que l'on qualifie d'industrielles dans quelques milieux. La "désassurance" dont il s'agit comporte la possibilité de services en milieu hospitalier lorsqu'il y a des raisons médicales. Ce n'est pas une "désassurance". C'est une "désassurance" en cabinet privé mais avec des possibilités, lorsque les raisons médicales le justifient et selon des définitions de type professionnel, que ça demeure assuré en milieu hospitalier, au même sens qu'historiquement a été "dés assurée", par exemple, la thermographie en cabinet privé mais elle est demeurée en milieu hospitalier parce qu'il y avait des abus importants en cabinet privé. Même parmi les omnipraticiens - je complète - qui pratiquent dans ce domaine, même parmi les médecins qui pratiquent, il y a deux représentations: la Fédération des médecins omnipraticiens a fait des représentations contre la "désassurance", alors que des omnipraticiens qui représentent un débit important en termes de quantité de services ont dit qu'ils étaient d'accord avec la "désassurance". Vous voyez qu'il y a des désaccords au sein même de la profession médicale, et il y a des considérations dans chaque cas que nous sommes à examiner.

M. Paradis: Prenons comme prémisse que vous visez à donner le service aux gens qui en ont besoin - on va changer la prémisse des médecins et on va se retrouver à la place de l'usager. Vous parlez de conserver l'assurabilité en milieu hospitalier, mais vous savez les délais que cela entraîne et ainsi de suite en milieu hospitalier.

On a dit qu'il y a eu des abus. Si vous avez des cas d'abus, est-ce qu'il n'y a pas d'autres moyens pour contrôler les abus que de bannir complètement le service ailleurs qu'en milieu hospitalier?

M. Deschênes: Théoriquement, on peut peut-être avoir d'autres moyens.

M. Paradis: Non, je parle de la pratique. La théorie...

M. Deschênes: Justement, en pratique, cela ne tient pas. Je veux dire que, lorsqu'un service est assuré, il est assuré par le professionnel qui le rend. Il n'y a pas, que je sache, de moyen. Il pourrait y avoir une entente, par exemple, avec la Fédération des médecins omnipraticiens pour définir autrement et limiter les abus. Mais cela fait quatre ans qu'on discute de cela, au niveau

d'ententes. Il n'y a pas d'entente alors que, avec la FMSQ, il y a eu une définition qui a circonscrit ce qu'on peut appeler, en tout cas, les abus. Certains disent que cela n'en est pas mais certains disent oui.

Alors, avec la FMSQ, il y a eu une entente et cela s'est réglé par convention. Tandis que, dans le cas de la Fédération des médecins omnipraticiens, cela fait quatre ans qu'il y a eu des discussions là-dessus et cela ne fonctionnait pas.

M. Paradis: Le remboursement en règle n'a jamais été permis, qu'on me dit, pour les cas d'esthétique, d'après la réglementation en vigueur. C'était permis strictement...

M. Deschênes: Lorsque c'est médicalement requis.

M. Paradis: Lorsque c'est médicalement requis.

M. Deschênes: Oui.

M. Paradis: Exactement.

M. Deschênes: C'est là qu'il y a une différence entre la théorie et la pratique. Nonobstant un tel texte, la pratique courante comportait largement de la pratique professionnelle axée sur l'esthétique. Alors, il faudrait faire des cas et aller en cour, poursuivre les patients ou les professionnels pour abus. Ce n'est pas très pratique. Ce que vous dites est vrai et fondé. Un texte dit cela, il faut que ce soit médicalement requis. Donner suite à cela est une chose extrêmement difficile. Je ne sais pas l'expérience concrète de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Par exemple, ils pourraient contester la validité d'un acte dispensé comme cela. Mais, quand on regarde l'expérience concrète de contestation dans ce domaine-là, cela ne semble pas une solution; si elle est intéressante théoriquement, en pratique elle ne fonctionne jamais efficacement.

Peut-être que M. Mockle veut nuancer ou compléter.

M. Paradis: J'aimerais avoir l'avis de la régie là-dessus...

M. Deschênes: C'est cela, exact.

M. Paradis: ...parce que, si on commence à le faire dans ce cas-là, bientôt on pourra être tenté de...

M. Deschênes: Cela existe dans d'autres cas. Je le mentionnais tantôt, la thermographie; il y a des actes qui ont été "désassurés" en cabinet en demeurant assurés en milieu hospitalier, justement pour répondre aux besoins médicalement requis.

M. Paradis: Oui, mais est-ce que vous avez des expériences de négociation, comme le cas qui a été mentionné avec la FMSQ, ou si vous pouvez en arriver à des ententes qui permettent aux gens qui en ont médicalement besoin d'avoir le service le plus rapidement possible, que ce soit en centre hospitalier ou en clinique privée? Si vous avez des expériences heureuses dans ce sens-là, pourquoi ne pas choisir cette voie-là plutôt que de tenter d'étouffer le système, autrement dit, en plaçant les gens en centres hospitaliers sur les listes d'attente et ainsi de suite, avec l'engorgement qu'on a déjà là?

M. Mockle: Avez-vous posé la question?

M. Paradis: Oui.

M. Mockle: M. Deschênes vous a expliqué, évidemment, le rôle, l'intervention et la perception du ministère face à ce problème. Parce que cela relève d'eux et non pas de nous. Nous sommes, dans ce cas-là, un agent payeur. Par conséquent, nous devons appliquer ce qui est prévu aux dispositions des ententes. La chose que l'on fait, évidemment, c'est qu'on s'assure que ce qui est donné correspond aux dispositions de la loi. Or, la loi nous donne comme rôle de vérifier ce qu'on appelle "le médicalement requis". Alors, nous avons donc, dans ce cas, utilisé des profils pour voir s'il n'y a pas abus, par exemple, d'utilisation des injections sclérosantes parmi certains professionnels de la santé, certains médecins, qu'ils soient spécialistes ou omnipraticiens.

Évidemment, lorsqu'on décèle, à partir de paramètres, en faisant ce qu'on appelle des profils comparatifs de groupes, que, dans certains cas, cela nous semble abusif, nous n'avons pas ce qu'on appelle la décision suprême; on réfère le tout à un comité de révision qui est formé de pairs, soit des spécialistes pour les spécialistes et d'omnipraticiens pour les omnipraticiens. Ils analysent le dossier, font comparaître le médecin, font venir des experts; c'est arrivé dans le passé, d'ailleurs. Ils nous font une recommandation, soit que nous avons raison de soupçonner que c'était non médicalement requis ou que nous n'avons pas raison.

En général, on peut dire que, dans 100% des cas, lorsque le comité de révision nous fait une recommandation allant dans le sens de notre avis, on y donne suite. Alors, c'est la seule intervention que nous, à la régie, pouvons avoir à cet égard-là. Mais, par ailleurs, à partir des données statistiques, il peut arriver que le recours à ce type de service, quant à la relation qu'il peut y avoir pour ces coûts par rapport au reste, soit inacceptable pour la société. Évidemment, le ministère intervient à ce niveau.

C'est ce que M. Deschênes a essayé de vous expliquer et de clarifier.

(22 heures)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il faudrait le consentement pour pouvoir continuer au-delà de 22 heures. Peut-être un quart d'heure.

M. Bordeleau: Consentement.

Reconnaissance des chiropraticiens

M. Paradis: J'aurais une autre question à adresser au président de la Régie ou au ministre. Est-ce qu'on prévoit une reconnaissance à courte échéance des chiropraticiens par la CSST et la Régie de l'assurance automobile?

On a beaucoup de cas à nos bureaux de comté de gens qui suivent des traitements et qui doivent les défrayer.

M. Laurin: C'est un dossier assez vieux et qui n'a guère progressé au sens d'une prise de décision positive.

M. Paradis: Quand il n'y a pas de décision positive, c'est une décision négative.

M. Laurin: C'est en suspens.

M. Deschênes: Cela ne dit pas de la part de qui. Parce qu'il y a un mandat de négociations qui est sur la table des chiros depuis fort longtemps et qui ne semble pas faire leur affaire; depuis environ un an et demi à deux ans.

Il y a eu un mandat, il y a eu un dépôt et il n'y a pas eu de réponse.

M. Paradis: Il n'y a pas eu de réponse.

M. Deschênes: C'est-à-dire il n'y a pas d'acceptation du mandat mais les chiros n'ont pas l'air de courir après un règlement, et je ne sais trop pourquoi.

M. Paradis: Est-ce que le rôle du ministère, à ce moment-là, est d'ignorer le dossier ou de tenter pour les usagers d'obtenir un règlement?

M. Deschênes: Le rôle du ministère est de négocier avec un mandat et des gens qui sont en face pour négocier. Il faudrait rafraîchir le dossier pour savoir ce qu'il en est. Je sais cependant que cette négociation entamée n'a pas encore eu d'effets concrets. Pour nous, c'est un dossier de négociation encore ouvert.

M. Paradis: Ce que je perçois des réponses du ministre et du sous-ministre, c'est que vous n'avez pas l'air pressé ou enthousiasmé pour poursuivre ce dossier. C'est un peu le sentiment qui se dégage. Vous me direz si je fais erreur.

Il y a des gens qui sont référés chez le

chiro par la CSST et la Régie de l'assurance automobile; ce sont des accidentés. Je ne peux pas me satisfaire d'une réponse où on dit: On a fait une offre aux chiros, je ne connais pas l'offre, je n'ai aucune notion des modalités, etc. On dit que, parce qu'on a fait une offre aux chiros et qu'on n'a pas eu de réponse ou qu'on a eu une réponse négative, on considère le dossier clos.

C'est à peu près ce que je déduis de...

M. Deschênes: Non, la conclusion n'est pas que le dossier est clos. C'est une négociation qui n'avance pas. Il n'est pas clos, ce n'est pas pareil.

M. Paradis: Quelles sont les démarches que le ministère a effectuées pour faire avancer le dossier?

M. Deschênes: Il faudrait que je demande aux négociateurs de préciser cela. Je ne pourrais pas dire, évidemment, que c'est un dossier très actif mais je sais qu'à un moment donné j'ai demandé l'état du dossier; on a tenté d'avoir une rencontre à ce moment mais je ne crois pas qu'il y ait eu des suites.

Je pourrais préciser, au niveau des relations du travail, les gestes qui on pu être posés de part ou d'autre. Je ne saurais le dire maintenant.

M. Paradis: J'aimerais avoir des précisions. Cela va, Mme la Présidente.

M. Deschênes: On fera le point.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Un collègue me faisait remarquer qu'il s'agit d'un dossier qui chemine.

Une dernière question. Qu'arrive-t-il du programme AMEO? On a vu dans les journaux que la 3e phase du projet AMEO pour les personnes handicapées visuelles serait implantée. Est-ce que c'est exact, ou pas?

M. Laurin: Nous sommes à réviser tout ce programme et je sais que l'évaluation, celle-là, progresse rapidement. Le ministère devrait me faire des propositions dans un avenir rapproché.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que cela sera pour l'année 1984-1985?

M. Laurin: Oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): S'il n'y a pas d'autres questions, je vais proposer l'adoption du programme 1 de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Est-ce que c'est adopté?

M. Paradis: Sur division.

Une voix: Trop de coupures.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je propose également l'adoption de l'ensemble des crédits budgétaires du ministère des Affaires sociales pour l'année financière 1984-1985. Adopté?

M. Paradis: Sur division.

Une voix: Adopté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La commission ajourne ses travaux sine die.

M. Laurin: Je voudrais, Mme la Présidente, vous remercier pour votre présidence diligente et même affectueuse.

Des voix: Ah! Ah! Ah!

M. Laurin: Je veux remercier également les membres de la commission pour l'esprit positif et constructif qui a présidé à nos échanges.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il faudrait également remercier tous les fonctionnaires qui vous ont accompagné et qui sont toujours très patients, disponibles et prêts à nous fournir toutes les informations. J'aimerais faire un souhait en terminant. Au cours de ces travaux, à plusieurs reprises, nous avons demandé de l'information ou des données précises. Je sais que ce n'est pas par mauvaise volonté mais, quand les crédits sont terminés, j'ai l'impression que chacun retourne chez soi, relaxe et que, souvent, l'information demandée ne parvient pas. S'il y avait possibilité que, dans un délai raisonnable, ces informations puissent nous parvenir.

M. Deschênes: Soyez-en assurée, madame.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Merci, M. le ministre, et à la prochaine.

(Fin de la séance à 22 h 6)