



ASSEMBLÉE NATIONALE

CINQUIÈME SESSION

TRENTE DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Interpellation: La diminution de la qualité et de
l'accessibilité des soins de santé
sous le gouvernement du Parti québécois

Le jeudi 30 mai 1985 - No 18

Président : M. Richard Guay

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Exposé du sujet	
M. Pierre-J. Paradis	CAS-697
Réponse du ministre	
M. Guy Chevette	CAS-698
Argumentation	
M. Germain Leduc	CAS-701
M. Guy Chevette	CAS-702
M. Roger Paré	CAS-703
M. Robert Middlemiss	CAS-704
M. Guy Chevette	CAS-704
M. Roger Paré	CAS-705
Mme Madeleine Bélanger	CAS-706
M. Guy Chevette	CAS-706
M. Guy Pratt	CAS-707
M. Roger Paré	CAS-708
M. Germain Leduc	CAS-709
M. Guy Pratt	CAS-711
M. Guy Chevette	CAS-711
Mme Madeleine Bélanger	CAS-712
M. Guy Chevette	CAS-713
M. Robert Middlemiss	CAS-713
Conclusions	
M. Guy Chevette	CAS-715
M. Pierre-J. Paradis	CAS-716

Président: M. Marcel Lafrenière

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le jeudi 30 mai 1985

**Interpellation: La diminution de la qualité et de l'accessibilité
des soins de santé sous le gouvernement du Parti québécois**

(Dix heures sept minutes)

Le Président (M. Lafrenière): La commission des affaires sociales se réunit à la suite de l'interpellation du député de Brome-Missisquoi au ministre des Affaires sociales sur le sujet suivant: La diminution de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé sous le gouvernement du Parti québécois.

Les membres de cette commission sont M. Beaumier (Nicolet): Mme Bélanger (Mégantic-Compton): M. Bissonnet (Jeanne-Mance): M. Blouin (Rousseau): M. Boucher (Rivière-du-Loup): M. Desbiens (Dubuc): M. Gravel (Limoilou): Mme Lachapelle (Dorian): M. Lafrenière (Ungava): M. Laplante (Bourassa): M. Lavigne (Beauharnois): Mme Lavoie-Roux (L'Acadie): M. Leduc (Fabre): M. Middlemiss (Pontiac): M. Paradis (Brome-Missisquoi): M. Paré (Shefford): M. Pratt (Marie-Victorin): M. Sirros (Laurier). Est-ce qu'on a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. Bissonnet (Jeanne-Mance) est remplacé par M. Leduc (Saint-Laurent).

Le Président (M. Lafrenière): Merci. Je pense qu'on a eu une entente pour les règles entre le député de Brome-Missisquoi et M. le ministre des Affaires sociales. M. le député.

Exposé du sujet

M. Pierre-J. Paradis

M. Paradis: M. le Président, le ministre se souviendra sans doute de notre dernière interpellation de deux heures qui a eu lieu le 17 décembre dernier et qui portait sur l'indifférence du gouvernement péquiste et l'incohérence de ses politiques dans les dossiers de la santé et des services sociaux.

À l'époque - et j'ai la transcription du Journal des débats, M. le Président - le ministre venait d'accéder à ses nouvelles fonctions de ministre des Affaires sociales et sa première réaction a été de dénoncer l'Opposition comme une opposition irresponsable, une opposition alarmiste, une opposition qui ne faisait pas ses devoirs et qui exagérait tout dans le réseau de la santé et des affaires sociales. C'était une réaction compréhensible pour un ministre qui n'avait pas encore eu le temps de faire le tour de

ses dossiers à l'époque, M. le Président.

Depuis ce temps, les travailleurs du secteur de la santé du Syndicat canadien de la fonction publique ont publié un document qui s'intitule "La santé est malade, dossier noir sur la qualité des soins et des services de la santé au Québec", que le ministre connaît bien maintenant pour en avoir pris connaissance. Depuis ce temps également, un journaliste montréalais a publié un dossier dans le supplément Plus de la Presse du samedi 4 mai 1985 qui s'intitulait "Le drame des urgences". Il parlait d'"environnement lamentable", de "vrai champ de bataille" et d'"injonction pour obtenir un lit", etc.

Depuis ce temps, le ministre a également eu accès à ces dossiers à l'intérieur du ministère des Affaires sociales et son attitude, je dois vous le dire, M. le Président, a changé depuis décembre 1984. Il ne nous accuse que très rarement maintenant d'en mettre trop et d'exagérer. Il va même plus loin que l'Opposition dans certains cas et c'est ce qu'il a fait à l'occasion des commissions parlementaires des dernières semaines. Il s'est lui-même transformé en un député de l'Opposition et, à la veille de l'annonce de sa commission d'étude - qui tarde encore à venir - sur le bilan et l'analyse des services sociaux et services de santé, il a même révélé qu'il connaissait des choses qui se rapprochaient de cas de fraude dans le réseau, etc.

Je veux bien que le ministre ait changé d'état d'esprit et qu'il joigne sa voix à celle des députés de l'Opposition et que, à même les services de recherche extensifs qu'il possède, il en ait davantage à ajouter pour critiquer ce qui ne va pas dans le réseau des affaires sociales. Mais j'aimerais également que le ministre, après avoir passé de celui qui disait que ce n'était pas vrai à celui qui disait qu'on n'en met pas assez, passe à son vrai rôle finalement, parce que cela fait quand même six mois qu'il est là. J'aimerais qu'il passe au rôle de celui qui va régler les problèmes qui ont été causés par ses prédécesseurs, surtout depuis les compressions budgétaires de 1980 à ce jour.

M. le Président, le débat d'aujourd'hui, en ce qui me concerne, je vais personnellement tenter de le restreindre, à cause du temps qui nous manque à un rapport qui vient d'être acheminé il y a une semaine au bureau du ministre des Affaires sociales et qui porte sur l'engorgement des

urgences à Montréal. Le titre complet du rapport est "Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise." Je vais éviter de le citer par son titre au long. M. le Président, dans les heures qui vont suivre, on va l'appeler, pour fins de compréhension, le rapport Spitzer.

Ce rapport Spitzer pose un diagnostic sur la situation qui prévaut dans les urgences à Montréal. Ce rapport Spitzer n'analyse pas la qualité comme telle des services parce que ce n'est pas le mandat qui a été confié à ce chercheur, mais ce rapport nous fait quand même des recommandations sur les actions qu'il nous faudrait prendre comme société, dans l'immédiat, pas après une autre commission d'étude, mais dans l'immédiat, pour régler les problèmes les plus criants à l'intérieur des urgences.

Le rapport spécifie que les problèmes peuvent être divisés en deux catégories: la première catégorie touche l'aspect dimensionnel dans le temps: le très long laps de temps qu'un patient a à attendre dans une urgence montréalaise avant d'être vu par le médecin qui pose le diagnostic. C'est la première facette du problème de l'engorgement. Le Dr Spitzer, le chercheur qui a fait cette étude, nous dit que cela peut se corriger à l'intérieur de l'hôpital avec des changements de mécanismes, etc.

Je voudrais savoir du ministre, ce matin, à la suite du rapport Spitzer, quelles sont les directives que son ministère a acheminées dans les hôpitaux pour donner suite aux recommandations du Dr Spitzer qui touchent cette partie du problème qui est, soit dit en passant, M. le Président, sur le plan budgétaire, la moins coûteuse pour le ministère.

Il ne faudrait pas oublier non plus la partie du problème qui touche le patient qui a été hospitalisé à la suite d'une décision médicale et qui a à attendre encore beaucoup trop longtemps dans les corridors et dans les unités transitoires. Le Dr Spitzer effectue à ce chapitre des recommandations qui, dans certains cas, sont très coûteuses pour le gouvernement en place.

Il faudrait éviter - c'est une mise en garde qui ne vient pas d'un politicien, mais d'un éditorialiste ce matin - de s'attaquer à une partie du problème sans penser que cela ne créera pas de problèmes sur l'autre partie du dossier. Jean Francoeur disait ce matin dans le Devoir, traitant du rapport Spitzer: "À quoi servirait-il, en effet, de réduire le temps de séjour à l'urgence "avant la décision médicale" si cela n'avait pour effet, faute de ressources disponibles, que d'augmenter la durée du séjour "après" cette décision?" Le ministre aura compris qu'il faut traiter les recommandations et le

rapport Spitzer d'une façon globale et d'apporter, à la suite de ces recommandations, des réponses immédiates. (10 h 15)

J'aurais cru, M. le Président, que, dans les crédits supplémentaires déposés cette semaine en Chambre par le ministre des Finances, le ministre des Affaires sociales aurait pu convaincre le Comité des priorités du gouvernement du Parti québécois, le ministre des Affaires sociales aurait pu convaincre le Conseil du trésor, le ministre des Affaires sociales aurait pu convaincre son homologue le ministre des Finances que la santé devait redevenir pour notre société québécoise une priorité. J'aurais cru qu'on aurait retrouvé, dans les crédits supplémentaires qui ont été déposés, des sommes d'argent au moins pour répondre aux recommandations du Dr Spitzer, des sommes d'argent qui nous auraient permis d'appliquer les recommandations du rapport Spitzer. Ma question au ministre est très simple. Quelles sont les recommandations du Dr Spitzer que le ministre a l'intention d'appliquer pour réduire le temps de séjour à l'urgence avant la décision médicale? Dans quel délai a-t-il l'intention de les appliquer et par quels moyens a-t-il l'intention de les appliquer? C'est la première partie. En même temps, quelles sont les recommandations du rapport Spitzer que le ministre a l'intention d'appliquer à propos de l'hospitalisation après la décision médicale? Dans quel délai a-t-il l'intention de les appliquer et par quels moyens a-t-il l'intention de les appliquer?

Il va sans dire que nous entreprenons ce débat en souhaitant que le ministre puisse obtenir, de la part du Comité des priorités du gouvernement, de la part du Conseil du trésor et de la part du ministre des Finances, les budgets nécessaires, peut-être de nouveaux crédits, la prochaine fois, s'il y en a au cours de l'année, pour appliquer les recommandations du Dr Spitzer afin que la population de la région de Montréal puisse bénéficier de services d'urgence auxquels elle a droit, c'est-à-dire des services d'urgence universels, des services d'urgence accessibles et des services d'urgence de qualité. Merci, M. le Président.

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

Réponse du ministre

M. Guy Chevette

M. Chevette: M. le Président, vous comprendrez que je dois avoir le droit de répondre à certains préambules avant d'arriver à un plancher beaucoup plus haut. Il y a eu toutes sortes d'insinuations; donc, je vais me permettre d'en relever quelques-unes moi aussi.

Je pense qu'on n'a jamais nié qu'il y avait des problèmes, mais on a dit qu'ils ont été amplifiés. Oui, je l'ai dit et je le maintiens. Ils ont été amplifiés parce qu'affirmer grossièrement qu'on n'a pas fait d'efforts dans la région de Montréal et même au Québec concernant les soins de santé, c'est grossier. J'ai simplement fait sortir quelque peu, pour ce matin, les efforts consentis depuis 1976 par rapport à la période de 1970 à 1976. Ce n'est pas croyable de se faire accuser de n'importe quoi avec le sourire aux lèvres quand on sait les efforts qu'on a faits par rapport aux efforts que la formation politique que représente le député de Brome-Missisquoi n'a absolument pas faits ou à peu près pas, pour prévoir l'alourdissement des clientèles, pour prévoir le vieillissement de la population.

En 1977-1978, la première année budgétaire complète, au Centre de santé Saint-Henri, on a ajouté 30 lits. On a ajouté 36 lits à Father Dowd; au centre d'accueil Edmond-Laurendeau, 225 lits. Deuxième année de notre arrivée, 75 lits additionnels au centre Laurendeau. Au manoir Cartierville, 100 lits; au centre d'accueil Côte-des-Neiges, 37 lits. En 1979-1980, à la résidence Jean-de-la-Lande, 312 lits d'un seul coup. En 1980-1981, centres d'accueil LaSalle et Villeray, centres d'accueil de la Visitation, Ovila-Légaré et Eloria-Lepage, résidence Christophe-Colomb, centre Louis-Riel, centre d'accueil Idola-Saint-Jean, centre d'accueil et centre hospitalier Dante, pour un total de 941 lits.

On continue: 804 lits, en 1981-1982. Denis-Benjamin-Viger, Réal-Morel, Marie-Rollet, François-Seguenot, Alfred-Desrochers, Jacques-Viger, Nazaire-Piché. En 1982-1983, 940 nouveaux lits, toujours dans la région de Montréal puisqu'on parle surtout de Montréal et on ne parle pas du reste du Québec, mais on va s'en parler tantôt. À Montréal, le centre Delorimier, Paul-Gouin, Routhier, Bradet, Dunant, Jasmin, Robert-Cliche, Paul-Lizotte. En 1983-1984, 466 nouveaux lits; à l'Institut canadien polonais: 34 nouveaux lits, Armand-Lavergne: 192 lits, La Pinière: 100, et Maimonides: 140 ajouts.

M. le Président, ce sont là des efforts extraordinaires, au-delà de 4000 lits dans la région de Montréal exclusivement en centres d'accueil, sans compter les efforts qu'on a pu faire avec les centres de jour qu'on a installés dans différents DSC ou dans différents CLSC. Je pourrais les énumérer, mais ce serait passablement long. Quand même, je ne peux accepter qu'on dise qu'il n'y a pas eu d'efforts concrets de faits, et ce, en pleine période économique, en pleine période budgétaire difficile au niveau du Québec.

La formation de M. le député de Brome-Missisquoi, en pleine croissance économique, en pleine inflation, au moment

où on n'avait aucune difficulté budgétaire, n'a même pas fait, pour l'ensemble du Québec, la moitié de ce qu'on a fait exclusivement pour Montréal. Donc, il n'y a pas de problème là-dessus. À se regarder, on peut se désoler, mais, à se comparer, on se console. Quand je vous regarde, je suis plus que consolé, je souris.

Deuxièmement, on n'a pas seulement concentré nos efforts sur le territoire même de l'île de Montréal puisqu'on sait que Montréal a une affluence de l'extérieur, de la périphérie. Nous l'avons compris et nous avons permis des immobilisations, des ajouts de lits et de l'équipement en périphérie et cela va continuer. Nous croyons qu'on est capables de doter nos capitales régionales d'équipements et d'immobilisations leur permettant de donner des soins beaucoup plus adaptés et de faire en sorte que les bénéficiaires puissent demeurer dans leur propre région. Cela a été le cas pour Saint-Jérôme, cela a été le cas pour Joliette, cela a été le cas pour Repentigny, cela a été le cas pour Pierre-Boucher sur la rive sud; on vient d'annoncer Châteauguay et cela a été le cas pour la Cité de Laval cette année. Tout cela, pour permettre précisément aux bénéficiaires de la périphérie qui, par instinct, se lançaient à Montréal de pouvoir avoir des soins minima dans leur propre région. C'est un autre effort du présent gouvernement.

M. Paradis: Avec l'autorisation du ministre, parce que vous touchez ce sujet de la périphérie et c'est un des points qui est touché dans le rapport Spitzer. Je voudrais juste avoir une information avec votre autorisation - ce n'est pas une question - et je ne veux pas vous interrompre. Dans la recommandation 6. 1 du rapport Spitzer il est dit: Nous recommandons l'abandon de toute politique fondée sur les prémisses que la demande de soins au sein des hôpitaux périphériques est plus élevée que celle affectant les hôpitaux du centre-ville et qui a servi jusqu'à maintenant de principe de base dans la planification et l'allocation des ressources, etc. Est-ce à dire que vous mettez de côté pour le moment cette recommandation du Dr Spitzer?

M. Chevette: Non. D'ailleurs, on nous le dit bien... Quand vous vous servez de certains articles de journaux, vous prenez les petits bouts qui font votre affaire.

M. Paradis: La recommandation...

M. Chevette: Le rapport Spitzer c'est un tout et il faut l'analyser comme un tout. C'est évident que cela conduit et que cela débouche sur des actions concrètes à poser, y compris, par exemple, sur les vocations mêmes des hôpitaux. On n'a pas les moyens

financiers - vous le savez - de laisser chaque hôpital se surspécialiser sur l'ensemble des spécialités. Il nous faut regarder un peu comment on peut organiser, sur l'ensemble d'un même territoire donné, la gamme des spécialités et la vocation même de certains hôpitaux montréalais. Je ne veux pas faire allusion à un certain procès mais je peux vous dire que cela fait partie du décor aussi; on n'ira pas créer de l'immobilisation quand on sait qu'on a suffisamment de ressources physiques pour être capable de régler les problèmes de santé sans injecter et injecter dans le béton.

M. Paradis: M. le ministre, une question bien précise sur ces choses sans mentionner les hôpitaux qui sont devant les tribunaux, etc., je m'en garderais bien. Spitzer, dans son rapport, mentionne que le Québec affiche actuellement un des plus faibles ratios de lits de courte durée par 1000 habitants au Canada.

J'essaie de concilier cela. Est-ce que vous êtes d'accord avec cet énoncé de fait de Spitzer ou est-ce que vous n'êtes pas d'accord? Là, on parle des hôpitaux de courte durée comme tels et on nous dit qu'on a un des plus faibles ratios par 1000 habitants au Canada.

M. Chevette: Oui, mais vous lirez comme il faut tout le rapport Spitzer...

M. Paradis: C'est cela que j'ai fait.

M. Chevette:... parce qu'il dit que ce n'est pas la cause de l'engorgement des urgences. Il le dit bien.

M. Paradis: Non, non.

M. Chevette: Donc, s'il dit que le fait d'avoir un faible ratio de lits de courte durée n'est pas la cause de l'engorgement des urgences, il y a autre chose. Des patients occupant des lits de courte durée devraient être ailleurs, d'où l'importance de définir très clairement, je crois, certains types de vocations à partir de l'état, de la situation des immobilisations, des capacités physiques que l'on a.

Ceci dit, je n'ai pas tout à fait fini, cependant...

M. Paradis: Cela va. Excusez! C'est votre droit de parole.

M. Chevette:... parce que je voulais répondre aux questions que vous avez soulevées, tout en faisant un petit peu le portrait de ce qu'on avait fait comme effort.

Oui, je suis heureux qu'il y ait le rapport Spitzer - si vous voulez avoir le fond de ma pensée - parce qu'il touche du doigt des choses sur lesquelles on avait certaines

appréhensions. On pensait que c'était probablement telles et telles causes, et cela les confirme dans bien des cas. Nous sommes d'ailleurs à faire une analyse très détaillée de l'ensemble de ces recommandations, de ce qu'elles impliquent financièrement, de ce que cela implique également avec les gens du réseau comme type de discussion. Nous avons demandé les avis du CRSSS de Montréal, en particulier, sur l'ensemble des recommandations également. On sait qu'il est touché. Dans le rapport, il a été visé, montré du doigt mais il se dit quand même, si j'ai bien lu les coupures des journaux, satisfait du rapport Spitzer en tout cas.

Donc, à partir de là, on pense qu'il nous faut immédiatement baser nos études sur les politiques d'admission, parce que Spitzer touche du doigt un problème à ce sujet. Il dit bien que ce n'est pas nécessairement avec de l'argent qu'on règle ces problèmes. J'écoutais le député de Brome-Missisquoi tantôt; on dirait qu'avec une piastre, lui, il fait tout. Mais la piastre, c'est le contribuable québécois qui la paie. Si on est capable de régler un problème sans aller chercher de l'argent dans la poche des contribuables et en rendant les services efficaces, je ne vois pas pourquoi ce ne serait pas notre responsabilité.

Le rapport Spitzer ne parle pas de 150 000 000 \$ ou de 200 000 000 \$ selon que ce soit le chef du Parti libéral ou le député de Brome-Missisquoi qui parle. Le rapport Spitzer dit: Il y a des degrés...

M. Paradis: Vous parlez de 153 000 000 \$ vous-même. Je veux bien que vous charriez, mais l'annonce que j'ai ici... Cette annonce, c'est celle de votre sous-ministre. Est-ce qu'il l'a faite sans votre autorisation ou est-ce qu'il l'a faite avec votre autorisation?

M. Chevette: Vous vous promenez avec 150 000 000 \$ pour l'engorgement des urgences et, nous, on parle de sécurité et de vétusté dans les 153 000 000 \$. Vous essayez de mêler tout le monde pour que la population qui nous écoute ne sache pas exactement les chiffres dont on parle. Vous et votre très honorable chef du Parti libéral, vous brandissez 200 000 000 \$ et 150 000 000 \$ pour l'engorgement des urgences.

Le Dr Spitzer nous dit: C'est une question d'autorités, des médecins; c'est une question de fonctionnement; c'est une question de réaménagement administratif. Il y a des programmes, il y a des listes d'attente dans les soins de courte durée, il faut y regarder et chercher une politique là-dessus; une politique d'admission même dans nos centres hospitaliers. On va passer à l'action, oui, mais on est en train d'analyser la situation. Les 153 000 000 \$ dont on a

parlé, c'est la vétusté et la sécurité.

Cela avait été annoncé, d'ailleurs, en commission parlementaire à plusieurs reprises. On vous disait: Oui, on a parlé de millions nous aussi. On vous parle de 112 000 000 \$ sur deux ans seulement en vétusté et la sécurité; on parle de quelque 40 000 000 \$ en ajouts, d'une quarantaine de millions en rénovation fonctionnelle. Il y a de l'argent pour contrer l'alourdissement des clientèles, au moins 32 000 000 \$. Il y a de l'argent pour les services accrus à domicile, les CLSC, c'est 7 000 000 \$. Je suis à faire la consolidation et l'annonce de dix-sept nouveaux CLSC également.

(10 h 30)

Oui, on a des efforts concrets et dans un cadre où l'argent des budgets... Vous savez très bien qu'on avait 106 000 000 \$ comme marge de manoeuvre pour du développement en 1985-1986, en plus des 6 300 000 \$ qu'on avait mis dans les urgences et je pourrais continuer...

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Saint-Laurent.

Argumentation

M. Germain Leduc

M. Leduc (Saint-Laurent): M. le Président, je voudrais parler un peu de la région du nord de Montréal, particulièrement de l'hôpital du Sacré-Coeur, d'autant plus que le rapport Spitzer n'en parle pas. Il faut dire d'abord que l'hôpital du Sacré-Coeur, c'est un hôpital ultra-spécialisé de 714 lits dont 134 au pavillon psychiatrique, le pavillon Albert-Prévost, ce qui fait qu'on a environ 580 lits pour les malades de courte durée et les malades chroniques.

Évidemment, c'est un hôpital du nord; c'est un hôpital en périphérie qui dessert un bassin énorme de population, tout près de 600 000 Québécois. Il faut comprendre que le Sacré-Coeur dessert des populations qui résident aussi loin que LG 2. Bien sûr, étant un hôpital ultra-spécialisé, vous avez à l'hôpital du Sacré-Coeur tous les gros cas urgents. L'engorgement est surtout dû au fait qu'il y a dans le secteur nord plusieurs centres, des maisons d'hébergement pour les personnes âgées.

C'est évident que cette situation, M. le Président, ne peut pas s'améliorer, c'est comme une manière de cercle vicieux. Ceux qui partent sont nécessairement remplacés par d'autres personnes âgées, vu le nombre imposant de maisons ou de centres d'hébergement dans ce district et, bien sûr, dû au fait que le bassin de population est énorme au nord de Montréal.

À Sacré-Coeur, on a un quota en hébergement de 58 lits. Actuellement, M. le Président, il faut reconnaître qu'il y en a

111 d'occupés et il y en a déjà eu 180, soit exactement le tiers des lits de l'hôpital. On va peut-être nous dire que les soins à domicile pourront ou vont régler certains problèmes. Moi, je dis qu'ils ne régleront nullement les problèmes des lits occupés par les malades chroniques et qui sont nécessaires pour les malades de courte durée.

Tant à l'hôpital du Sacré-Coeur qu'à l'hôpital Saint-Laurent, qui est dans mon comté, on nous indique que les 111 lits, soit environ le tiers des lits, occupés par des malades chroniques le sont par des malades lourds et qu'il est impossible, dans aucun cas, de renvoyer ces malades à domicile. C'est donc reconnaître qu'une partie de l'hôpital ou de ces hopitaux doit nécessairement être occupée par les malades chroniques qui sont là actuellement; il faudrait déplacer ces malades chroniques, et le seul endroit où on pourrait les déplacer, c'est évidemment dans des centres d'accueil. Il est impensable, vu que ce sont des cas lourds, de renvoyer ces malades à domicile. En fait, on dit, chez les plus optimistes, qu'il manque, pour desservir le nord adéquatement, 450 lits, que ce soient des lits de soins aigus, de courte durée, ou que ce soient des lits pour les malades chroniques. Il y a un manque absolu de 450 lits. À mon avis, c'est une situation absolument inacceptable. C'est rendu au point où la salle d'urgence - je parle surtout de l'hôpital du Sacré-Coeur - est une sorte de dépotoir où on entasse les malades et ces malades ne sont nullement certains d'avoir un lit pour se faire soigner.

Pourtant, quelqu'un qui a travaillé, M. le Président, pendant 30 ans, pendant 40 ans, qui a payé des sommes énormes en assurance-maladie et qui a le malheur de tomber malade devrait avoir, à mon avis, le droit d'avoir un lit à l'hôpital.

Il y a le cas récent - on va dire qu'on charrie, on va dire que c'est de la démagogie - depuis environ deux semaines, de deux personnes qui ont passé exactement sept jours à l'urgence à la suite de paralysie cérébrale et dans une chambre où il y avait neuf malades entassés, dans une chambre sans fenêtre. Je me demande, M. le ministre, si vous accepteriez cela pour vous ou vos proches. Il ne s'agit nullement de démagogie, ce sont des faits. Est-ce que vous êtes d'accord, M. le ministre, pour reconnaître qu'il manque des lits? Ce sont des cas précis, deux personnes, sept jours à la suite d'une attaque de paralysie cérébrale, deux personnes, sept jours à l'urgence et neuf personnes entassées dans une chambre sans fenêtre. Il y en a peut-être qui pourraient parler de médecine de guerre. Je pense que c'est à peu près cela.

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

M. Guy Chevette

M. Chevette: M. le Président, je vais me retenir sur le qualificatif que j'aurais à apposer aux propos du député de Saint-Laurent, parce qu'utiliser des mots comme "dépotoir", "médecine de guerre", c'est le de sa part un discours assez fasciste, et je vais m'abstenir de tout commentaire. Mais, pour avoir un niveau un peu plus haut de discussion, je dirai tout d'abord que le député de Saint-Laurent a appris par cœur une leçon qu'il ne connaît pas, parce que le plus haut taux d'hébergement per capita est précisément dans le nord de Montréal. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problème, mais c'est le **plus** haut taux. Il affirme n'importe quoi sans rien connaître. De toute évidence, cela saute aux yeux.

De plus, il me dit qu'il y a deux personnes... Voyez-vous la mentalité? On veut laisser planer que tout est pourri, que tout n'est pas bon. D'ailleurs, cela va bien, parce qu'il utilise ces mots-là de pourriture, de dépotoir, etc. Mais c'est essayer de faire croire à la population du Québec que tout ne marche pas. Ce n'est pas vrai, il donne l'exemple de deux patients. Pour son information, il y a plus de 1 250 000 personnes en urgence...

M. Leduc (Saint-Laurent): Je vais vous en donner d'autres.

M. Chevette: M. le Président, pouvez-vous demander à ce député, s'il a fini sa question, qu'il a apprise par cœur, de se retirer, on va pouvoir continuer en paix!

M. le Président, il y a au-delà de 1 250 000 visites en urgence par année. C'est bien évident qu'il peut arriver des cas d'exception. Pourquoi sortir toujours l'exception pour essayer de diminuer la qualité de nos services au Québec? C'est ce que vous cherchez: rapetisser et diminuer la qualité des efforts faits par les contribuables québécois qui paient tout cela. Je vous dirai que je suis quand même conscient qu'il y en a des problèmes. Bien sûr qu'il y a des problèmes, ce n'est pas pour rien qu'on a demandé à M. Spitzer de faire une étude, de nous donner un rapport. On est bien conscient qu'il y en a des problèmes. On est conscient qu'il y a eu des chasses gardées, des gens qui se gardaient des lits vides au moment où il y en avait des cas à l'urgence, mais, plutôt que de critiquer le gouvernement et d'essayer de semer le discrédit et de traiter ces genres d'hôpitaux de dépotoirs, vous pourriez peut-être proposer des choses concrètes, qu'on enlève des pouvoirs à certains groupes pour les transmettre à d'autres qui pourraient effectuer des gestes concrets, comme l'hospitalisation de cas urgents. Mais non, vous subissez le lobby et vous êtes les

premiers à nous descendre parce qu'on ne respecte pas le lobby de ces grands messieurs qui ont trop de pouvoirs, qui ont des chasses gardées, qui ont des privilèges à l'intérieur de certains hôpitaux. Au moment où on se ramasse avec 20 personnes sur les civières, il y a 22 lits de libres à certains étages. On va s'en parler et on va agir, M. le Président. Ce n'est pas le député de Saint-Laurent qui s'ouvre la trappe une fois par année en cette Chambre qui va nous dire comment agir. Il y a toujours des limites.

M. Paradis: M. le Président, question de règlement. Le ministre peut parler du fond du dossier s'il le connaît, mais le député de Saint-Laurent est un des députés qui participent le plus à nos commissions parlementaires et qui interviennent le plus souvent ici. On peut relever le Journal des débats. C'est affirmer des choses gratuites et attaquer la réputation de quelqu'un. C'est complètement en dehors de notre débat. Si le ministre connaît bien son dossier, qu'il réponde au député sur les cas qu'il lui a soumis et qu'il règle les cas. C'est sa "job" de ministre, ce n'est pas de nous dire qu'il y a ceci et cela qui ne va pas. Il refait son petit député de l'Opposition.

M. Leduc (Saint-Laurent): Cela le dérange.

Le Président (M. Lafrenière): Compte tenu du temps, nous allons poursuivre.

M. Chevette: Pardon?

Le Président (M. Lafrenière): Poursuivons.

M. Chevette: M. le Président, je n'ai jamais attaqué la réputation de quelqu'un, je ne fais que juger ses propres propos les seules fois qu'il ouvre la trappe. Que voulez-vous que je dise?

M. Leduc (Saint-Laurent): C'est de la démagogie.

M. Chevette: Deuxièmement, - et encore là je vais partir de ses propres mots - le député dit: C'est de la vraie médecine de guerre. Encore là, s'il connaissait son dossier, il verrait que la médecine de guerre, c'est tellement structuré et que les canaux d'autorité sont tellement bien connus que c'est pout, pout, pout, pout. La médecine désorganisée, où il n'y a pas d'autorité, il ne comparerait sûrement pas cela à la médecine de guerre. C'est parce qu'il ne connaît encore rien au dossier qu'il s'essaie ainsi. Mais on va le laisser faire, j'aime autant passer à d'autres questions plus intelligentes que celles de celui qui veut diminuer continuellement la qualité de ce qui peut se

faire et des efforts qui se font.

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Shefford.

M. Roger Paré

M. Paré: M. le Président, je veux surtout parler d'une autre région, qui n'est pas le nord de Montréal. Tout le monde va comprendre que c'est le sud de Montréal, la Montérégie. C'est une région qui a énormément de besoins, et cela se comprend, parce que c'est la région qui croît le plus vite en termes de population et où les besoins grossissent aussi. Je pense qu'une des façons de décongestionner les grands hôpitaux de Montréal, évidemment, c'est en donnant la chance aux gens en périphérie, dans les villes de banlieue ou les villes satellites de Montréal, d'avoir encore plus d'équipements, plus de services. Ce faisant, on fait quoi? On aide aussi la population métropolitaine de Montréal en lui permettant de profiter davantage de ses centres hospitaliers et d'assurer aux gens en banlieue, en périphérie, dans les villes satellites, d'avoir aussi des services localement.

Il s'en est fait beaucoup dans la région de la Montérégie, même si les besoins sont encore énormes. Je vais juste prendre quelques grands dossiers qui méritent d'être mentionnés, je pense, parce qu'on semble avoir oublié, en face, la construction du centre hospitalier Pierre-Boucher, qui est bien situé, qui répondait à un besoin; c'est un centre hospitalier moderne et qui peut accueillir des centaines de patients. Donc, cela aide les gens de la rive sud, de la Montérégie, et cela décongestionne les centres hospitaliers de Montréal.

Il y a en construction, présentement, le centre hospitalier de Châteauguay, il ne faudrait pas l'oublier aussi. Donc, qu'on ne vienne pas dire qu'il ne se fait rien. Il s'en fait. Présentement, il se bâtit encore un centre hospitalier dans la région où les besoins sont les plus criants au Québec, la Montérégie. On le reconnaît, sauf qu'on ne se contente pas de le dire, de le reconnaître, on agit, justement, à Châteauguay, comme on l'a fait à Boucherville.

Il y en a eu d'autres depuis 1976 et je pense que, si on fait le tour des villes satellites de la Montérégie, on va s'apercevoir que presque tous les centres hospitaliers ont connu des développements depuis 1976. Je voudrais juste en rappeler un parce que cela me concerne, c'est le centre hospitalier de Granby. C'est important pour une région qui est située à l'extérieur de la banlieue de Montréal, mais en périphérie quand même, parce que c'est une ville satellite. Plus on va garder les gens à Granby comme on va les garder à Saint-

Hyacinthe, comme on va les garder à Saint-Jean, à Sorel, à Châteauguay bientôt, à Valleyfield, cela veut dire qu'on va permettre aux gens de Montréal de profiter de leurs équipements et de ne pas être obligés de céder la place aux patients qui viennent des régions périphériques, qui n'ont pas les services et la place nécessaires pour les accueillir. Le centre hospitalier de Granby en est un auquel on a aussi rajouté un centre d'accueil, le centre d'accueil Marie-Berthe-Couture, centre affilié, donc administré aussi par le conseil d'administration du centre hospitalier, d'où une autre économie qu'on a amenée en faisant en sorte d'intégrer les administrations du centre d'accueil et du centre hospitalier, et cela va très bien.

Donc, c'est un autre équipement qui se rajoute et qui permet, en ayant un centre d'accueil pour personnes âgées - c'est évident que c'est pour cela un centre d'accueil - de libérer au centre hospitalier de Granby des lits de courte durée qui étaient pris par des patients de longue durée. Donc, on vient encore libérer des places pour permettre d'utiliser au maximum nos centres hospitaliers spécialement pour les soins de courte durée.

Je vous ai mentionné de grands centres qui ont été développés dans la région de la Montérégie. J'ai pris seulement les plus grands, mais je vais aller un peu plus loin parce que, depuis l'année 1981, qui nous concerne davantage et qui est encore plus près de nous, il s'en est ajouté beaucoup et je vais prendre l'exemple de chez nous. Je pense que mes collègues des autres comtés voisins pourraient faire à peu près la même chose. J'inviterais même le député de Brome-Missisquoi à faire la même chose, à dire ce qui s'est fait dans son comté depuis 1981 pour montrer à quel point on a développé l'ensemble du territoire, au moins dans la Montérégie, et je suis sûr que c'est la même chose pour l'ensemble du territoire québécois, pour nous permettre de décongestionner les grands centres comme Montréal, Sherbrooke et Québec.

Vous me faites signe qu'il me reste juste une minute. Je vais être obligé de revenir un peu plus tard, Mme la secrétaire, parce que je n'ai pas pu aller encore - et je vais y revenir, c'est sûr - sur ce qui s'est fait dernièrement et ce qui est en train de se faire dans le sens où j'ai commencé mon intervention. C'est dans ce sens que va le rapport, il faut utiliser les ressources au maximum et donner à chaque institution sa vocation première. La façon de le faire, c'est de décongestionner, de décentraliser, d'harmoniser ces ressources avec les services bénévoles que nous aidons alors qu'ils n'étaient pas aidés avant 1976, et d'utiliser des mesures alternatives.

M. le Président, comme on me dit qu'il

reste 30 secondes, je dois donc être rendu à 10 secondes, je vais revenir tantôt.

Le **Président (M. Lafrenière)**: M. le député de Pontiac.
(10 h 45)

M. Robert Middlemiss

M. Middlemiss: M. le Président, tout à l'heure le ministre nous indiquait que des efforts ont été faits à Montréal. Il nous a dit plus tard que des efforts ont été faits dans l'est. J'aimerais lui parler du manque d'efforts dans l'ouest. Cela existe aussi.

J'aimerais, en premier lieu, aborder un sujet auquel je suis convaincu que le ministre est aussi sensibilisé. C'est un article où on dit: Jusqu'à quel point le Québec finance-t-il l'Ontario? Ceci touche les soins psychiatriques. On y dit: Bien que le Québec se soit doté en 1965 d'un hôpital psychiatrique à Hull, le centre hospitalier Pierre-Genest, le nombre de psychiatres qui y sont engagés est trop restreint pour satisfaire à la demande des soins psychiatriques. En effet, pour la région sanitaire 07, qui comprend les comtés de Pontiac, Hull, Gatineau, Chapleau et Papineau, et compte une population de 274 000 habitants, les soins psychiatriques sont assurés par dix psychiatres, ce qui donne une moyenne de 21 076 personnes par psychiatre dans cette région.

Heureusement, l'Ontario vient à la rescousse et, selon les statistiques, l'une des raisons, d'abord, c'est qu'en Ontario il y a quatre ou cinq scanners alors que, dans la région de l'Outaouais, il n'y en a aucun. C'est pourquoi les malades sont hospitalisés et traités à Ottawa. Deuxièmement, 35 % à 40 % des patients sont des francophones à l'hôpital général, 15 % à 30 % à l'hôpital Montfort et 10 % à l'hôpital Royal, à Ottawa. Or, tous ces hôpitaux sont situés en Ontario. Il y a aussi 30 lits pour malades psychiatriques qui sont occupés de façon permanente par des Québécois à Ottawa, précise le Dr Tessier, qui mentionne que, si les montants importants déboursés pour les soins et l'hospitalisation de Québécois en Ontario l'étaient au Québec, nous pourrions rapatrier et attirer les grands chercheurs au centre hospitalier Pierre-Genest et l'outiller d'appareils technologiques indispensables. Ce centre hospitalier risquerait du même coup d'acquiescer le statut d'hôpital universitaire, que ne reconnaît plus pour l'instant l'Université d'Ottawa. Au lieu d'être formés en Ontario, les résidents le seraient au Québec et pourraient, par la suite, travailler au Québec. Pour donner une idée de la disproportion, il souligne qu'à Ottawa on compte 50 résidents en psychiatrie alors qu'en Outaouais il n'y en a que 10. C'est pour ce qui concerne la psychiatrie.

Il y a aussi, M. le Président, un problème exposé par un autre médecin. Le Dr Pierre-Paul Allard, cardiologue au centre hospitalier régional de l'Outaouais, nous révèle que les patients cardiaques doivent se faire examiner à Ottawa, non pas par carence de cardiologues à Hull, mais par carence d'équipement. Depuis trois ans, on réclame du Québec, précise-t-il, 350 000 \$ d'instruments pour l'hôpital. Il commence tout juste à nous en donner une partie, mais, entre-temps, il dépense à peu près 50 000 000 \$ par année à l'hôpital Civic pour le per diem. Si cet argent lui était donné, le centre hospitalier régional de l'Outaouais pourrait être mieux équipé et les médecins pourraient travailler chez eux.

Il y a un autre cas. M. le ministre m'a fait une promesse au mois de février que, d'ici le 15 mai, il serait dans l'Outaouais pour visiter le centre hospitalier communautaire du Pontiac. À mon départ de la région lundi, on annonçait que le ministre était censé être dans la région pour nous faire une annonce. Je ne sais pas s'il y a eu du "bumping" en cours de route, mais le ministre ne s'est pas montré dans la région. J'espère que son voyage dans l'Outaouais, surtout dans le comté de Pontiac, ne sera pas trop retardé.

Le **Président (M. Lafrenière)**: M. le ministre.

M. Guy Chevette

M. Chevette: M. le Président, je pense que le député de Pontiac a touché du doigt certaines observations, même qu'on a eu la chance d'en discuter à une commission dont il ne faisait pas partie, mais qui a eu lieu il y a environ une quinzaine de jours, je pense. Il y a une semaine également, on en a parlé. En psychiatrie au Québec, vous avez tout à fait raison, il y a deux problèmes. Il y a un problème de manque de psychiatres qui est reconnu et, deuxièmement, c'est qu'avec ceux qu'on a il y a en plus un problème de répartition géographique. Il y a 575 psychiatres sur 634 qui sont cantonnés dans les deux grandes villes, Montréal et Québec. Je peux vous dire qu'on le reconnaît. Il y a même du recrutement qui se fait un peu partout présentement et ce n'est pas chose facile. D'ailleurs, il y a également décontingentement au niveau de l'université en ce qui regarde l'anesthésie et la psychiatrie précisément pour essayer de pallier ce manque de psychiatres. Sauf que je ne pense pas que vous ayez voulu relier cela à l'équipement parce que je ne pense pas que la psychiatrie et les scanners aient nécessairement un lien. Vous pourriez peut-être dire que les bénéficiaires qui vont en Ontario plutôt qu'au Québec sont précisément attirés par un meilleur équipement du côté

de l'Ontario. Si c'est cela, je comprends plus le deuxième volet de votre intervention.

Effectivement, je peux vous dire que, pour ce qui est de la psychiatrie, on travaille présentement avec le CRSSS afin de revoir toute l'approche. Pour ce qui est des soins, on a récupéré sur l'Ontario, c'est 18 % je crois, 18 % maintenant de moins de volume de soins en Ontario par rapport à la situation antérieure. Pourquoi? Parce qu'il y a un hôpital neuf dans votre région et on est à l'équiper graduellement.

Sur votre dernier point, je ne dirai pas qu'il y a eu du "bumping", il y a eu de la présence pour ce qui est de ma visite anticipée qui devait avoir lieu lundi passé. Si cela peut vous consoler, je peux vous dire aujourd'hui, concernant la vétusté et la sécurité en ce qui a trait à Shawville, c'est officiel, le projet est accepté.

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Shefford.

M. Roger Paré

M. Paré: Merci, M. le Président. Je vais continuer où j'en étais tantôt. Au niveau de la retenue des patients dans leur région périphérique ou satellite au lieu de les envoyer à Montréal, j'étais en train de dire que, si chacun de nous - comme vient de le faire le député de Pontiac d'ailleurs - est capable de montrer des résultats aussi positifs de développement des équipements, des soins, des services sur place dans chacune des municipalités satellites de Montréal, on va faire en sorte de décongestionner les hôpitaux de Montréal qui avaient à absorber et à prendre ces patients qui devaient quitter leur municipalité pour s'en aller dans le grand centre de Montréal.

Je dois dire, pour ma part, que, dans le comté de Shefford, depuis 1981, il s'en est fait beaucoup pour s'assurer de garder chez nous les patients et de les soigner sur place. Donc, voilà un avantage de décongestion pour les centres hospitaliers de Montréal, mais surtout et avant tout un avantage pour les patients du comté de Shefford et de la grande région pour soigner chez nous les patients et qu'ils n'aient pas à se déplacer et faire se déplacer leur famille.

Donc, qu'est-ce qu'il y a eu entre autres? Il y a eu l'ajout, tout dernièrement, de 45 lits au centre hospitalier de Granby. Quarante-cinq lits, M. le Président, c'est un budget de fonctionnement annuel de 1 800 000 \$ indexé chaque année; donc, on va bientôt atteindre les 2 000 000 \$. Je pense que c'est important, 45 lits de courte durée de plus pour une municipalité comme Granby et les environs. Je pense que c'est le genre d'actions qu'il faut poser dans chacune des régions du Québec pour garder les patients chez nous, leur permettre un service

locale et décongestionner les grands centres.

Il y a eu aussi l'ajout de 24 lits pour soins de longue durée à l'hôpital Notre-Dame de Granby. Qu'est-ce que cela a comme effet, encore une fois, M. le Président? Cela a comme effet de libérer, probablement, des lits pour soins de courte durée au centre hospitalier de Granby. Cela fait un total de 69 lits ajoutés seulement à Granby depuis trois ou quatre ans. Donc, c'est le genre de gestes qui ont été posés par le gouvernement du Parti québécois pour répondre à ces besoins dans le domaine hospitalier.

Il y a aussi eu l'achat d'un édifice par le centre hospitalier de Granby et son aménagement pour être capable de rationaliser, pour être capable de donner plus de services, entre autres, en soins psychiatriques externes. Donc, ajout de services et rationalisation au niveau du financement pour le centre hospitalier de Granby.

Il y a eu l'ajout dernièrement - et cela entre directement dans le sujet qui nous concerne ce matin - d'un centre d'hémodialyse au centre hospitalier de Granby. Cela veut dire que les patients qui devaient se déplacer de façon quotidienne, soit à Montréal ou à Sherbrooke pour des traitements obligatoires - c'est une question de survie, ils devaient faire cela même en plein hiver - peuvent maintenant recevoir ces services sur place. Je pense que cela va faire plaisir, non seulement aux citoyens du comté de Shefford, mais aussi à ceux de Brome-Missisquoi parce que cela répond à un besoin régional.

Quand je parle de chez nous, c'est tout à fait normal, sauf que je peux le dire aussi pour mon collègue de Saint-Hyacinthe, il y a eu, au centre hospitalier de Saint-Hyacinthe, l'ajout du service d'hémodialyse. Où allaient les patients de la région de Saint-Hyacinthe et de la région du comté de Shefford, auparavant? Ils allaient congestionner les centres hospitaliers de la grande région de Montréal. Donc, c'est le genre de gestes qui sont posés pour faire en sorte de libérer les urgences et les centres de traitement spécialisés de Montréal vers les municipalités locales, vers les villes satellites. Donc, c'est un autre geste qui a été posé chez nous et qui pourrait se répéter probablement par dizaines et par dizaines au Québec, la création d'un centre de jour, le centre Marie-Berthe-Couture, à Granby.

Les centres de jour, c'est important, ceux qui les utilisent le savent et cela permet que les gens aient une mesure alternative ou compensatoire pour qu'ils ne soient pas nécessairement envoyés soit dans un hôpital pour soins de longue durée, soit dans un centre d'accueil. Donc, cela permet aux gens de demeurer chez eux et de vivre dans leur milieu comme ils l'ont toujours voulu. On apporte le supplément de soins, de

traitements ou de services par le biais d'un centre de jour.

M. le Président, malheureusement, vous me dites que j'achève et qu'il ne me reste plus une minute. Je vais conclure sur cela en disant qu'en plus, dans les mesures alternatives, dans les à-côtés qu'on a ajoutés, mais qui apportent quand même une aide appréciable et qui libèrent les centres d'accueil et surtout les centres hospitaliers, il y a l'aide aux organismes bénévoles et aux organismes communautaires. Chez nous, cette année, c'est au-delà de 250 000 \$ et il y a un budget de 20 000 000 \$ cette année, alors que cela n'existait pas avant. Cela permet quoi, M. le Président? De garder les gens de plus en plus en santé, de les garder chez eux et de libérer les centres hospitaliers qui ont une vocation qui n'est pas préventive, mais surtout curative. Je suis content de l'orientation qu'on se donne, c'est-à-dire de la décentralisation vers les régions, de la décongestion vers les CLSC et des mesures alternatives. Merci.

Le Président (M. Lafrenière): Mme la députée de Mégantic-Compton.

Mme Madeleine Bélanger

Mme Bélanger: Merci, M. le Président. J'aimerais sensibiliser le ministre sur les carences en personnel dans les centres d'accueil. À l'heure où les personnes âgées forment 8, 7 % de la population totale et où leur importance au sein de cette même population s'accroît de plus en plus, celles-ci constituent malgré tout le groupe où les problèmes économiques, de logement, de soins et d'intégration sont les plus sérieux. Même si, depuis 1976, le nombre de centres d'accueil s'est accru et même si les budgets concernant les personnes âgées ont considérablement augmenté, ce développement s'est fait avec beaucoup d'incohérence, démontrant ainsi l'absence flagrante d'une politique intégrée de services aux personnes âgées qui aiderait à rendre complémentaires les ressources existantes. La construction de plusieurs centres d'accueil n'a pas empêché la congestion de lits de soins de courte durée dans les centres hospitaliers parce qu'ils étaient occupés par des personnes âgées, ce qui a rendu plus évidents deux aspects majeurs du problème des personnes de 65 ans et plus en perte d'autonomie.

On constate d'abord que 34 % des bénéficiaires des centres d'accueil et des centres hospitaliers de soins prolongés ne devraient pas y être, à cause d'une politique de "parking" qui s'est généralisée trop rapidement en raison, entre autres, d'une carence en services domiciliaires. D'autre part, on a assisté à un alourdissement de plus en plus généralisé et de plus en plus

rapide de la clientèle en centres d'accueil, d'où des carences en personnel considérables sur lesquelles jusqu'à l'année dernière le gouvernement ne s'était jamais penché, et c'est particulièrement sur ce point que je m'interroge. On constatait, dans une étude du ministère des Affaires sociales, en 1982, qu'il existait dans les centres d'accueil une carence de 23 % en personnel infirmier et, depuis cette date, la situation s'est complètement détériorée. Les conditions de vie pénibles vécues dans les centres d'accueil de Louiseville et de Rouville en 1983, et les cris d'alarme lancés tout récemment au foyer Lajemmerais, à Varennes, ne constituent que la pointe de l'iceberg. De plus, les bénéficiaires dans les centres d'hébergement ne peuvent pratiquement pas se déplacer, se nourrir eux-mêmes, ni subvenir à leurs besoins primaires. Les services en réadaptation sont, de plus, à peu près inexistantes, mais ce qui rend l'alourdissement des clientèles encore plus pénible, ce sont les coupures de personnel massives en 1982 qui sont venues s'ajouter à la pénurie déjà existante en personnel. (11 heures)

J'aimerais demander au ministre si, à ce jour, tous les centres d'accueil d'hébergement ont reçu le budget supplémentaire concernant l'alourdissement des clientèles conformément aux crédits prévus pour 1985-1986 et si les centres d'accueil peuvent espérer que le gouvernement effectuera une addition suffisante de crédits budgétaires pour contrer les carences en personnel infirmier et en personnel de réadaptation. Est-ce que la politique sur les personnes âgées rendue publique dernièrement par le gouvernement n'apportera une fois de plus qu'une façade de sa part pour tenter de faire croire, comme c'est son habitude, qu'il règle les problèmes?

Une **voix:** Très bien, Mme la députée.

M. Guy Chevette

M. Chevette: M. le Président, je suis surpris que Mme la ministre finisse cela par une fléchette parce que... Mme la députée de Mégantic-Compton. Je vous souhaite bonne chance si jamais un jour...

Voici. Pour ce qui est des personnes âgées, vous avez reconnu qu'il y avait eu de l'effort au niveau des centres d'accueil; effectivement, il y en a eu, sauf qu'on est pris avec un problème. Quand vous parlez de 34 %, on est pris avec le problème suivant, et Mme la députée va le reconnaître: anciennement, pour entrer dans un centre d'accueil, il fallait justement ne pas être malade. C'est évident qu'il y en a qui ont 10 ans, 15 ans de longévité dans le centre d'accueil et qu'on n'a pas osé sortir. C'est ce qui fait que les pourcentages vont se

corriger d'eux-mêmes d'ici quelques années.

D'autre part, pour ce qui s'en vient, vous savez qu'on est à faire l'opération Places réelles avec les CRSSS et je pense que cela va contribuer véritablement à connaître les situations plus exactement, à bâtir... D'ailleurs, on a un mécanisme au plan régional pour l'admission qui tient compte précisément de la situation psychosociale et médicale du bénéficiaire pour l'acheminer à l'endroit le plus correct possible pour ne pas qu'on se retrouve à l'intérieur avec des clientèles vraiment diversifiées et des plaintes de personnes âgées qui te rencontrent et qui te disent: Moi, je suis dans une chambre de deux et l'état de santé de l'autre est de nature à ne pas m'aider à rester en bonne santé moi-même. Je l'ai vécu personnellement, encore la semaine passée, en me promenant dans la région de Shawinigan. Je pense que, sur le plan régional, il se fait un travail vraiment efficace.

La politique du troisième âge, en ajoutant la notion de pavillonnement, d'urgence sociale, je pense, va correspondre encore plus correctement aux besoins des clientèles par une évaluation. Je peux vous dire que Québec a fait le travail. Il a fait une expérience: on avait 1200 personnes âgées sur des listes d'attente qui sont passées à 300 et à 250 dernièrement, parce que la durée de trois ans ou de deux ans sur les listes d'attente est tombée à trois mois. C'est nettement différent parce qu'il se fait un meilleur travail d'évaluation, à la fois sur les plans psychosocial et de la santé.

Le budget pour l'alourdissement des clientèles, vous avez posé une question là-dessus. Il n'est pas connu entièrement, effectivement. Cela ne sera que dans quelques semaines, deux ou trois au maximum, que l'ensemble des centres d'accueil auront leur budget pour l'alourdissement.

Il y a les services à domicile aussi sur lesquels il y aura une annonce de budget additionnel. Vous savez qu'on est rendu à tout près de 83 000 000 \$ cette année pour les services à domicile; donc, c'est un effort assez gigantesque quand on regarde le cadre des difficultés budgétaires dans lequel on a dû oeuvrer depuis quelques années. On est rendu à 83 000 000 \$ et je pense bien pouvoir ajouter quelques millions en réaffectant des sommes ou en allant au fonds de suppléance pour pouvoir correctement répondre à cette facette parce qu'il y a beaucoup de personnes qui désirent demeurer chez elles le plus longtemps possible. C'est peut-être collectivement qu'on est responsable du fait que nos gens... Quand je dis collectivement, ce sont les groupes intéressés, y compris les médecins et tout. Si, collectivement, on est rendu à avoir comme premier réflexe le besoin d'une

institution au lieu que ce soit le dernier réflexe... Effectivement, il se fait du travail dans ce sens-là. La politique du troisième âge devrait contribuer à cela parce qu'on veut que la personne âgée soit le plus longtemps possible autonome et indépendante de sorte qu'il faut lui donner des ressources légères et alternatives qui lui permettent de le faire.

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Marie-Victorin.

M. Guy Pratt

M. Pratt: M. le Président, je suis heureux d'entendre le ministre nous dire qu'il compte injecter 83 000 000 \$ dans le maintien des personnes à domicile. Je pense que c'est là une des avenues d'avenir. Car on a beau regarder le problème de tous les côtés, avec les centres d'accueil dans la région de chez nous, dans le comté, mettons les deux comtés, vous en comptez six ou sept qui peuvent loger au plus 100 ou 125 chacun. Cela fait quand même une population assez limitée, si vous regardez le territoire total de la région qu'on couvre.

Je suis heureux d'entendre dire qu'on va mettre 83 000 000 \$ parce que, dans le rapport Spitzer, on dit justement que le ministère des Affaires sociales reconnaît la nécessité d'offrir un substitut à l'hospitalisation et de développer un nouveau plan d'organisation permettant le maintien à domicile, face à un accroissement du nombre des personnes âgées. Ce qu'il dit aussi c'est que, malgré ces intentions, le développement d'alternatives à l'hospitalisation s'amorce à peine.

Sur vos 83 000 000 \$, j'aimerais avoir des précisions et voir décortiquer un peu ce montant. À quoi est-ce appliqué? À des services de type médical, à de l'aide financière directement aux gens qu'on héberge, à des ressources infirmières? Ce qui m'intéresse, c'est non seulement l'annonce des 83 000 000 \$, mais ce qui s'est fait à ce jour. Je vais attendre qu'il m'écoute.

M. Chevette: Je vous demanderais 30 secondes.

M. Pratt: D'accord.

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

M. Chevette: Les 83 000 000 \$ se répartissent ainsi: les deux tiers pour les personnes âgées; l'autre tiers, c'est pour les handicapés et les familles en difficulté. Pour ce qui est des personnes âgées, c'est soins infirmiers ou encore auxiliaires familiaux qui vont rendre des services directement dans les familles ou auprès de la personne âgée.

M. Pratt: Cela, c'est pour les 83 000 000 \$...

M. Chevette: À cela s'ajoutent tout près de 5 000 000 \$ de subventions données à 450 organismes bénévoles qui oeuvrent pour le maintien à domicile.

M. Pratt: Une chose devrait être faite: c'est de publiciser cela. Car dans la population, si vous avez un malade, premier réflexe, on appelle l'ambulance et on s'en va à l'hôpital. On ne tient pas compte qu'il peut y avoir des ressources alternatives sur le terrain.

Alors, je pense qu'il y aura toute une éducation de la population à faire, parce qu'il y a quand même un mouvement de panique qui s'empare des gens quand arrive une situation d'urgence comme cela. Tout de suite, on pense à l'hôpital. Je pense qu'on devra avoir recours beaucoup plus soit à un CLSC, soit à des ressources alternatives pour qu'on puisse garder les gens chez eux.

Je vois que nous avons chez nous - cela doit se faire en d'autres régions aussi - des médecins, une équipe volante qui va à domicile. Alors, cela règle beaucoup de problèmes. Vous avez des gens qui auraient été transportés à l'hôpital mais, comme on a eu la présence d'esprit d'appeler Urgences-santé, vous avez un médecin qui s'est rendu sur place et il a fait l'évaluation médicale, et c'est lui qui juge si on doit acheminer le patient à l'hôpital ou le laisser à domicile avec de l'aide.

Je pense que c'est toute cette approche qu'il faut développer, publiciser et encourager, parce que, sans cela, on va continuer dans la même veine. Les hôpitaux vont rester encore engorgés, les centres d'accueil ne pourront jamais suffire à la demande. On est rendu que dans nos centres d'accueil, quand on devient malade un jour, on est classé. C'est A, A-1, A-2, A-3, A-4. On est des cas lourds ou semi-lourds. En tout cas, on est étiqueté ainsi. Je pense que, du train où on s'en va, nos centres d'accueil vont être remplis à pleine capacité par des cas lourds, effectivement.

Alors, on ne sera pas capable, année après année, de bâtir encore des centres d'accueil et d'aller dans cette ligne. Si on voulait, dans mon comté de Marie-Victorin, bâtir un centre d'accueil, on en serait incapable. Je n'ai pas un terrain vacant dans mon comté pour bâtir un centre d'accueil. C'est aussi clair que cela, à moins qu'on procède à des démolitions. Mais à ce moment-là, il faut vraiment mettre le cap sur des façons alternatives. Et je prône que le maintien à domicile serait beaucoup moins coûteux et pourrait offrir aux gens des services de qualité. Je me dis que c'est dans cette ligne qu'on doit aller. Alors, qu'on fasse l'inventaire des ressources et qu'on

réaménage les budgets afin de favoriser davantage le maintien des personnes à domicile.

M. Chevette: M. le député de Marie-Victorin, je pense qu'on est exactement sur la même longueur d'onde. Quand on regarde l'évolution des coûts des services de santé et des services sociaux depuis des années, il est évident qu'avec des besoins croissants et des ressources financières moindres on n'a pas d'autre choix que de penser à des solutions qui assurent une qualité qui est moins dispendieuse et, de plus, qui répond au vœu de la population j'en suis convaincu. Quand tu n'es pas insécure par nature et que tu sais que tu peux avoir des services chez vous à un moindre coût, tu aimes bien mieux cela que d'aller te faire enfermer dans un centre d'accueil ou bien dans un centre de soins de longue durée. On regarde souvent... À la télévision communautaire, il y a un certain nombre de petits montages qui racontent l'histoire d'un couple - je le vois sans le vouloir parce que bien souvent tu ouvres la télévision et cela passe à toute heure du jour, sur commande, je ne sais pas si cela est par téléphone. On vit très bien le drame d'un couple âgé, par exemple, qui doit se séparer, alors que si la femme... La femme affirme dans le film: Je n'en peux plus, je n'ai plus les capacités physiques de soutenir mon mari, mais si j'avais de l'aide! Le premier réflexe, c'est l'institution, alors qu'effectivement le réseau des CLSC n'est pas complété. Mais dans votre milieu il est au complet, sauf que vous n'êtes pas dans une des régions les plus riches au point de vue ressources. Je pense que c'est la région la moins favorisée, je le reconnais. Je pense bien qu'on va rétablir les faits parce que les subventions qui iront aux régions seront inversement proportionnelles, et non pas les plus favorisées. Mais il faudra commencer aussi, parce qu'on a droit à des services de qualité autant en Montérégie qu'à Laurentides-Lanaudière et qu'ailleurs.

M. Pratt: Je retiens cela.

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Shefford.

M. Roger Paré

M. Paré: Merci, M. le Président, je suis content à deux niveaux de passer après mes deux collègues, le ministre et le député de Marie-Victorin. Premièrement, pour ce qui est de l'engagement du ministre, je vais le prendre comme un engagement qu'il vient de faire en fonction de la région de la Montérégie. Comme je le disais tantôt, oui, c'est la région qui, en population, croît le plus rapidement; donc, les besoins croissent rapidement. Oui, on a fait beaucoup, mais il

reste beaucoup à faire parce que les besoins sont plus pressants et plus grands chez nous en Montérégie que dans les autres régions du Québec, sauf que cela me rassure d'entendre le ministre des Affaires sociales venir dire qu'il va en tenir compte dans ses budgets. On va juste travailler un peu plus pour avoir notre part.

J'étais heureux aussi d'entendre le député de Marie-Victorin donner son appui à l'orientation du gouvernement, de faire en sorte d'utiliser davantage des mesures alternatives, dont les soins à domicile. On a dit le nombre de millions de dollars consacrés sur le présent budget pour s'assurer que les gens vont vivre dans leur milieu et vont avoir les services nécessaires dont ils ont besoin, comme je disais tantôt, centres de jour, entre autres, pour pouvoir leur donner des soins et aussi les occuper davantage. Donc, je suis content et j'espère que si on suit sa suggestion de le publiciser de façon que les gens puissent être mis au courant que ce service existe et qu'ils puissent en profiter davantage, et ne pas penser tout de suite aux mesures maximums qui sont ou centres d'accueil ou centres hospitaliers, on ne se fera pas critiquer par les membres de sa formation politique pour avoir utilisé de l'argent pour faire de la publicité. C'est une obligation comme gouvernement, justement, de sensibiliser les gens à des mesures comme celles-là qui existent.

Je voudrais ramener quand même certaines réalisations qui ont été faites, non seulement qui ont été faites mais qui se poursuivent, des crèches qu'on a choisies depuis 1976 pour donner un meilleur service au niveau des Affaires sociales. Il ne faudrait pas oublier que, depuis 1976, il s'est rajouté 1628 lits en centres hospitaliers de courte durée et 1015 en centres hospitaliers de longue durée. Donc, même s'il y a des mesures alternatives, il y a aussi beaucoup de construction parce que les besoins sont là et on doit y répondre. Tous ces ajouts de lits ont été faits sur l'ensemble du territoire québécois.
(11 h 15)

Il y a aussi le maintien durant l'été des lits ouverts dans les centres hospitaliers qui nous coûtent 3 000 000 \$ par année. On a eu une question dernièrement là-dessus. On s'inquiétait de cela, sauf qu'on prend les mesures nécessaires pour que, durant toute l'année, y compris la période estivale, les soins puissent continuer. Il y a aussi l'ajout qu'on a amené comme mesure importante pour les gens qui sont touchés: la gratuité du transport hospitalier, autant pour le transport entre les établissements que pour les personnes âgées. Donc, c'est un autre service qui a été apporté, qui est une économie pour les gens touchés et qui est inclus dans les programmes gouvernementaux qui ont été

amenés et qui continuent. Les médicaments gratuits qui ont coûté au gouvernement 750 000 000 \$, cela aussi, c'est important et cela fait partie des mesures à apporter pour améliorer la condition de la santé des Québécois et des Québécoises.

Il y a aussi, et je pense que c'est important de le rappeler, la rationalisation des services pour accès accru aux services et, parmi ces mesures apportées, il y a la rationalisation et la fusion des établissements lorsque c'est possible. Quand on réussit à fusionner des administrations de services complémentaires ou de services semblables, cela veut dire des économies administratives. Donc, le même argent peut être investi dans le service directement aux bénéficiaires. De plus, il y a eu la coordination des urgences dans les grands centres à Montréal en 1981 et à Québec en 1984. On a commencé la discussion sur les urgences ce matin. Il y a eu quelque chose de fait. La coordination des urgences, c'est beaucoup mieux que c'était. Cela ne veut pas dire que tout est réglé, encore une fois. De toute façon, les problèmes évoluent, donc les solutions aussi doivent s'ajuster. Il y a eu l'ajout de nouveaux programmes. Parmi ceux-là, la médecine nucléaire, l'hémodialyse, c'est un nouveau programme qui a été ajouté. Cela n'a pas été fait seulement dans les grands centres, je le disais tantôt. Pour nous cela a été fait à Granby; cela a été fait à Saint-Hyacinthe dans notre région et cela a aussi été fait ailleurs. Je ne pourrais pas vous donner toute la liste, mais cela ne s'est pas fait seulement chez nous, j'en suis certain. La transplantation rénale et deux urgences de soins pour grands brûlés ont été annoncées dernièrement. Donc, je pense que c'est complet dans les services que l'on donne et je suis heureux de voir que la Montérégie va être favorisée et qu'en plus le député de Marie-Victorin est d'accord avec l'orientation que l'on donne. C'est surtout le maintien à domicile qui est important.

Le **Président (M. Lafrenière)**: M. le député de Saint-Laurent.

M. Germain Leduc

M. Leduc (Saint-Laurent): M. le Président, je voudrais revenir à la question que j'ai posée tantôt. Le ministre a répondu à peu près n'importe quoi. J'ai eu droit à du charriage. Je reviens à ma question. Je voudrais que le ministre m'indique s'il trouve qu'il y a assez de lits pour le secteur nord de Montréal. Que le ministre soit rassuré, si on n'a pas besoin de ces lits, je vais être le premier à le reconnaître. Je ne suis pas plus intéressé que lui à investir dans le béton si ce n'est pas nécessaire, mais je voudrais que le ministre me dise qu'il y a des lits en nombre suffisant. À ce moment-là, il n'y a

pas lieu d'investir dans le béton et, s'il n'y a pas de lits suffisants, il faudrait peut-être répondre à la demande de la population.

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

M. Chevette; M. le Président, dans le nord de Montréal - cela a été longuement discuté en commission parlementaire - il y a véritablement une concentration de personnes âgées. Il peut y avoir au moment où l'on se parle le plus haut taux existant d'hébergement par rapport à la population, mais en manquer quand même. Ceci dit, cela peut être des HLM comme ressource alternative. Vous irez voir le taux et cela a été longuement décrit par Mme Lavoie-Roux, je pense, et le député de Bourassa, M. Patrice Laplante, en commission parlementaire la semaine dernière. Cette année, cela dépend de quoi on parle. Parle-t-on de l'hébergement léger du style HLM qui relève de l'habitation? Parle-t-on de personnes vraiment en centre d'accueil et d'hébergement? Parle-t-on de soins de longue durée, de malades chroniques ou de lits de soins de courte durée? Je vous dis ce qu'il y a de prévu pour cette année d'une façon et il y a une somme assez imposante à la Cité de la santé de Laval qui dessert le nord aussi, de 15 000 000 \$, puis on va préciser le nombre de lits de façon subséquente. Je vous dirai exactement le nombre de lits de telle nature et de telle nature.

M. Leduc (Saint-Laurent): M. le Président, si vous me le permettez... On nous indique que les lits actuellement occupés par les malades chroniques ne peuvent pas être libérés pour la simple raison que ces malades chroniques sont des cas lourds dans 99 % des cas. Que va-t-on en faire?

M. Chevette: Il va y avoir, pour Sacré-Coeur, exactement le même processus qu'il y a eu pour les autres. Le plan qu'on a mis sur pied, auquel réfère d'ailleurs le Dr Spitzer, qui a prévalu pour six hôpitaux, l'année passée, va s'appliquer exactement, également, à Sacré-Coeur, par exemple. On va parler de la question d'urgence, on va penser aux ententes de pavillons versus centres d'accueil, versus centres hospitaliers. Nous allons suivre exactement la même procédure et c'est même commencé. Avec Sacré-Coeur, on appliquera le même programme qu'on a appliqué aux six autres l'an dernier. On est en train de le faire.

M. Leduc (Saint-Laurent): Les hôpitaux nous disent constamment que, si le quota affecté aux malades chroniques était respecté dans tous les cas, ils pourraient répondre aux besoins de la population. Est-ce

que c'est un principe auquel vous tenez, les fameux quotas? Est-ce que vous entendez les faire respecter et les respecter vous-même? Parce que, bien sûr, si vous ne les faites pas respecter, vous ne les respectez pas vous-même. C'est un quota de 10 % et c'est rendu à 30 %. Je veux savoir ce que vous pensez de ces fameux quotas. Si, définitivement, cela doit être 20 % ou 30 %, bien mettez-les à 20 % ou 30 %, c'est à 10 % et ce n'est jamais respecté.

M. Chevette: Les quotas, d'abord, ont été introduits par votre formation politique et je pense que cela avait un certain bon sens; d'accord? Parce que, si on laissait aller n'importe quel pourcentage à la va-comme-je-te-pousse dans n'importe quel centre hospitalier, on se ramasserait comment en bout de course? On se ramasserait avec des ensembles hospitaliers qui changeraient leur propre vocation eux-mêmes. C'est beaucoup plus la rationalisation régionale qu'il faut faire. Je suis d'accord qu'il faudra peut-être changer des quotas dans certains établissements en leur demandant, précisément, de changer de vocation à ce moment, si on le fait. Mais, si on pense que dans chacun des hôpitaux on enlève tout cela, vous verrez ce qui arrivera à court terme. Cela n'aurait pas de bon sens. Il y a des spécialités qu'on a mises sur pied et il y a des vocations spécifiques qu'on a confiées à certains centres hospitaliers. Il faut aussi traiter ces patients. Donc, je pense qu'il faut maintenir cela.

M. Leduc (Saint-Laurent): Je suis parfaitement d'accord, je vous suis. Il faut les respecter, mais pourquoi ce n'est pas respecté? Je suis parfaitement d'accord avec vous. C'était une bonne mesure introduite par le Parti libéral; je suis d'accord.

M. Chevette: Si vous êtes d'accord avec moi, vous êtes d'accord, à ce moment, avec le processus que le ministère a employé pour essayer de changer des types de vocation, précisément, de certains centres hospitaliers. On est toujours pris avec le sub judice, mais on voyait suffisamment clair pour dire: Il faut traiter ce type de patients, cette clientèle. Il nous faut donc trouver le nombre de lits nécessaires et cela nous amène à proposer des changements de vocation sur le plan régional en conservant les spécialités dans les autres, etc. On suit la procédure, mais est-ce que je vais agir par législation pour enlever de l'autonomie face au changement de vocation? Je ne pense pas que ce soit la méthode. Je pense que la méthode, c'est d'en arriver par la persuasion et la concertation régionale à se réorienter en fonction des clientèles que nous avons, tout en maintenant les qualités de base dans d'autres, en disant: Oui, il nous

faut trouver le nombre de lits suffisants pour nos personnes âgées. Si vous avez des tuyaux à nous passer pour régler cela hors cour, passez-les-nous. On aurait plusieurs lits disponibles demain matin.

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Marie-Victorin.

M. Guy Pratt

M. Pratt: Je reviens encore aux soins à domicile. Je retrouve dans le rapport Spitzer une suggestion intéressante au paragraphe 3. 3. On dit: "Nous suggérons qu'il existe un besoin tout aussi grand de médecins participant au transport des patients afin de les ramener de la salle d'urgence à la maison autant qu'il en existe un pour les amener de la maison à la salle d'urgence." Nous ne pouvons éliminer la possibilité qu'il existe beaucoup d'hésitations - et cela, c'est un fait - à retourner le patient à domicile. Alors, il reste à l'urgence et, lorsque le médecin appelle la famille pour dire de venir le chercher, qu'il est temps qu'il s'en aille parce qu'on va avoir besoin de son lit, là c'est le drame. On reçoit des appels au bureau de comté et on dit: Ils sont inhumains, ils le mettent dehors, ils ne sont pas capables de s'en occuper. C'est sûr qu'il n'est pas rétabli, on va l'avoir sur les bras, ainsi de suite. C'est le drame. Alors, cette suggestion qu'il y ait des médecins accompagnateurs qui vont faire non seulement l'accompagnement, mais, après coup, le suivi des visites à domicile... On indique ici qu'un tel service pourrait être rémunéré de façon que les omnipraticiens soient encouragés à donner de meilleurs services à domicile plutôt que de s'en éloigner. De plus, la formule de remboursement des médecins qui effectueraient des visites de suivi chez des personnes récemment vues en salle d'urgence devrait inciter les médecins de façon que nous amorçons un changement graduel des soins pour des cas non urgents à l'hôpital vers des services assurés de ces cas à domicile. Je trouve que c'est une avenue intéressante là aussi et, si on pouvait s'assurer que le médecin irait à domicile après coup, la famille accepterait beaucoup plus facilement qu'on lui retourne un malade qui occupe effectivement un lit et qui contribue précisément à engorger les urgences. Je trouve que c'est une avenue intéressante. On nous disait en commission parlementaire, la semaine dernière, qu'on a un surplus de médecins au Québec. On pourrait peut-être en affecter quelques-uns dans les hôpitaux, qui feraient précisément - je ne vais pas vous dire du "curb service", mais, enfin, vous comprenez l'expression - qui pourraient aller à domicile. Je pense que ce serait une des façons de décongestionner;

sans cela, je pense qu'on va continuer à parler, année après année, des congestions dans nos salles d'urgence. Il faut vraiment qu'on mette de l'avant des méthodes, des façons de faire, qu'on expérimente et qu'on ait recours à toutes les façons possibles pour que les gens demeurent chez eux dans des conditions acceptables. Il faut qu'ils aient de l'aide de médecins et d'infirmières, et d'autres soins pourraient leur être donnés.

M. Guy Chevette

M. Chevette: Je suis content que vous ajoutiez aussi les infirmiers ou les infirmières parce que la nature des soins n'est pas nécessairement reliée au statut. Cela pourrait être aussi bien du personnel de soutien infirmier qui serait suffisant dans les circonstances...

M. Pratt: Absolument.

M. Chevette:... et qui serait de nature à rassurer.

C'est d'ailleurs une proposition qu'il va nous falloir scruter à la loupe ainsi qu'examiner les conséquences, les impacts, comment les organiser, de qui cela devrait relever, etc. La pratique médicale elle-même a changé. Anciennement, on ne traitait pas autant dans les CH, les centres hospitaliers. Aujourd'hui, on regarde la progression des actes posés en établissement et son impact budgétaire dans les centres hospitaliers. L'inverse maintenant. Est-ce que cela devrait relever des équipes multidisciplinaires d'une certaine façon? Il pourrait y avoir des équipes reliées à des CLSC qui sont directement branchés sur les urgences et qui pourraient agir en complémentarité. Effectivement, quand le réseau des CLSC sera complété dans certaines régions, c'est souvent par des ressources relativement légères qu'on pourrait améliorer cette qualité des soins. Soyez assurés que ces recommandations du rapport Spitzer seront étudiées. Je suis heureux, d'ailleurs, que vous considériez qu'il y a un rapport extrêmement intéressant qui n'axe pas exclusivement le débat au niveau de la finance, mais qui l'axe au niveau de l'organisation, au niveau du souci de la qualité. Je pense que c'est important. Il y a un aspect financier, je ne le nie pas. Au moins, le premier réflexe du rapport Spitzer n'est pas axé exclusivement dans le sens de: Mettez tant d'argent et vous allez régler votre problème. Ce n'est pas cela. Si vous voulez améliorer, commencez par regarder votre fonctionnement administratif. Après, on constate les lacunes.

Le Président (M. Lafrenière): Mme la députée de Mégantic-Compton.

Mme Madeleine Bélanger

Mme Bélanger: M. le ministre, concernant les services de maintien à domicile, bien que la population regroupant les personnes du troisième âge est très minoritaire, elle occasionne tout de même 37, 4 % des dépenses publiques de santé. Une des raisons majeures qui explique ce fait, c'est l'utilisation massive des ressources institutionnelles qui est pratiquée pour les personnes de cet âge. Ce qu'il y a de plus grave, c'est que, malgré les bonnes intentions de tous les ministres des Affaires sociales qui se sont succédé le nombre de personnes âgées en établissement ne diminue pas. Il ne fait, au contraire, qu'augmenter. En 1977, 6 % de la population de 65 ans et plus était hébergée en centres d'accueil ou en centres hospitaliers, soit 27 463 personnes, tandis qu'en 1983 ce pourcentage a grimpé à 7, 3 % pour presque doubler le nombre de bénéficiaires. (11 h 30)

En 1985, qu'en est-il? Le gouvernement proclame, depuis quelques années, que l'ère du maintien à domicile est arrivée et, livre vert après livre vert, les chiffres démontrent la situation contraire. Pour l'année 1983-1984, la hausse nette du budget consacré aux services de maintien à domicile a été nulle. On répondra que pour 1984-1985 le gouvernement a ajouté 10 000 000 \$ à ce budget. Mais, lorsqu'on considère le nombre des personnes âgées qui sont laissées sans services et qui s'empressent, pour plus de sécurité, de faire une demande de placement, on ne peut que croire que ces 10 000 000 \$ constituent un bien faible effort dans la mise sur pied d'une politique intégrée de maintien à domicile.

L'implantation du réseau de CLSC pourrait nous laisser penser une fois de plus qu'on développera d'autant les services en milieu naturel. Pourtant, il n'est pas assuré qu'on ajoutera beaucoup plus de personnel dans ce genre d'activité. La tendance laisse plutôt croire qu'on n'effectuera qu'un transfert de personnel des centres de services sociaux vers les centres locaux de services communautaires sans ajout d'effectifs supplémentaires.

Le problème des personnes âgées est très actuel et c'est maintenant que doit s'effectuer la transition. Le gouvernement devrait démontrer une véritable volonté politique pour en arriver à réduire les listes d'attente de placement en centre d'accueil qui sont au même niveau depuis trois ans dans certaines régions.

J'aimerais savoir, de la part du ministre, s'il remédiera enfin à l'incohérence de ses mesures à l'égard du troisième âge et s'il consent un effort financier beaucoup plus grand en ce qui concerne les services de

maintien à domicile, étant donné que ce serait beaucoup moins dispendieux de maintenir les personnes de troisième âge à domicile qu'en institution.

M. Chevette: Mme la députée, vous avez affirmé qu'il n'y avait pas d'argent dans les CLSC, est-ce que j'ai bien compris?

Mme Bélanger: J'ai dit que pour les effectifs, l'implantation du réseau de CLSC pourrait nous laisser penser qu'on développerait plus les services de maintien à domicile, mais on constate qu'on transfère les effectifs d'un centre à l'autre.

M. Chevette: Je m'excuse. Il y a le transfert des CSS aux CLSC qui est effectivement un transfert pur et simple de juridiction. Mais j'ai aussi annoncé 7 000 000 \$, plus une deuxième tranche de 2 000 000 \$ qui m'est arrivée tout dernièrement, que j'ai gagnée, ce qui fait 9 000 000 \$. C'est-à-dire qu'on va y aller autrement. Dans les 7 000 000 \$, il y a 4 200 000 \$ au niveau de la consolidation, c'est-à-dire de l'argent qu'on remet à des CLSC existants, en plus de ce qu'ils ont présentement, pour des effectifs additionnels. Cela peut être en périnatalité, cela peut être en soins à domicile. Il y a une partie qui va aux différentes vocations des CLSC.

Il y a aussi le reste, ce qui veut dire 2 800 000 \$ pour l'implantation d'un nouveau CLSC qui aura quelques effectifs de services à domicile aussi. Et il y a, en plus de tout cela, 2 000 000 \$ additionnels spécifiquement pour des services à domicile, de sorte qu'il y a des nouvelles sommes véritablement. Il y en a pour une partie des 2 800 000 \$, une partie des 4 200 000 \$ et il y a les 2 000 000 \$, de sorte que cela peut faire 3 500 000 \$, 4 000 000 \$ pour les services à domicile. Ce sont des sommes nouvelles, cette partie, pour 1985-1986.

Mme Bélanger: Mais qu'en est-il pour 1985-1986...

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Saint-Laurent.

M. Leduc (Saint-Laurent): M. le Président, on parle beaucoup de soins à domicile. Je ne pense pas qu'on puisse régler tous les problèmes avec les soins à domicile, mais je pense que ce serait une amélioration. Il y a peut-être une chose qu'il va falloir reconnaître, c'est qu'on n'améliorera pas beaucoup les soins à domicile si on ne paie pas adéquatement les médecins. Est-ce qu'il est acceptable, est-ce qu'il est raisonnable qu'on paie un médecin, pour une visite de jour, 25 \$ ou 27 \$ et, pour une visite de nuit, 30 \$, alors que, si vous faites venir un réparateur de réfrigérateurs, de cuisinières,

cela va vous en coûter 75 \$? Je ne veux pas dilapider les deniers de l'État, mais je pense que, si on veut structurer, si on veut organiser les soins à domicile, il va falloir commencer par payer décemment les médecins.

M. Chevette: Est-ce que c'est une question ou si...

M. Leduc (Saint-Laurent): Oui, c'est une question, est-ce que vous entendez réviser la tarification pour les médecins pour les visites à domicile?

M. Guy Chevette

M. Chevette: Tout d'abord, vous comprendrez que je ne commencerai pas à négocier à l'Assemblée nationale la rémunération des médecins ou même les modes de rémunération des médecins. Ce serait irresponsable de ma part de commencer à vouloir échanger au moment même où on sait qu'on prépare des mandats de négociation au ministère pour aller au Conseil du trésor pour voir s'il y a une possibilité de conclure des ententes ou pas.

M. le député de Saint-Laurent, je reconnais que, si l'on fait des comparaisons strictes avec d'autres provinces ou d'autres endroits, les médecins au Québec peuvent être payés en deçà de certaines moyennes, je reconnais cela. Mais je reconnais du même souffle qu'il y a d'autres groupes de travailleurs au Québec qui ont dû, dans le cadre de la crise économique, de la crise budgétaire, subir des ponctions assez sévères, ce qui a conduit le gouvernement à établir une politique salariale. Je pense qu'il nous faut, en gens responsables, être cohérents dans notre politique salariale envers l'ensemble des groupes qui ont à négocier et à transiger avec le gouvernement. On ne peut permettre à des groupes de rattraper tout le retard dû à cette crise économique alors que d'autres ont dû subir même les foudres de l'Assemblée nationale pour lesquelles tout le monde a voté. Il faut être cohérents, il nous faut absolument négocier de bonne foi, reconnaître des choses mais, de là à aller établir des patterns qui seraient au détriment même des autres groupes qui ont dû subir les contraintes, je crois que je manquerais le bateau. Je vais négocier de bonne foi avec eux - mais pas à l'Assemblée nationale - via les tables de négociation et mes porte-parole qui sont nommés.

M. Leduc (Saint-Laurent): Ce n'est pas ce que je veux. Je demande simplement si vous reconnaissez que cette tarification est inadéquate si vous voulez organiser les soins à domicile d'une façon adéquate.

M. Chevette: Je pourrais vous dire que

la tarification est inadéquate et du même souffle vous dire que c'est le mode de paiement et de rémunération lui-même qui est inadéquat et j'arriverais peut-être à des conclusions complètement différentes des vôtres. Si vous jugez un acte payé à l'urgence, on peut faire le constat que tel acte est tout à fait insuffisant par rapport au problème qui nous confronte et regarder que d'autres actes sont vraiment aberrants. D'autant plus que vous savez pertinemment, M. le député, qu'il y a dans ces négociations des types d'actes qui sont payés X dollars. On se rend compte que d'une négociation à l'autre il y a évolution dans la pratique médicale. Il y avait des examens partiels qui valaient tant, des examens complets qui valaient tant et des examens généraux ou complets majeurs qui valaient tant. D'une convention à une autre, on voit l'évolution en pourcentage du type d'examen réclamé. Quand on a la responsabilité des paiements, on est obligés de regarder ces constats et, quand on vient pour négocier, on dit: Bien, écoutez! cela devient un peu aberrant, les pourcentages ont changé un peu fort. Ce sont des rémunérations à l'acte, il ne faut pas l'oublier. Il y a quelques expériences qui se font à la vacation et au salariat dans les centres d'accueil. Cela fait partie du portrait global de la négociation qu'on doit conduire avec la FMOQ et la FMSQ dans les semaines qui viendront.

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Pontiac.

M. Robert Middlemiss

M. Middlemiss: Merci, M. le Président. Tout à l'heure, le ministre répondait qu'on a construit l'hôpital de Gatineau. Le Dr Tessier disait que c'est bien beau d'avoir des hôpitaux mais que, si on n'a pas le personnel et si une personne part, le château de cartes disparaît. Premièrement, est-ce que le ministre a l'intention de faire quelque chose pour la formation du personnel dans l'Outaouais? Deuxièmement, dans mon intervention j'ai dit que le Dr Allard mentionnait qu'il manquait 350 000 \$ d'instruments pour l'hôpital, le centre hospitalier régional de l'Outaouais. Est-ce que le ministre a l'intention d'accéder à cette demande et si oui quand?

M. Chevette: En ce qui regarde le budget d'équipement, il est sous examen. Pour ce qui est de la formation du personnel, cela m'intrigue beaucoup plus parce que, normalement, chaque centre a son programme de formation et son programme de recrutement en fonction des besoins en ressources. Est-ce que c'est parce qu'il manque de ressources dans le bassin régional? Je ne comprends pas le sens de la

question, j'aimerais cela qu'on...

M. Middlemiss: Dans le moment, je pense que le centre hospitalier de Gatineau n'est affilié à aucune université et le problème... Ce qu'ils disent c'est qu'on peut recruter des membres mais, s'ils ne viennent pas de la région, c'est un peu un problème. Ils sont là pour un certain temps et ils repartent. Mais, s'il y avait une formation dans la région, les chances seraient qu'on pourrait les garder là.

M. Chevette: Ça, je le comprends. C'est le phénomène de rétention de la main-d'oeuvre dont vous parlez. Donc, premièrement je peux vous dire qu'il y a 41 hôpitaux universitaires, je pense, au Québec sur 200 à 250; en tout cas, mettons que c'est 225. Il y en a 41. Vous êtes donc, si j'ai bien compris vos propos, à la fois à la recherche d'un statut de centre hospitalier universitaire mais en parlant d'autres... Non?

M. Middlemiss: Il est affilié.

M. Chevette: Ah, il est affilié, cela peut être une question de...

M. Middlemiss: Parce que déjà, si l'on prend le centre hospitalier Pierre-Genest dans la psychiatrie, ils sont affiliés à l'Université d'Ottawa...

M. Chevette: C'est un centre...

M. Middlemiss:... mais l'hôpital de Gatineau ne l'est pas. Vous avez dit: On a construit un hôpital, on vous donne une bâtisse. Vous nous donnez une bâtisse mais il n'y a pas suffisamment de personnel pour donner tous les soins nécessaires. Vous savez sans doute qu'il y a une partie de l'hôpital qui ne fonctionne pas présentement.

M. Chevette: Je comprends mais, dès que vous voulez vous affilier à un centre universitaire, cela devient un centre universitaire pour nous; pour les fins de la discussion, c'est ce que je veux dire. Oublions que vous puissiez pour le moment être affilié à une université. Le phénomène de rétention de la main-d'oeuvre spécialisée n'est pas unique à l'Outaouais. Mme la députée de Mégantic-Compton pourrait vous en dire quelque chose. On est obligé de prendre des décisions assez... Ce n'est pas encore réglé mais cela va se régler, madame. Pour votre information, c'est rendu, les lettres sont signées. Donc, pour contrer votre allégation de tantôt que je ne réglais pas, c'est signé, c'est rendu à la RAMQ.

Mme Bélanger: Là, c'est le manque d'anesthésistes. Ils ne sont pas capables d'en avoir. Depuis encore quatre jours qu'ils n'ont

pas d'anesthésiste, ils sont obligés de faire des transferts.

M. Chevette: Au niveau des anesthésistes, je l'ai dit tantôt, en anesthésie et en psychiatrie, on a décontingenté. Oui, on a des problèmes au Québec, il manque d'anesthésistes au moment où il y a d'autres spécialités qui en ont de trop.

Je peux vous dire une chose c'est qu'on a des équipes d'itinérance et on peut avec une section spéciale du ministère répondre aux besoins urgents, ce qu'on appelle une équipe de dépannage. On pourrait parler longuement là-dessus mais je peux vous dire une chose. À moins qu'il y ait concertation délibérée pour empêcher que cela fonctionne, je vous dis qu'il y a possibilité d'organiser de l'itinérance, du dépannage. Ça, c'est clair. Si on ne réussit pas à régler des problèmes au niveau de la négociation, il y a des articles qui vont permettre de procéder et, dans le cas de Mégantic, cela a été réglé la semaine dernière. Je crois que cela a été signé jeudi dernier, madame.

Pour revenir à la question de M. le député de Pontiac, je comprends que vous croyez que l'affiliation universitaire serait le remède au phénomène de rétention. Possiblement. C'est bien sûr que, si on s'affilie à une université, nos résidents et nos internes y vont massivement, cela aide à avoir une main-d'oeuvre minimale. L'objectif du ministère, c'est d'avoir une main-d'oeuvre minimale dans l'ensemble du Québec, pas seulement dans des centres universitaires, c'est cela le problème. On a quatorze incitatifs, présentement, à négocier pour pouvoir attirer des personnels compétents. Cela va de la rémunération majorée à la prime d'établissement, à la bourse d'études, le ressourcement médical. Je pense qu'on a fait preuve de passablement d'imagination dans ces mesures incitatives qui ne portent pas encore fruit pour l'ensemble, mais qui vont commencer à en porter plus concrètement à compter du 1er juillet, parce qu'il y en a d'autres dont l'effet va être concrétisé au 1er juillet.

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Saint-Laurent.
(11 h 45)

M. Leduc (Saint-Laurent): M. le Président, un des problèmes de l'engorgement des urgences serait dû au nombre insuffisant de médecins. Si nous regardons le rapport Spitzer, on nous dit, à la page 79, que "le mode de rémunération à l'acte assure un revenu qui est fonction du volume de la clientèle qui se présente à l'urgence. Nous pensons que ce système favorise une planification du nombre des médecins présents à l'urgence à partir du niveau requis pendant les périodes tranquilles. Ainsi, cette situation incitera à la réduction du nombre

de médecins présents à l'urgence. Une approche qui serait fondée sur la rémunération à la vacation pourrait empêcher ce phénomène de réduction des effectifs." Alors, est-ce que vous envisagez de modifier ce mode de rémunération qui est une cause directe du manque de médecins, d'omnipraticiens et de spécialistes sur le plan de l'urgence?

M. Chevette: C'est un sujet qui touche carrément la négociation, si vous parlez de rémunération à la vacation, et qui touche également les pouvoirs de décision dans les salles d'urgence. Oui, nous allons l'étudier très sérieusement; on doit l'étudier très prochainement à part cela, parce qu'on risque d'entamer les négociations d'ici quelques semaines à peine.

Deuxièmement, quand vous parlez de manque de médecins, si j'ai bien compris, c'est le manque de médecins avec pouvoirs de décision à l'urgence et non pas nécessairement "manque" de médecins.

M. Leduc (Saint-Laurent): Ce sont les spécialistes et, dans certains cas, les omnipraticiens.

M. Chevette: Il y a des omnipraticiens, également, à l'urgence. Cela, si on se comprend bien, c'est le manque de pouvoirs d'individus. Ce que j'ai décelé du rapport Spitzer, à moins que je l'aie mal interprété, c'est vraiment une question de pouvoirs, d'abord de ceux qui y sont, et c'est peut-être cela la clé. Avec des équipes souples, là où on a été capables de créer et de mettre sur pied des équipes souples dans certains hôpitaux, en quantité, et de demander aux médecins de l'institution de partager le boulot à l'urgence, on a beaucoup moins de problèmes qu'on en avait. Mais je vais regarder cela d'une façon très spécifique.

M. Leduc (Saint-Laurent): Oui, parce que vous me parlez constamment des négociations, mais, moi, je parle également des patients. Un instant! Je veux bien qu'on parle des négociations, mais il faudrait également s'occuper des bénéficiaires, des patients, des gens qui vont là pour recevoir des soins. Je pense que ce sont vraiment eux, les clients. C'est la personne, je pense, qui est la plus importante dans les circonstances.

M. Chevette: Vous me dites qu'il n'y a pas de négociations. Je m'excuse, mais il y a de la négociation dans cela. La preuve, c'est que dans les urgences à faible débit où on n'était pas capables d'avoir de médecins, cela a fait l'objet d'une entente spécifique avec la FMOQ, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, à vacation ou acte. Cela va être la même chose lorsqu'on

s'adressera à la FMOQ ou à la FMOQ, cela fait l'objet du présent cadre de négociation. C'est un objet de négociation. Je n'aime pas utiliser le mot, mais cela s'appelle négociation. Ils sont reconnus en vertu de la loi de la RAMQ comme ayant le pouvoir de négocier. Je ne peux pas décider unilatéralement, pour un acte à poser, le prix unique, c'est prévu qu'ils ont le pouvoir de négocier. Donc, cela joue un rôle, évidemment.

Le Président (M. Lafrenière): Je constate qu'il nous reste vingt minutes. M. le ministre, vous avez les dix premières minutes.

M. Chevette: Je constatais qu'il en restait dix, M. le Président. C'est pour cela que...

Le Président (M. Lafrenière): On a commencé à 10 h 9.

Conclusions

M. Guy Chevette

M. Chevette: D'accord, cela n'est pas grave. Je m'aperçois qu'on a apporté beaucoup d'attention au rapport Spitzer, ce matin. Je suis très heureux et je peux vous dire qu'il fait l'objet présentement d'études spécifiques à mon ministère, dans nos directions. On a demandé également l'avis du CRSSS de Montréal sur ce rapport. Déjà, il touche du doigt certaines observations que nous avons faites au ministère et qui nous avaient permis de mettre de l'avant un système en vue d'améliorer la situation à Montréal, système qui est d'ailleurs en application, qui porte ses fruits, mais où il reste plusieurs phases à améliorer parce qu'on se rend compte que, là où on avait permis l'ajout de lits, ce n'est pas encore fait ou cela se fera en juin, en juillet. Au moins, il y a des étapes de franchies, il y a un effort de fait, il y a une volonté, je pense, au niveau du réseau, de régler cette situation, non pas nécessairement par l'arrivée massive d'argent qu'on n'a pas, mais par la réorganisation administrative du jumelage. Même si on dit qu'il n'y a pas eu d'argent, il y a quand même eu 6 300 000 \$ d'ajoutés spécifiquement pour le problème des urgences de Montréal.

Je voudrais aussi dire que ce rapport nous servira sans doute au cours des prochains mois. Il servira même à alimenter les réflexions non seulement du ministère mais aussi de la commission d'enquête qui sera annoncée très prochainement, ce qui nous permettra de faire des recommandations concrètes et détaillées - peut-être des manières de fonctionner - qui iront plus dans le détail même que les orientations qui se

dégagent du rapport Spitzer.

Je suis persuadé aussi que nous devons continuer, comme ministère des Affaires sociales, à vous préoccuper des soins de qualité en périphérie de Montréal comme on a commencé à le faire d'une façon très énergique dans Laurentides-Lanaudière, sur la rive sud, à Le Gardeur, Châteauguay, Pierre-Boucher. Je pense qu'il y a un effort, précisément à ce niveau, pour donner des soins de qualité et permettre la rétention des bénéficiaires dans leur propre milieu, dans leur propre région.

Il y a une question d'équipement aussi, bien sûr. Plus on dotera nos régions, nos capitales régionales d'un équipement de qualité, plus cela contribuera au mécanisme de rétention des bénéficiaires en région et on épargnera, à ce moment-là, sur les soins ambulanciers, parce qu'on sait qu'il y a tout un phénomène qui se produit. Je regardais uniquement la médecine nucléaire installée à Juliette, par exemple. On peut épargner une très large portion des frais de fonctionnement par l'économie qu'on fera sur les services ambulanciers. Il va de soi que, lorsqu'on veut équiper nos capitales régionales d'une façon décente et permettre d'avoir dans chacune de nos régions du Québec un minimum de spécialités, un minimum d'équipements spécialisés, cela contribue également au phénomène de rétention dont les villes écopaient des factures antérieurement.

Je voudrais réitérer à la fin de cette commission que je suis content du bilan du ministère des Affaires sociales depuis quand même huit ans. Il y a eu injections massives en pleine période de difficultés financières. Je pense que le gouvernement y a mis du sien au niveau des centres d'accueil par l'ajout de lits: 12 000 lits dans une période difficile, comparativement à 2000 quand on nageait dans le trèfle aux genoux, comme on dit par chez nous.

Les soins à domicile: 7 000 000 \$ en 1973; 84 000 000 \$ en 1985-1986; les organismes bénévoles: 450 qui oeuvrent au niveau des services à domicile présentement, 5 000 000 \$. Il n'y avait rien avant. Il y a eu un effort soutenu; il y a eu un effort d'imagination pour trouver les ressources alternatives: le pavillonnement, l'urgence sociale, les centres de jour. On a essayé de développer dans le réseau des affaires sociales cette force imaginative pour améliorer les soins et les services sans toujours penser au standard et au traditionnel qui coûtent des fortunes et que les Québécois ont de la difficulté à se payer.

Je suis persuadé que la commission d'enquête que nous allons mettre sur pied nous apportera des propositions très concrètes qui tiendront compte des réalités face aux besoins et également aux limites financières qui nous confrontent

quotidiennement. Cela nous permettra de "prioriser" nos actions afin d'améliorer la qualité des services directs que les personnes, quel que soit leur âge, sont en droit d'obtenir.

Dans les circonstances, je regardais cette année l'effort gouvernemental consenti qui n'apparaît pas comme tel aux crédits, parce que le député de Brome-Missisquoi pourrait très bien dire... C'est vrai, il l'a reconnu, à cause du changement de la RAAQ, les 90 000 000 \$, etc. L'effort consenti n'apparaît pas au budget pour celui qui ne le gratte pas. Il y a eu un effort consenti et je peux vous dire que déjà j'ai obtenu des sommes additionnelles. Cela nous permet d'augmenter encore les efforts. J'espère qu'on va continuer, même au budget supplémentaire traditionnel de l'automne, à aller en chercher encore davantage pour pouvoir précisément améliorer nos secteurs les plus névralgiques, mais sans pour autant garrocher nos sommes d'argent dans quelque chose qui serait plus ou moins important, urgent ou crucial dans les circonstances. Donc, à se regarder, on se désole et à se comparer, on se console.

Le Président (M. Lafrenière): M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Pierre-J. Paradis

M. Paradis: Le ministre est peut-être le seul, dans la société québécoise, à se consoler. Il est peut-être le seul, avec ceux et celles qui viennent l'encenser, à être fier de ce qui s'est passé depuis 1976.

Je vais partager la période, M. le ministre; de 1976 à 1980 et de 1980 à 1985. Vous avez peut-être raison d'être fier de ce qui s'est passé de 1976 à 1980 dans la continuité de ce qui avait été amorcé avant 1976. Je ne veux rien enlever à cette fierté parce que jusqu'en 1980, au Québec, les services de santé étaient encore considérés non seulement par les usagers québécois, mais par nos voisins des autres provinces et par les intervenants des autres pays comme des services de qualité, accessibles et universels.

Mais, depuis 1980, ce n'est pas le cas, M. le ministre, et ce n'est pas simplement l'Opposition officielle qui le dénonce. Quand les travailleurs et les travailleuses du secteur viennent vous dire qu'on manque de ressources humaines, des gens qui donnent des soins aux bénéficiaires, quand ces gens vous disent également qu'on manque de ressources en immobilisation et qu'on manque de ressources pour ce qui est de l'équipement, il ne faudrait quand même pas rejeter cela du revers de la main et dire que ce n'est pas vrai. Quand le dossier des salles d'urgence fait réapparition dans cette Chambre, semaine après semaine, mois après

mois, et qu'il n'est pas encore réglé, je ne suis pas fier, au nom des bénéficiaires, de ce service.

J'aimerais, dans le peu de temps qui m'est alloué, répliquer au député de Shefford qui est venu encenser son ministre des Affaires sociales ce matin et qui a peut-être appris au cours de cette période de discussions qu'il représentait une circonscription électorale qui fait partie de la Montérégie, qui est la région, sur le plan des ressources, la plus handicapée, si je peux dire, la plus démunie. Le député de Shefford aurait peut-être avantage à aller vérifier ce qui passe à la salle d'urgence de son centre hospitalier à Granby, parce que ma secrétaire de comté s'est présentée à la salle d'urgence de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, il y a à peu près un mois, et elle a été obligée d'attendre plus de huit heures. Découragée, elle est allée à Granby où elle a attendu plus de dix heures. Lorsque vous ne trouvez pas de réponse à vos besoins à Granby, vous allez à Saint-Jean, quand la salle d'urgence n'est pas fermée, parce qu'il manque de ressources. Si vous ne trouvez pas, vous allez plus loin de Montréal. Vous allez à Charles-Lemoyne où vous avez en moyenne, depuis plus de huit mois, 20 patients alités dans les corridors. Vous seriez peut-être un petit peu moins fier si vous viviez vraiment près de vos gens, près de votre milieu et que vous vous renseigniez sur ce qui se passe dans notre région, qui est la plus défavorisée.

Pour revenir au rapport Spitzer, je suis un peu découragé, ce matin, d'entendre le ministre des Affaires sociales me dire que le ministère l'étudié, qu'il a demandé au CRSSS du Montréal métropolitain de l'étudier alors qu'en ce qui concerne le CRSSS il y a des recommandations qui sont contenues dans ce rapport qui s'adressent au CRSSS du Montréal métropolitain et spécifiquement sur le mandat qui a été confié à Urgences-santé de façon qu'on s'occupe des gens à domicile et qu'on les retourne du centre hospitalier à domicile. Quand le ministre ajoute que c'est la commission d'enquête - pour utiliser ses propos, mais qu'on appelle plutôt une commission d'étude, qu'il nous a annoncée et qu'il nous réannoncera bientôt - qui va analyser le rapport Spitzer, qui va l'étudier, je me dis: Qu'est-ce qu'il y a à court terme pour résoudre l'engorgement des hôpitaux?

M. le ministre, il y a des recommandations dans le rapport. J'espère que vous n'avez pas fait une étude pour le faire analyser par le ministère, pour le faire réétudier par le CRSSS du Montréal métropolitain, pour le faire ré-réétudier par la commission d'étude sur la santé que vous avez annoncée parce que, là, les patients sont à bout de nerf, la population est insécure face à ce qui se passe. Les administrations hospitalières sont placées

dans des situations où elles violent les exigences de la loi qui les oblige à rendre des services de santé, où elles violent vos directives ministérielles qui disent qu'un patient ne doit pas passer plus de 48 heures dans un centre hospitalier.

Le rapport Spitzer nous dit que la moyenne observée dans les unités d'urgence est de 22, 2 heures. Dans le cas de certains hôpitaux... Maisonneuve-Rosemont n'est pas le seul. Le député de Saint-Laurent a parlé de Sacré-Coeur et on pourrait vous parler de Laval. 35, 4 heures à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont en salle d'urgence, est-ce que cela a du sens? On parle de ramener la norme à 9 heures - c'est ce que Spitzer recommande - ce qui serait une norme acceptable, suivant ce spécialiste. Mais je n'ai entendu parler d'aucun geste gouvernemental ce matin dans le but de ramener cette norme à 9 heures. Je n'ai entendu le ministre se prononcer sur aucune des recommandations du document qu'il a en main depuis plus d'une semaine. Cela m'inquiète et je me demande si le gouvernement ne tente pas d'éluder le problème et de s'en débarrasser. Les seuls commentaires ministériels que j'ai entendus sur le rapport Spitzer sont ceux concernant la première partie du problème qui relève de l'administration hospitalière. J'ai entendu cela: le blâme est sur l'administration hospitalière, les médecins, etc. Mais, la partie du problème qui concerne les autorités gouvernementales, le manque de ressources, etc., je ne l'ai pas entendue.

Je vais lui répéter, mais ce n'est pas le député de Brome-Missisquoi qui le lui dit c'est Jean Francoeur, ce matin: "D'où l'on voit que le rapport Spitzer, en dépit du fait qu'il jette une lumière assez peu flatteuse sur la pratique médicale en milieu hospitalier, doit être lu comme un tout. À quoi servirait-il, en effet, de réduire le temps de séjour à l'urgence avant la décision médicale si cela n'avait pour effet, faute de ressources disponibles, que d'augmenter la durée du séjour après cette décision?" Tout ce dont j'ai entendu le ministre nous parler ce matin, c'est de la partie qui relevait du fonctionnement interne de l'hôpital. Il a oublié l'autre partie. Si le ministre s'en va dans cette direction-là, il va réussir à raccourcir le temps avant la décision médicale. Avec quel constat? Avec le constat qu'il aura rallongé l'hospitalisation dans les corridors après la décision médicale.

Au député de Saint-Laurent qui lui disait qu'il y a des quotas pour chroniques - et selon les recommandations de Spitzer il faut que ces quotas soient respectés dans les centres hospitaliers de courte durée - le ministre n'a apporté aucune réponse. Il nous a dit: Le Parti libéral avait eu une bonne idée à l'époque, mais là Spitzer dit: Respectez cette idée-là. Le ministre n'a rien à annoncer, rien à dire sur cet aspect du

rapport Spitzer.

M. le Président, c'est de comités d'étude à commissions d'enquête, à rapports, à évaluations, à sous-évaluations, à une pseudo-planification que l'on va. Ce qui m'inquiète, et cela n'inquiète pas seulement le député de Brome-Missisquoi, c'est devenu de notoriété publique... Une journaliste dans la Presse de ce matin écrivait, face à vos planifications et à vos évaluations: "De toute façon, pourquoi donc se fier aux évaluations d'un ministère qui n'a même pas pu prévoir, quand il était parfaitement prévisible, le phénomène de vieillissement de la population?" Alors que c'était parfaitement prévisible, vous n'étiez même pas capables de le prévoir au ministère des Affaires sociales. Vous n'êtes même pas capables d'appliquer des recommandations d'une étude que vous avez commandée.

Je conclurai en citant la journaliste Lysiane Gagnon qui s'adresse au ministre, qui s'adresse au député de Shefford, qui s'adresse à ceux et à celles qui occupent les banquettes ministérielles comme suit: "Mais avant de solliciter du public un verdict de non-culpabilité - avant de vous déclarer non coupables ou innocents, si vous préférez - le gouvernement devra commencer par analyser ses propres responsabilités. C'est lui qui établit ses propres priorités d'où il ressort que le toit du stade a plus d'importance que la santé publique. Qui donc, sinon le gouvernement, tolère que le réseau des CLSC, censé soulager les urgences, fonctionne comme des bureaux de poste? On ferme à 5 heures et le week-end. À quoi doit-on qu'il n'y ait pas de médecin la nuit dans les hôpitaux? Si vous avez un accident à 2 heures du matin, c'est un interne qui vous traitera, une des raisons étant que le système de rémunération à l'acte n'est pas adapté aux services de l'urgence."

Lorsque mon collègue intervient et demande au ministre: Êtes-vous prêt à réexaminer cela? Le ministre nous répond: Je suis en négociation et je ne négocie pas sur la place publique. Vous n'avez pas le droit non plus de négocier sur le dos des patients. Vous n'avez pas le droit non plus de négocier sur le dos des bénéficiaires. Vous avez en main un rapport qui vous dit comment agir. Je fais une constatation et on est peut-être d'accord. Une des recommandations du Dr Spitzer... Je vous dis, M. le ministre, qu'on pourrait questionner... Lorsque le Dr Spitzer nous parle des hôpitaux en région périphérique, vous ne semblez pas accepter ce verdict du Dr Spitzer. Les propos que vous avez tenus, que le député de Shefford a tenus vont à l'encontre d'une des recommandations de Spitzer.

Je ne conteste pas votre droit de choisir d'aller à l'encontre mais, si vous choisissez d'aller à l'encontre, est-ce qu'il y aurait moyen d'entendre le Dr Spitzer sur

son rapport? Parce que si vous maintenez cette décision d'aller à l'encontre de la recommandation qui dit qu'on ne doit plus "prioriser" les investissements en fonction des périphéries. Je ne suis pas sûr que je partage l'avis du Dr Spitzer, mais j'aimerais l'entendre là-dessus parce que, si on est pour en adopter et en rejeter des recommandations, il faudrait le faire en toute connaissance de cause, mais pas après que le ministère des Affaires sociales, qui n'a même pas pu planifier les vieillissement aura encore étudié le rapport Spitzer, pas après que le CRSSS du Montréal métropolitain aura étudié le rapport Spitzer, pas après que la commission d'étude aura étudié le rapport Spitzer. Le rapport Spitzer parle d'actions à court terme. La commission d'étude ne peut viser que des problèmes ou des solutions à moyen et à long termes.

M. le ministre, je vous invite à relire, entre autres, si vous n'avez pas le temps de tout lire, je sais que vous avez eu la grippe cette semaine - oui, vous m'indiquez qu'il reste 30 secondes - au moins une à une les conclusions du Dr Spitzer, à dire aux parlementaires avec lesquelles vous êtes en accord et lesquelles vous allez mettre de Pavant, dans quel délai, de quelle façon et avec quels moyens. Si vous n'êtes pas capable de répondre à ces questions, je comprendrai que vous avez, au ministère, "tablette" le rapport Spitzer.

Le Président (M. Lafrenière): Merci. La commission, ayant rempli son mandat, ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 12 h 6)