



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (1)

Le mardi 16 avril 1996 — N° 1

Président: M. Jean-Pierre Charbonneau

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

115 \$ débats de la Chambre — 10 \$ Index
325 \$ débats des commissions parlementaires
105 \$ commission de l'aménagement et des équipements
75 \$ commission du budget et de l'administration
70 \$ commission des institutions
65 \$ commission des affaires sociales
60 \$ commission de l'économie et du travail
40 \$ commission de l'éducation
35 \$ commission de la culture
20 \$ commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation
5 \$ commission de l'Assemblée nationale

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P1

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 16 avril 1996

Table des matières

Remarques préliminaires	
M. Jean Rochon	1
M. Pierre Marsan	5
M. André Gaulin	7
M. Jean Rochon	7
Discussion générale	
Effets des transferts de postes et de crédits	8
Reconnaissance de la langue comme critère de choix du personnel	10
Fonds et services associés au concept d'économie sociale	11
Construction d'un hôpital dans la région de Lanaudière	12
Frais administratifs et de voyage	15
Ressources des CLSC pour les services de maintien à domicile	19
Total des crédits périmés	19
Services des CLSC	
Fréquentation en milieu urbain	22
Budget affecté au maintien à domicile	23
Disponibilité et fiabilité des services	28
Projet de loi n° 116 sur la santé et les services sociaux	30
Indicateurs de performance	35
Maintien à domicile des personnes handicapées	38
Services des organismes communautaires	40
Paiement des services	40
Services offerts par des firmes privées	42
Cas de M. Gilles Kégle	42
Autres sujets	44
Services pour les jeunes en difficulté	47
Régime d'assurance-médicaments	49

Autres intervenants

M. Rosaire Bertrand, président
Mme Céline Signori, présidente suppléante

M. Michel Létourneau
M. Russell Williams
Mme Lyse Leduc
M. Russell Copeman
Mme Solange Charest
Mme Marie Malavoy

- * M. Hubert Gauthier, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * Mme Cécile Cléroux, idem
- * M. Luc M. Malo, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 16 avril 1996

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux

(Quinze heures trente-huit minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Je vous salue, tout le monde. Si vous êtes d'accord, étant donné qu'on a déjà un peu de retard, on continuerait jusqu'à 18 h 15, 18 h 20, suite à l'entente entre les deux groupes; les deux groupes ont des caucus, mais c'est déjà discuté à ce niveau-là. Est-ce que vous êtes d'accord qu'on essaie de récupérer quelque temps?

Alors, la commission des affaires sociales s'est réunie afin d'étudier les crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1996-1997. Est-ce que, Mme la secrétaire, il y a des remplacements?

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'il y a un ordre particulier que vous aimez discuter? Est-ce que vous en avez discuté ensemble? Avez-vous établi l'ordre des sujets?

M. Létourneau: M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui.

M. Létourneau: Est-ce qu'on pourrait avoir le consentement des deux parties? Compte tenu qu'il y a 10 programmes à l'étude, est-ce qu'on pourrait s'entendre pour adopter les crédits à la fin des 10 programmes, globalement? On l'a fait l'an passé.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Consentement? Consentement. Je reviens à ma question: Est-ce qu'on prend l'ordre des programmes tel qu'on l'a dans notre document ou vous avez établi un autre ordre? À l'exception, évidemment, de la Régie et de l'Office, le 9 et le 10, l'Office des personnes handicapées du Québec et la Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui auront lieu, une demain et l'autre jeudi. Alors, on y va selon l'ordre établi? Non?

M. Williams: Avec une certaine flexibilité.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une grande flexibilité, M. le député. O.K. Correct?

M. Williams: C'est assez ouvert et flexible.

Des voix: Ha, ha, ha!

● (15 h 40) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Donc, il y aura grande flexibilité. Je vous rappelle que nous allons demander le vote à la fin, et je vous rappelle aussi que nous avons 20 heures, dont 3 heures réservées à l'Office des personnes handicapées et à la Régie de l'assurance-maladie. J'invite M. le ministre à prendre la parole d'abord; vous avez 20 minutes, et quelqu'un de l'opposition aura 20 minutes. Et, après, je verrai si les députés ont une intervention avant qu'on commence le débat. M. le ministre.

Remarques préliminaires

M. Jean Rochon

M. Rochon: Merci, M. le Président. Nous allons procéder à l'étude des crédits du ministère, qui sont de l'ordre de près de 13 000 000 000 \$. On remarquera que, cette année, comparativement à l'an passé, il y a une enveloppe d'un peu plus de 300 000 000 \$ qui a été transférée de la Sécurité du revenu pour tout ce qui est des programmes d'assistance médicale et qui a été intégrée avec l'enveloppe de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. C'est ce qui fait que, apparemment, les crédits des deux années, comparativement au livre des crédits qu'on avait l'an passé, ont augmenté à cause de ce transfert de crédits.

Mais la situation réelle, qui est celle des crédits de 1996-1997, en est une où, pour la première fois, les crédits du secteur de la santé et des services sociaux vont vraiment diminuer de façon réelle. On se rappellera que l'année qu'on vient de terminer a été l'année où on a vraiment atteint le niveau de croissance zéro. Je pense qu'en réalité ça a été légèrement moins 0,1 %, qui ont été les crédits de 1995-1996, par rapport à l'année précédente. Mais, cette année, on aura une diminution réelle des crédits du ministère.

Ce que je vais faire, M. le Président, c'est rapidement rappeler ce qui a été des éléments importants de l'année qui vient de se terminer, qui nous mettent en perspective les crédits qui sont devant nous, et, dans un deuxième temps, souligner quelles sont les lignes de force qui s'annoncent pour la deuxième année de la réorganisation de notre système de santé et de services sociaux.

Cette année, en 1995-1996, on a d'abord eu, au niveau de chacune des régions du Québec, un exercice qui a mené au choix d'orientations et à des choix réels d'allocation de ressources et de transferts de ressources entre différents secteurs de notre système de santé et de services sociaux, essentiellement, comme on le sait, un transfert de ressources institutionnelles vers des ressources plus légères dans la communauté, vers des services à

domicile ou toutes les alternatives ambulatoires qui sont maintenant disponibles dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il est à remarquer que ce mouvement, cette tendance très forte se voit autant du côté des services sociaux que des services de santé. Ce qui fait plus la manchette, c'est en général ce qui se passe du côté de la santé, mais les interventions, autant collectives qu'individuelles, dans le domaine des services sociaux, auprès des jeunes en difficulté d'adaptation, par exemple, ont aussi transformé leur nature de façon très importante et sont beaucoup plus intensives, et dans la communauté et hors des établissements.

Tout ce transfert et cette orientation des régions régionales nous ont amenés au point où maintenant, au moment où on se parle, on a terminé cette phase d'orientation, de choix de réallocation, et toutes les régions régionales, ou à peu près, sont passées dans une phase de transition, de gérer une transition du système de santé. Et on y reviendra, je suis sûr, à plusieurs égards, pendant notre discussion des crédits.

Un autre point qui est important dans cette réorganisation du réseau, il faut vraiment l'avoir à l'esprit, est celui d'organiser chacune des régions en décentralisant et les responsabilités et les moyens, d'organiser chacune des régions pour qu'elle ait une enveloppe budgétaire. Les crédits qu'on a devant nous sont encore dans la structure du livre des crédits tel que préparé au Conseil du trésor, répartis dans 10 programmes qui sont essentiellement des regroupements d'établissements: des CLSC, des centres de soins de longue durée, des centres hospitaliers, et le reste. Dans la réalité, il faut l'avoir à l'esprit et, dans les discussions qu'on aura, ça nous aidera à mieux comprendre comment cette structure de crédits se reflète dans la réalité.

Au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux, les crédits établissements sont reconfigurés, si vous voulez, sur une base de cinq grands champs d'activité qui sont ceux déterminés par «La politique de la santé et du bien-être», à savoir, vous les connaissez: la santé physique, la santé mentale, la santé publique, l'adaptation sociale et l'intégration sociale. Et quand ces crédits sont transférés au niveau des régions, ils forment une enveloppe régionale. Et c'est une enveloppe qui, dans l'avenir, va continuer à évoluer de plus en plus en tenant compte pas seulement de la classification plus ou moins technocratique qu'on peut faire de nos fonds, mais en tenant compte beaucoup plus de la population de la région, de la structure démographique de cette population et des caractéristiques de la région, qui peuvent affecter dans un sens ou dans l'autre les coûts de production des services. Qu'on pense à la situation des régions rurales par rapport aux régions urbaines, par exemple. Alors, ce concept d'une enveloppe est important à comprendre, parce que l'argent, maintenant, est distribué entre les régions sur une base de formule d'équité, en fonction des populations et non plus en fonction d'établissements qui recomposent, j'allais dire, presque plus ou moins au hasard ce qu'est, finalement, l'enveloppe d'une région.

Et les membres de la commission se rappelleront d'ailleurs qu'il y a quelques semaines, quelques mois avant la période des vacances, si je me rappelle bien, on a commencé, ce qui était prévu dans la loi, à demander à des régies régionales de comparaître devant la commission des affaires sociales pour rendre compte de leur gestion et informer la commission et la population sur la façon dont se déroulent les activités dans leur région. Je pense qu'on se rappellera que ça a été, je pense, un exercice qui nous a informés beaucoup et qui a, autant de part comme d'autre, je pense, de la commission que des régions, suscité beaucoup d'intérêt. On a de prévu à notre calendrier, M. le Président, de rencontrer d'ici la fin de l'année, je pense, encore presque une autre demi-douzaine de régies régionales. Et ce qui est souhaité, c'est que, sur un cycle de deux ou trois ans, je pense, toutes les régions passent régulièrement et rendent compte, soient très imputables non seulement devant leur population, localement, mais devant les élus au niveau de l'ensemble du Québec.

Pendant tout cet exercice, on en a discuté parfois, la responsabilité a été partagée, à mesure qu'on fait la décentralisation, selon les mandats respectifs des régies régionales, d'une part, avec les établissements dans les régions, et du ministère, d'autre part. Et, ça, c'est important qu'on ait ça aussi à l'esprit. Il y a eu un travail et un contact, vraiment, de collaboration pendant tout le processus. Et moi-même, dans mes responsabilités comme ministre, j'ai pu faire une tournée de chacune, visiter chacune des régions trois fois durant les 15 mois, là, que se sont passées toutes ces opérations-là, de sorte qu'on s'assure qu'autant sur le plan technique que sur le plan politique on fasse les ajustements nécessaires à mesure qu'on avance et on réalise vraiment, d'une part, de maintenir des paramètres nationaux pour assurer tous les Québécois et les Québécoises qu'ils ont les services de santé auxquels ils ont droit, mais, par ailleurs, d'autre part, d'éviter de faire, comme on a dit, du mur-à-mur et de pouvoir, à l'intérieur de ces paramètres-là, permettre aux régions — c'est le but de tout l'exercice, c'est un aspect important de toute la réorganisation du réseau — permettre à chacune des régions de bien adapter aux conditions de leur région et de leur population les services de santé et les services sociaux.

Dans le transfert des ressources, je disais tout à l'heure que ça a été essentiellement un transfert de ressources institutionnelles vers des ressources beaucoup plus légères, mais c'est peut-être important qu'on se rappelle quelques chiffres qui nous donnent un peu quels sont les paramètres et les objectifs qui sont visés. À titre d'exemple, ce qui a été beaucoup plus frappant dans le débat, évidemment, c'est les lits d'hôpitaux de courte durée. On sait qu'on est parti d'une situation où on était peut-être à peu près à 3,5 lits de courte durée par 1 000 habitants, pour atteindre quelque chose qui sera entre 2 et 2,5 lits par 1 000 habitants, ce qui est à peu près la norme reconnue à peu près dans le monde entier présentement pour des pays comparables.

Maintenant, ça, c'est une moyenne pour l'ensemble du Québec. Je pense que c'est ça qu'il faut avoir à l'esprit. C'est une moyenne pour l'ensemble du Québec. Ce qui veut dire que, dans certaines régions, une région universitaire, par exemple, on pourra trouver un taux un peu plus élevé parce qu'il y a là des ressources de niveau tertiaire qui desservent plusieurs régions, et que, dans d'autres régions, nécessairement et presque par conséquence, entre autres les régions tout près ou adjacentes à une région universitaire, on pourra trouver un nombre de lits qui va aller aussi bas que 1 à 1,5 lit par 1 000 habitants, dépendamment de la configuration géographique, là, des régions et des territoires à l'intérieur des régions.

• (15 h 50) •

Cette diminution de 3,5 à une moyenne entre 2 et 2,5, on se rappellera, ça va représenter, une fois tout l'exercice terminé, quand on réanalyse les plans de transformation des régions régionales, quelque chose de l'ordre d'à peu près 4 000 lits de courte durée qui auront été fermés ou transformés. Et ça aura permis — c'est ce qui est en cours présentement — d'avoir 4 000 nouvelles places, par ailleurs, peut-être même un peu plus, 4 000 nouvelles places d'hébergement et de soins de longue durée, mais de haute intensité, vraiment de soins de longue durée, qui sont calculées à 2,5, 3 et 3,5 heures de service par patient par jour. C'est vraiment un transfert direct en termes de lits. Ça aura permis, entre autres, et c'est en cours présentement, d'augmenter les services de maintien à domicile d'à peu près 40 % par rapport à ce qu'ils étaient avant de commencer cet exercice-là. Alors, je m'en tiens à ces quelques chiffres pour qu'on nous rappelle l'ordre de grandeur de ce que ça veut dire comme transfert de ressources, ce qui se fait présentement.

On se rappellera, M. le Président, que, sur le plan législatif, cet exercice nous a amenés à faire certains amendements à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et à en annoncer d'autres pour la session actuelle. En juin dernier, il y a eu une modification importante qui a permis de compléter, d'avoir dans la loi un complément du processus de décision allant jusqu'à autoriser le gouvernement, le ministre autorisé par le Conseil des ministres, à pouvoir modifier le permis d'un établissement et à pouvoir aussi retirer le permis d'un établissement pour pouvoir faire cette transformation. Et je dois dire, après les débats qu'on a eus là-dessus et malgré, évidemment, certaines discussions sur l'importance de ce changement, que c'est un exercice qui s'est passé très correctement et que, dans la grande majorité des cas, tout le monde, maintenant, même ceux qui ont eu à subir les conséquences de décisions difficiles, sont vraiment tournés beaucoup plus vers l'avenir, presque en totalité, qu'à regarder encore avec nostalgie vers le passé.

Un autre élément qui a été très structurant dès le début de cette réorganisation, ça a été la création des centres hospitaliers universitaires. Mais je le rappelle, parce que ça a pu paraître, au début, comme un exercice

différent, séparé, mais c'est un exercice qui découle de la même logique où on reconnaissait depuis un certain moment l'importance de rationaliser nos ressources pour tout ce qui sont les objectifs de recherche, de développement, de formation dans des domaines de haute technologie et de spécialité. Et on a présentement, comparativement à la situation quand on se parlait l'an passé dans l'étude des crédits, une situation où il y a deux nouveaux CHU maintenant créés, dans la région de l'Estrie, avec l'Université de Sherbrooke, un CHU qui a été le produit de la fusion de trois établissements qui existaient déjà. Ce CHU a obtenu ses lettres patentes en juillet dernier. Et, par ailleurs, ici, dans la région de Québec, on a depuis décembre dernier un nouvel établissement aussi, qui est le Centre hospitalier universitaire de Québec, qui est aussi le produit de l'intégration, de la fusion de trois établissements. Dans la région de Montréal, il y a eu la reconnaissance du CHU pédiatrique du Québec, qui est l'hôpital Sainte-Justine. Et on a deux opérations qui évoluent très, très bien présentement, du côté de l'Université McGill et de l'Université de Montréal, pour la création, des deux côtés, de deux CHU qui vont être aussi le résultat d'une fusion de trois établissements, peut-être quatre dans une des deux situations.

Tout cet exercice a été possible parce qu'on a modifié de façon importante — et c'est une autre caractéristique de l'année qui vient de se terminer — la gestion des effectifs. Les conventions collectives ont été renouvelées considérablement, surtout au titre de la planification et de la gestion des effectifs, qui se fait essentiellement sur une base régionale maintenant en ce qui concerne le mouvement des effectifs et l'allocation des ressources humaines selon les types de services qu'on veut développer, les établissements demeurant, bien sûr, responsables de tout ce qui est l'organisation du travail.

L'approche nouvelle en ce qui concerne les effectifs impliquait aussi les effectifs médicaux, qui ont accepté de fonctionner à l'intérieur d'enveloppes fermées, avec des mécanismes qui maintiennent les enveloppes fermées. Et, présentement, à la suite de travaux de différents conseils qui avisent le ministère et le ministre soit au niveau de l'évaluation des technologies de la santé, au niveau du Conseil médical du Québec de même que le Conseil de la santé et du bien-être du Québec, il y a un mouvement important de questionnement et de réorganisation de la pratique professionnelle, autant chez les médecins que sur l'ensemble des employés du réseau.

Finalement, je voudrais rappeler, en termes de bilan de l'année — et je vois que le temps coule rapidement — que, en plus de toute cette réorganisation des ressources, d'établissements et d'effectif surtout, il y a eu beaucoup de développements du côté des programmes en ce qui concerne aussi l'aspect de prévention, promotion de la santé, et l'aspect, le côté social de tout ce que sont les problématiques dans le domaine de la santé et des services sociaux. Je rappellerai que, pour ce qui concerne les jeunes, par exemple, il y a eu maintenant une politique interministérielle; autant Santé et Services

sociaux, Justice, Sécurité publique et Éducation sont impliqués dans une politique qui concerne la délinquance, et qui est le produit des travaux du comité du juge Michel Jasmin, qui a eu deux rapports de comité successifs qui ont donné toute une approche renouvelée en ce qui concerne la délinquance, ce qui est un peu unique en Amérique du Nord, quand on regarde ce qui se passe sous d'autres juridictions.

Il y a du travail important qui a été fait en ce qui regarde la prévention de la santé, du côté du tabac. Il y aura des déroulements législatifs en cours d'année, cette année. Du côté de la violence, et spécialement des agressions sexuelles, il y a là-aussi une politique interministérielle concernant les mêmes ministères, avec une application qui est maintenant en cours dans les régions. Il y a eu un renouvellement des orientations ministérielles en ce qui concerne la planification des naissances. Et, dans le domaine de la nutrition, pour donner un autre exemple, on a eu une autre publication, une autre enquête Santé Québec qui nous a donné des informations très importantes sur l'évolution des problèmes de nutrition et l'état nutritionnel de la population du Québec.

Tout ça nous amène aujourd'hui devant des crédits où on doit subir, absorber une compression, un effort budgétaire de l'ordre de 669 300 000 \$, qui se répartissent globalement de la façon suivante. Quand on regarde le budget tel qu'il est géré, il y a un premier bloc de 320 000 000 \$ qui est absorbé au niveau du réseau de la santé et des services sociaux. Là-dessus, il y a — on reviendra dans les détails dans notre discussion — 285 000 000 \$ qui sont les établissements comme tels qui doivent l'absorber; et, ça, ça représente à peu près 85 000 000 \$ de plus que ce qu'a été l'effort demandé aux établissements l'année dernière.

Du côté des programmes gérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, il y a de ce côté-là un effort, cette année, de l'ordre de 340 000 000 \$; c'est énorme comme effort. Et, avec une partie de ça qui est reléguée — et je suis sûr qu'on en reparlera — au nouveau programme d'assurance-médicaments, qui ira presque à la hauteur de 200 000 000 \$, et 140 000 000 \$, qui est en partie d'autres économies qui seront faites du côté du médicament, pour peut-être quelque chose de l'ordre de 40 000 000 \$, et de la rationalisation de l'ensemble des services qui sont gérés par les programmes d'assurance-maladie du Québec. Alors, c'est, globalement, comment le budget est réparti. Les autres instances du système absorbent le reste, et on pourra y venir dans les détails au cours de la discussion.

J'ai très peu de temps pour donner, et j'y reviendrai donc pendant notre discussion, ce qui est l'orientation pour la prochaine année. Je voudrais juste mentionner, M. le Président, que, du côté du réseau, l'effort va porter beaucoup sur tout ce qui est la stabilisation de cette transition au niveau de nos effectifs, qui va nous mener, sur une période de trois ans, à une diminution d'à peu près 10 % des effectifs dans ce secteur, à augmenter de beaucoup ou à continuer l'intensification de la rationalisation au niveau de l'ensemble des services de

soutien, à consolider tout ce qui a été entrepris comme regroupement d'établissements et redéploiement de services dans les régions; et, finalement, j'ai mentionné ce qui a déjà commencé à se passer du côté de la pratique médicale.

• (16 heures) •

Du côté de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, je voudrais simplement mentionner qu'en plus de l'assurance-médicaments il faut voir une opération importante en ce qui concerne la révision de l'utilisation des médicaments, où on a cette année établi des ententes avec les ordres professionnels concernés pour avoir non seulement en établissement, mais ce qui se fait en ambulatoire aussi, une révision constante de l'utilisation des médicaments et des mécanismes qui seront efficaces pour diminuer l'utilisation; pas diminuer pour priver les gens des médicaments, mais pour rendre l'utilisation du médicament adaptée aux besoins. On sait qu'il y a beaucoup de problèmes de santé qui sont causés par une surutilisation de médicaments et par une mauvaise utilisation des médicaments.

Finalement, du côté de la prévention et de la promotion, qui est un aspect important qui va se dégager de notre exercice de transformation, en plus du tabac, il y a, dans le domaine des toxicomanies et de l'alcoolisme, un travail important qui a été fait, et je pense qu'on aura des consolidations à annoncer cette année. Il y a un programme dans le domaine du cancer, plus spécialement le dépistage du cancer du sein, qui devrait devenir opérationnel en cours d'année et il y aura une consolidation qu'on espère pouvoir voir de tout ce qui est le domaine de l'expertise et de la formation, en collaboration avec les universités, dans le domaine de la santé publique.

Je termine en rappelant que, pour tout le réseau communautaire, qu'on a réussi à protéger malgré les deux années de compressions où, cette année, on commence à voir l'effet, non seulement au niveau des CLSC pour le maintien à domicile, mais aussi des organismes communautaires, d'un transfert de ressources, l'on voit déjà un horizon qui se prépare, qui nous mènera beaucoup plus loin dans tout ce qui est le chantier du développement de l'économie sociale, qui va nous permettre de vraiment soutenir et développer le réseau communautaire comme un véritable partenaire. Et ça, ça va rejoindre les travaux qui se font à la suite de la conférence socioéconomique du Québec. On verra, à l'automne, j'en suis sûr, des mesures qui vont vraiment nous permettre de compléter ce qu'on a entrepris, mais de pouvoir le faire de façon beaucoup plus et réellement intersectorielle, autant au niveau central qu'au niveau des régions et même qu'au niveau local, dans des stratégies de développement des communautés locales. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. Je passe maintenant la parole au porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de services sociaux, le député de Robert-Baldwin.

M. Pierre Marsan

M. Marsan: Merci, M. le Président. Je voudrais aussi remercier ceux qui nous ont transmis les documents — on les recevait encore jusqu'à ce matin — sur les crédits. Alors, nous avons reçu une tonne de documents ce matin, et j'imagine qu'il y a des gens qui ont dû travailler. Je voulais au moins le souligner.

Nous, nous déplorons et nous aurions aimé que l'étude des crédits démontre peut-être un vrai virage dans le domaine de la santé, où le patient aurait été au coeur de ce virage-là. Je pense qu'on a encore un bel exemple. D'un côté, des discours. Puis ils sont beaux, les discours, ils sont bons, les gens sont habiles. Ils ont développé de grandes habiletés. Mais, de l'autre côté, quand on parle d'actions, de résultats, de faits, là, on n'est pas capable de faire une équivalence.

Dans les coupures, une chose sur laquelle on va s'entendre tout de suite, le ministre de la Santé et moi-même, c'est que le montant de 669 000 000 \$ de coupures, c'est vraiment un plancher. En tout cas, c'est le montant qui a été avancé par le ministre. Nous pensons que ça pourra être supérieur et nous verrons, au moment des crédits, à débattre avec le ministre pour être certains des chiffres que nous avons.

Nous avons et nous maintenons... Nous qualifions la réforme qui est en cours d'improvisée. On associe un certain nombre d'improvisations. Je voudrais prendre le temps de vous expliquer de nouveau de quelle façon cette improvisation-là nous est manifeste.

D'abord, toute réforme ou virage ambulatoire qui a bien réussi, ils ont réussi parce qu'on a fait des investissements majeurs dans le domaine des soins à domicile. Mais, des investissements majeurs, c'est des investissements majeurs. La dernière fois qu'on a débattu, le ministre et moi, on a essayé de savoir, à travers les premiers chiffres disponibles, on dit que les CLSC vont avoir un 51 000 000 \$. Nous avons demandé au ministre si c'est possible de savoir, 51 000 000 \$, combien de ce montant va être affecté aux médecins à domicile, et on n'était pas capable de nous le dire, et ça semblait être un montant qui était assez infime.

On a l'assurance-médicaments, puis je reviendrai tantôt, parce qu'un virage ambulatoire qui veut réussir devrait se doter d'un système d'assurance-médicaments et non pas d'un système d'assurance-taxe médicaments. On fera la nuance tantôt.

Pour bien réussir un virage ambulatoire, on explique qu'il faut diminuer le nombre de lits en soins aigus, un, parce qu'il y a des développements technologiques, deux, parce que notre population vieillit. Notre population vieillit. On doit trouver des places en hébergement, en soins de longue durée, et, malgré une autre promesse qui nous avait été faite, on devait avoir 7 000 nouvelles places en hébergement. J'espère qu'on va être capable de nous dire combien de ces nouvelles places sont rendues disponibles après deux ans du gouvernement péquiste.

Autre élément qui démontre l'improvisation, c'est au moment où on a parlé de la fermeture d'hôpitaux, on ne nous parlait pas... Quand on a eu le bâillon, l'an passé, on n'a jamais parlé de plan de redéploiement. On nous en a parlé cette année parce que là on ne savait plus quoi faire avec les employés. On s'est aperçu qu'on ferme des hôpitaux et que les employés, une fois que l'hôpital est fermé, ont tous la sécurité d'emploi, à l'exception, on en a déjà discuté, des plus jeunes, temps partiel occasionnels, surtout des dames, des femmes, et aussi le personnel-cadre des établissements.

Alors, d'un côté, on ferme un hôpital, on dit qu'on veut faire des économies, et, de l'autre côté, on est obligé de supporter le personnel. Dernièrement, je pense que c'est depuis deux semaines maintenant que le pseudo-plan de redéploiement est en force, parce que les hôpitaux doivent recevoir tous ces gens-là et qu'ils sont en surplus, il n'y a pas de transfert budgétaire. Donc, ça s'en vient ajouter aux difficultés budgétaires des différents hôpitaux. Eh bien, d'un côté, ces gens-là, au lieu d'avoir une personne sur un emploi, il va y avoir deux personnes pour faire le même emploi, deux travailleurs. Ça démontre une fois de plus une certaine improvisation. Mais, là, ça n'a pas bien, bien marché. Alors, on a essayé, du côté du ministère, de s'assurer que les employés vont s'en aller plus rapidement. Alors là, on est arrivé, toujours en catastrophe, avec un plan de départ assisté, et on aurait l'intention de questionner le ministre sur le coût d'un tel plan tout au long des débats sur les crédits.

Comment ça se fait que ça n'avait pas été prévu au moment des négociations des conventions? On pourra se le demander aussi. Parlons-en donc, des conventions. Au moment où on demande à tout le monde de se serrer la ceinture, je pense que le discours du premier ministre est très éloquent récemment, eh bien, comment ça se fait que, pendant la période référendaire, on a ajouté à tous les employés du réseau un montant de 1 %? Et, quand je regarde à la page — j'ai de la misère avec les pages des crédits — 213 ou 215... 213, là je regarde tout ce qui a été donné comme bénéfiques aux employés pendant le référendum: un montant de 137 000 000 \$ a été prévu pour l'indexation des salaires; l'activité du réseau, 112 000 000 \$; fonctions nationales, je pense que c'est les régies, ça, 1 700 000 \$; OPHQ, presque rien, eux autres, 118 000 \$; et la Régie de l'assurance-maladie, 22 000 000 \$. Bon, ce n'était pas assez, on a aboli la loi 102, vous vous souvenez du fameux débat à ce sujet-là, M. le Président, eh bien, ce qui entraîne des coûts additionnels de 63 520 000 \$; l'octroi d'un montant forfaitaire prévu au 1er avril prochain, 47 000 000 \$; l'indexation des salaires de 1 % à partir du 1er janvier 1997, un autre 25 000 000 \$. Ça, ce sont tous des cadeaux qui ont été donnés pendant la période référendaire.

Comment ça se fait qu'il fallait donner ça à ce moment-là et qu'aujourd'hui, là on vient nous voir et on dit: Il faut couper partout? Je pense qu'il y a à tout le moins un questionnement qui peut être fait et j'espère

que le ministre aura des réponses à donner à ce sujet, parce que, nous, finalement, on trouve qu'on a voulu acheter des votes au niveau des employés du réseau et que — je pense, en tout cas — le coût qui a été identifié pour faire cette opération-là, aujourd'hui, ce sont les hôpitaux et les centres d'accueil qui paient pour ça, parce que le ministre n'a jamais donné les budgets. Il a donné l'augmentation, mais il a dit: Vous allez trouver l'argent, vous autres, les établissements. Comment vous allez faire pour le payer, ce n'est pas mon problème. Vous allez le trouver, vous couperez plus. C'est ça qui est arrivé, M. le Président, dans le cadre des conventions négociées pendant la période référendaire.

Un autre point sur l'improvisation, c'est les médecins. Je me souviens, aux crédits l'année passée, on avait commencé à discuter avec le ministre, puis: Ah! je vais vous faire un beau plan de mise à la retraite pour les médecins. Il a fait des belles annonces. Je pense qu'il a tenu parole: 300 000 \$ pour un médecin qui veut se retirer. Je ne sais pas s'il y a beaucoup de gens dans le réseau, au niveau des employés, qui vont pouvoir se retirer avec un montant comme ça. Est-ce que c'était nécessaire? Est-ce que le montant n'était pas un peu trop élevé? Alors, on s'est posé la question: Comment ça se fait que c'est arrivé, ça aussi, sur le tas? On n'a jamais eu le plan d'ensemble, on n'a jamais été capable de voir le portrait complet du ministre à ce sujet-là.

● (16 h 10) ●

Plus récemment, puisqu'on parle des médecins, une firme, je pense, américaine a décidé de réunir quelques jeunes médecins pour savoir si c'était possible de faire un peu de recrutement. Fait cocasse, M. le Président, 800 jeunes médecins se sont présentés. Je pense que c'est significatif, quant à l'improvisation, là, qui est associée à toute cette réforme-là. Ce qui est encore plus cocasse, c'est que plusieurs de ces jeunes médecins là ont été formés au moment où l'actuel ministre de la Santé était doyen de la Faculté de médecine à l'Université Laval. Alors, les médecins... Je me suis permis de demander à quelques-uns s'ils savaient que, au moment où ils étaient à l'Université Laval, on leur avait indiqué qu'il n'y aurait pas de poste pour eux, est-ce que le doyen avait été honnête et leur avait dit? Évidemment, vous pouvez savoir ce que les médecins ont à dire du ministre et de l'ancien doyen.

Si on laisse les médecins et qu'on regarde les infirmières, ce qui se passe, bien, on nous annonce un plan de contingentement, plan de contingentement pour les infirmières. Eh bien, dans le pays que notre ministre veut bâtir, on va avoir le record des pays industrialisés, qui vont former plus de médecins que d'infirmières. Ça, c'est assez aberrant comme résultat. Si on continue, on peut voir la façon dont on s'y est pris pour régler le problème des hôpitaux universitaires. Eh bien, dans chacun des dossiers, je pense que le feu est, à toutes fins pratiques, pris, là, que ce soit à Montréal ou à Québec. On a des difficultés sérieuses au niveau des fusions d'établissements, au niveau des regroupements. Je pense

que, là aussi, M. le Président, on a des indications à l'effet que l'approche qui a été préconisée par le ministre dans le dossier universitaire laisse, encore une fois, à une certaine improvisation.

Aujourd'hui, on nous annonce le programme d'assurance-taxe médicaments et on apprend que les contribuables devront payer 250 000 000 \$ de plus au trésor. Le ministre, qui aime jouer sur les mots, nous a dit en période des questions que c'étaient peut-être des économies. Nous, nous pensons vraiment que c'est une contribution directe des contribuables, et particulièrement des plus vulnérables, les personnes âgées, qui sont les plus grands consommateurs de médicaments, et qui sont visées. Alors, objectif du ministre, encore une fois réussi, 250 000 000 \$ de plus au trésor. Moi, je me souviens, quand on a commencé à regarder la nouvelle année, j'avais des coupures de journaux, et, malheureusement, je ne les ai pas apportées, elles sont à mon bureau, mais c'est le ministre qui voulait déchirer sa chemise devant le Conseil des ministres pour dire: C'est fini, les coupures dans la santé. Il ne devait plus y en avoir d'autres. Suite à ça, dans la même semaine à peu près, certaines régions régionales réagissaient en disant: On n'est plus capables d'en prendre, dont celle de Montréal. Bien, là, on est obligé de s'apercevoir que le ministre a, encore une fois, perdu sa bataille au Conseil des ministres et au Conseil du trésor et que la santé va servir à éponger le déficit, 669 000 000 \$.

J'aimerais, peut-être en commençant le questionnement, M. le Président, à ce moment-ci, avoir un éclaircissement extrêmement important dans la présentation des crédits. Là, on a discuté, le ministre est prêt à discuter ce qui se passe dans la santé, mais, au budget des dépenses globales — ça, c'est dans le cahier des crédits 1996-1997, là, le premier, B-3, la page — on indique: Mesures d'économie à réaliser en cours d'année, dépenses de fonctionnement — ça, c'est pour tous les ministères, O.K.? c'est tous les ministères, ce n'est pas un ministère plus que l'autre — alors, je répète: Mesures d'économie à réaliser en cours d'année — au bas de la page — 150 000 000 \$, Dépenses de fonctionnement; Coûts de main-d'oeuvre dans la fonction publique, 100 000 000 \$; Allègement des structures gouvernementales, 25 000 000 \$. Comment ça se fait que ça n'a pas été inclus dans les crédits de chacun des ministères? Est-ce que c'est parce que les ministères ne se sont pas entendus en Conseil des ministres et ont dit: Bien, ça, on le discutera une autre fois? Il y a une dépense de 275 000 000 \$ qui n'est pas répartie entre les ministères, et quand on sait que la santé, le budget de la santé pèse pour plus de 30 %, 31 % sur le budget de la province, moi, j'ai une inquiétude, s'il n'y aura pas d'autres coupures additionnelles. Est-ce que le ministre pourrait nous dire s'il a eu des garanties du premier ministre que ce 275 000 000 \$ là, bien, la santé ne sera pas affectée, et qu'on va se limiter aux 669 000 000 \$? Ce serait extrêmement important d'avoir l'opinion du ministre à ce moment-ci. Et ça termine mon préambule, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député, je demanderais au ministre de retenir la réponse parce que je dois permettre avant à d'autres députés, s'ils ont des interventions à faire avant qu'on commence les périodes, vraiment, de discussion, de pouvoir le faire. Alors, est-ce qu'il y a d'autres députés qui... Oui, M. le député de Taschereau.

M. André Gaulin

M. Gaulin: Oui. Étant donné, M. le Président, que le député de Robert-Baldwin s'est permis d'aller consulter certains collègues ou anciens collègues du ministre à l'Université Laval, en tant qu'ancien collègue du ministre à l'Université Laval, moi-même, non pas comme médecin, mais comme littéraire, je voulais quand même témoigner ici de la haute réputation de compétence que l'actuel ministre, ancien doyen, ancien directeur de département à l'Université Laval, avait, la haute qualité qui était la sienne et la haute estime dans laquelle il était tenu. Je voulais simplement rappeler ça, parce que je trouve que c'est un peu mesquin. Je le dis en toute déférence pour le député de Robert-Baldwin. Je voulais signaler en même temps que la réputation internationale dont jouit l'actuel ministre de la Santé, Jean Rochon, est évidente. Il a été six ans à l'Organisation mondiale de la santé. On l'a presque arraché à cette organisation-là pour l'amener ici, en politique, à la demande de beaucoup de gens qui forment cette partie de la Chambre.

Quant au reste, moi, je vois aussi que le député de Robert-Baldwin a déjà enfourché un peu son vélo sur l'assurance-médicaments, son nouveau vélo. Si possible — je sais qu'il y a un rôle qu'on joue quand on est au gouvernement et qu'il y a un rôle qu'on joue quand on est dans l'opposition — est-ce qu'il n'y a pas lieu, sur des grandes questions, d'essayer, surtout quand ça concerne la santé publique, est-ce qu'il n'y a pas lieu d'essayer d'être moins partisan et plus politique? Je vous remercie, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. Est-ce qu'il y a d'autres interventions avant qu'on permette au ministre de répondre? Pas d'autres interventions. Alors, M. le ministre, si vous voulez répondre à la première question du député de Robert-Baldwin.

M. Jean Rochon

M. Rochon: Merci, M. le Président. Est-ce que je peux prendre quelques minutes pour faire quelques commentaires, pas sur tous les points, mais sur les principaux qui ont été soulevés?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le plus court possible.

M. Rochon: Dans un seul but, de s'assurer qu'on maintienne l'information correcte au début de

l'étude des crédits. Je vais d'abord répondre à la dernière question soulevée. Oui, il y a, à la page 23 des renseignements supplémentaires, un certain nombre de compressions additionnelles qui devront être gérées en cours d'année. Je pense que, d'abord, il n'y a pas à se demander s'il y a d'autres choses ailleurs que ce qu'il y a dans le livre des crédits. Le livre des crédits est complet. Tout ce qui va se passer côté crédits cette année est là-dedans.

Je ne pense pas que ce soit anormal du tout, si on veut vraiment être capable de gérer une période d'assainissement des finances publiques, comme on va faire présentement, de ne pas nécessairement décider tout en détail, à la moindre ligne, quelques mois, au moment où on prépare les crédits, avant le début effectif de l'année financière, et que, sur l'ensemble du budget de dépenses du gouvernement, qui est de l'ordre de 36 000 000 000 \$, à peu près, on ait quelque chose comme 250 000 000 \$, 275 000 000 \$ sur 36 000 000 000 \$ qui ne sont pas encore affectés de façon précise en termes de compressions, ça m'apparaît être plus le reflet d'une gestion qui va être souple, efficace, flexible, et s'ajuster à mesure qu'on va avancer en cours de route. Moi, j'en sais autant que ce qui est dans le livre des crédits actuellement. Le reste, on va l'apprendre tous à mesure qu'on avance en cours d'année et qu'on voit comment se déroule l'ensemble de l'opération et comment aussi on gèrera, en ayant l'information additionnelle qui nous sera transmise par le discours du budget. On a une partie de l'histoire, mais on n'a pas tout. Quand on aura le discours du budget, on aura les autres éléments de ce qui donneront les outils qu'on aura globalement à notre disposition pour gérer cette année. Alors, voilà pour cette question précise.

Il serait important de préciser certaines informations, pour ne pas laisser aller les choses complètement inexactes, quand elles ne sont pas fausses.

● (16 h 20) ●

En ce qui regarde l'ensemble du personnel, le transfert du personnel qui se fait d'un établissement à l'autre présentement est fait avec ce qu'on appelle, je pense, dans la fonction publique, postes et crédits. Ce n'est pas vrai qu'on transforme du personnel et qu'il y a des gens qui se retrouvent à deux ou trois sur un même poste dans l'établissement receveur. C'est un transfert de ressources qui est fait. Les personnels sont transférés avec leurs postes et avec les budgets.

Ce qui a peut-être amené la confusion ou la difficulté de comprendre la situation, puis ça se passe rapidement, là, en impliquant beaucoup de gens en même temps, c'est qu'il y a des gens qui sont transférés sur un poste régulier immédiatement, lors de la première ronde, mais il y a un certain nombre de personnes, vu le grand nombre de personnes qui sont déplacées en même temps et qu'il faut voir quels postes vacants se dégagent à mesure qu'on avance, puis il y a des gens qui sont transférés, d'abord, sur la liste de remplacements, de sorte que tous les gens qui ont des postes réguliers, au lieu d'être en disponibilité, chez eux, à attendre d'avoir un

poste régulier, à mesure que l'opération avance, seront sur la liste de remplacements et vont pouvoir permettre les remplacements qui doivent se faire, vont donc travailler pendant qu'ils sont en disponibilité. Et, au cours des prochains mois, prochaines semaines, prochains mois, chacun va trouver son poste définitif. Mais, quand le personnel est transféré, il est transféré avec le poste.

Le financement du programme de départs assistés... Pardon?

Discussion générale

Effets des transferts de postes et de crédits

M. Marsan: J'aimerais poser une question là-dessus, une information. Si je comprends ce que vous dites, vous dites que les employés qui ont perdu leur poste parce que leur hôpital est fermé, on a transféré le poste et le budget. Je vous donne l'exemple de l'hôpital Notre-Dame, qui, je pense, a reçu 180 ou 190 nouveaux employés. Alors, vous pouvez confirmer à l'hôpital Notre-Dame que le budget de 180 postes va être transféré, va être en ajout cette année, dans l'exercice financier qui vient de commencer au 1er avril. Vous avez bien dit que vous avez transféré et les postes et les budgets. C'est oui ou non?

M. Rochon: Oui, oui. C'est-à-dire, essentiellement, oui. On ne transfère pas... Il ne faut pas penser... Il y a une opération — puis je pense que le député de Robert-Baldwin, là, il doit se rappeler le temps où il a géré un établissement, comment ça se passait — des budgets qui sont donnés aux régies régionales et, de là, aux établissements, et des compressions budgétaires qui sont faites, là, réparties, pas de façon paramétrique, en fonction des plans de transformation aux différents établissements. Et on peut le prendre de cette façon-là, si on veut. Une fois les budgets alloués aux différents établissements, le personnel est distribué aux établissements compte tenu des budgets qu'ils ont. Bon. Alors, le fond de l'affaire... C'est faux de dire qu'on va se retrouver dans une situation où on va avoir deux ou trois personnes assises sur le même poste, avec le budget pour payer une personne, et qu'on va en avoir trois à payer à partir de ça. Maintenant, c'est une opération budgétaire complexe où on rééquilibre le budget des établissements. Et on fait suivre le transfert de personnel, parce que, quand il y a un budget qui est donné, une fois la compression faite, ça se reflète, on le sait, à 75 %, 80 %, par du salaire de personnel dans l'établissement.

M. Marsan: Donc, peut-être pour être plus clair, parce que j'ai un peu de misère... Monsieur X qui vient de perdre son poste, là, dans un centre hospitalier, qui est rendu à l'hôpital Notre-Dame, on va transférer — monsieur X gagnait 25 000 \$ — son salaire de l'hôpital qui vient de fermer à l'hôpital Notre-Dame. C'est exact? Parce que c'est bien important, hein. Moi,

je pense que les attentes dans le réseau seraient de cet ordre-là, sauf que ce n'est pas ce qu'on me dit comme message. On me dit qu'on transfère le poste et qu'il n'y a aucun budget qui suit. Donc, ça veut dire qu'il y a plusieurs centres hospitaliers qui vont se réveiller en déficit important dès l'an prochain, dès la première période de l'année.

M. Rochon: Non, non. Là, je pense que c'est jouer dans la comptabilité. Je peux demander au sous-ministre aux ressources humaines de vous expliquer comment ça se passe. Moi, ce que je vous dis, c'est que ce n'est pas vrai de dire: Si ce n'est pas le geste — click! — qui est fait, la personne part avec le chèque, pour payer son budget, qu'elle va donner à l'établissement, il y a un rééquilibrage qui est fait des budgets des établissements puis un rééquilibrage du personnel qui est fait à la suite de ça. Et les établissements ne vont pas avoir de personnel plus que ce qu'ils ne peuvent porter avec leur budget, essentiellement.

M. Marsan: Mais la personne qui va être en plus...

M. Rochon: Maintenant, je ne sais pas, là, si, techniquement, il y a des détails techniques de plus à donner qui pourraient vous faire comprendre comment l'opération se passe au niveau des livres. Je vais demander au sous-ministre...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous pouvez vous nommer, M. le sous-ministre, et y aller?

M. Rochon: Alors, M. Hubert Gauthier, M. le Président, qui est le sous-ministre adjoint aux ressources humaines, va peut-être vous expliquer ça du bord de la logistique du processus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous voulez présenter celui qui vous accompagne?

M. Rochon: On pensait que vous aviez reconnu M. Luc Malo.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: En général, dans ce milieu-ci, on n'a plus besoin de le présenter.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que je pourrais vous demander de toujours vous adresser à la présidence de façon à ce qu'on s'assure que la qualité du débat soit toujours à son meilleur? Allez-y, monsieur.

M. Gauthier (Hubert): Certainement, M. le Président. Alors, M. le Président, essentiellement, en réponse à la question, une personne qui part d'un hôpital

où son poste est aboli se retrouve ou bien sur un poste vacant dans une autre institution. Alors, à ce moment-là, quand on dit «se retrouve sur un poste vacant», le poste vacant en question est pourvu financièrement. Deuxième hypothèse, la personne se retrouve sur la liste de remplacements et, à ce moment-là, fait du remplacement dans l'établissement, ce qui a comme effet non pas de doubler la charge pour l'établissement, mais d'être prioritaire pour faire le remplacement plutôt qu'une personne temporaire qui serait normalement utilisée.

M. Marsan: M. le Président, je comprends le premier cheminement, mais on sait que, avec la difficulté économique qu'on vit, des postes vacants, il n'y en a à peu près pas et les listes de rappel sont souvent comblées par les employés qui sont déjà sur place. Donc, ces gens-là vont vraiment être en surplus, à un moment donné ou l'autre, parce que le taux de rétention, je pense qu'il a diminué beaucoup, le taux... Les employés ne veulent plus quitter pour aller vers d'autres emplois à cause de l'insécurité qui est causée par, entre autres, le climat économique et d'autres affaires, là. On ne reviendra pas là-dessus.

Alors, moi, je pense — et corrigez-moi, j'aimerais bien ça — que ces gens-là vont tous être en surplus dans d'autres hôpitaux qui ne sont pas fermés, qu'on a fermé les hôpitaux pour rien, en termes d'économie. Juste à ce plan-là. Sur le plan des patients, par exemple, c'est très grave, ce qui a été fait, mais je ne pense pas qu'on va réussir à faire les économies qui sont projetées, étant donné que ces gens-là vont être en surplus partout dans l'ensemble des établissements du réseau.

M. Rochon: Le député, M. le Président, comprend sûrement que les gens qui sont des sécuritaires, comme on dit, qui ont un poste régulier, ces gens-là, si on dit qu'on diminue le personnel dans l'hôpital X de tant de personnes, quand ces gens-là partent, ils vont toujours avoir leur salaire. Ça, c'est un fait. Et il faut assumer leur salaire tant qu'on n'a pas ou bien convenu avec ces gens-là, avec certaines de ces personnes-là qui sont intéressées à une retraite ou à un départ assisté ou, comme l'expliquait M. Gauthier, qu'ils prennent un poste vacant dans un autre établissement ou que, par la liste de remplacements, ils font du travail, étant payés parce qu'ils étaient à la banque de TPO. Au lieu de payer des occasionnels, ça sert à payer des gens qui ont un poste sécuritaire et qui font maintenant le remplacement. Bon.

Pendant une période de transfert comme ça, il peut arriver qu'il y ait des gens qui sont supportés, effectivement, par le système. C'est un des problèmes qu'on a à gérer, d'avoir le personnel à sécurité d'emploi. Et la différence... Auparavant — c'est peut-être à ça que le député fait référence, M. le Président — quand quelqu'un quittait un établissement, automatiquement, l'établissement était libéré de son salaire. Et il était comme pris par miracle quelque part ailleurs, ce salaire-là. Mais il était assumé par le système, de toute façon. Il

était assumé, on disait par le ministère, mais c'était le même argent. Comme on a décentralisé des budgets, au niveau de l'enveloppe régionale, et comme les enveloppes régionales sont réparties entre les établissements, ce budget-là qu'utilisait dans le temps, dans la vie antérieure du député, où il travaillait dans un établissement qui n'avait pas à porter le salaire de quelqu'un qui partait, parce que le ministère avait de l'argent pour ça, cet argent-là a été distribué complètement dans le système, maintenant. Alors, il n'est plus au ministère. Et, effectivement, pendant une période, l'établissement dont le personnel part doit supporter son salaire tant qu'il n'aura pas trouvé une place pour lui.

Mais, en termes de gestion, je pense que c'est de beaucoup plus performant que le système antérieur. Parce que ceux qui peuvent vraiment être les plus efficaces et travailler en collaboration avec le syndicat et le personnel pour placer tout le monde le plus vite possible, c'est ceux qui sont les établissements. Et, s'ils doivent porter le salaire des gens, ils sont pas mal plus motivés. Et on s'aperçoit qu'ils ont pas mal plus d'imagination pour travailler ensemble et replacer tout le monde dans un poste vacant ou pour se libérer vraiment du poste du personnel ou offrir des programmes de départ assisté que si c'est le ministère qui supporte, en n'ayant aucun moyen d'action, le salaire des gens.

Alors, c'est peut-être à ça qu'on référerait, qui fait la différence, où ça peut avoir l'air d'un artefact. Mais je pense que c'est d'avoir mis l'incitatif à la bonne place pour que l'opération se fasse le plus harmonieusement possible. Ça explique, là.

M. Marsan: Je pense que, globalement, vous le confirmez. L'établissement doit supporter le salarié qui ne pourra pas appliquer sur un poste vacant ou sur la liste de rappel. Nous, nous pensons qu'il n'y a pas beaucoup de postes vacants et que les gens de la liste de rappel se sont déjà inscrits à cause de la situation économique qu'on connaît. Donc, ça veut dire que les établissements de santé vont avoir une contrainte additionnelle qui sera de supporter les salaires des hôpitaux qui viennent de fermer. En tout cas, je pense que c'est ça. Ça ressemble à ça, là.

M. Rochon: M. le Président, bonnet blanc, blanc bonnet, là... On a un système qui a 13 000 000 000 \$, à peu près, à gérer, dont 10 000 000 000 \$ dans le réseau de la santé et des services sociaux. Alors, que ce soit le ministère qui le supporte parce qu'il garde une partie de l'argent pour payer le monde ou que ce soient les établissements qui le supportent parce que l'argent leur est distribué pour qu'ils travaillent mieux ensemble pour le gérer, ça dépend si on veut décentraliser ou pas. C'est tout simplement ça. Mais c'est vraiment du bonnet blanc, blanc bonnet dont on parle.

• (16 h 30) •

Le coût, il est supporté par le système, de toute façon, et l'idée, c'est de le faire supporter dans la façon dont on gère le système, par ceux qui ont les éléments

en main pour trouver la solution, et on n'a vraiment aucune résistance à ça, je pense. Une fois que les gens ont compris les règles du jeu et qu'elles sont claires et constantes, ça fonctionne.

M. Marsan: Alors, le système va supporter les coûts, comme vous le dites, indépendamment du nombre d'hôpitaux qu'on va fermer. Alors, fermez-en la moitié, des hôpitaux, on va être obligé de payer pour une raison, M. le ministre, c'est à cause de la sécurité d'emploi qui est dans les conventions collectives. Alors, fermez-en 10, 15, 20, 30, vous allez être obligé de supporter le personnel, toujours.

M. Rochon: Non, mais, là, M. le Président, je pense qu'on fait une erreur de connexion. On ne ferme pas des hôpitaux juste, d'abord, pour sauver de l'argent, on a bien dit ça, là. On ferme des hôpitaux parce qu'on a trop de lits de courte durée et qu'on manque d'autres sortes de ressources, et qu'en fermant des lits de courte durée ça nous donne assez d'argent pour, un, effectivement, faire une économie. J'ai dit tout à l'heure, dans mon introduction, qu'on vise, sur trois ans, à diminuer l'effectif du réseau de 10 %, et c'est ça qui va être le niveau de financement du réseau de santé et des services sociaux. Alors, il n'y a pas de mystère là-dessus. Il y a des départs de nombre de postes, des diminutions de l'ordre de 10 %, qu'on vise sur trois ans. Alors, il y a ça, là, qui doit se passer, et le reste est transféré et remplacé dans d'autres types de services.

Alors, le nombre d'hôpitaux qui devaient fermer a été identifié en fonction du nombre de lits qu'on avait de trop. Alors, on ne va pas continuer, évidemment, à fermer des hôpitaux, pensant qu'on économise de l'argent en fermant des hôpitaux. Ça n'a jamais été ça, le raisonnement, ça n'a jamais été ça depuis 15 mois. Les lits qui devaient être fermés au Québec, ils ont été identifiés dans chacune... On avait d'abord identifié globalement le minimum qu'il fallait faire. Chacune des régions a fait son travail. Ils sont identifiés partout, ils sont en voie de transformation ou d'être fermés, et c'est fini, cette opération-là. On ne va pas continuer à fermer des lits de courte durée, on va fermer ceux qui sont déjà identifiés dans des plans de transformation, et l'économie va être faite en diminuant de 10 % la masse salariale et les effectifs de main-d'oeuvre. Il me semble que c'est assez clair, ça, qu'on peut...

M. Marsan: Ce qui m'apparaît clair, c'est que, d'un côté, on ferme des hôpitaux, de l'autre côté, à cause de la sécurité d'emploi, le réseau va être obligé de supporter les employés en surplus, que plusieurs hôpitaux vont avoir des employés en surplus. Et, moi, je vous prédis, très rapidement, que plusieurs hôpitaux vont être en déficit important dans l'année, et on pourra le vérifier ensemble, vous pouvez être certain.

M. Rochon: O.K. On verra que la prédiction, là... Il y en a pas mal, de catastrophes, qui ont été

prédites et qui ne se sont pas réalisées. Moi, je vais vous prédire que ça ne va pas se réaliser non plus. Ce qui va être important, on comprend bien, c'est l'équilibre des budgets au niveau des régions. C'est l'enveloppe régionale qui est le dénominateur de base. Et ce qui est important, quand on regarde dans une région, c'est s'il y a des établissements qui, pour une période ou pour un cycle, doivent gérer un déficit, s'il y a autant ou plus de surplus dans d'autres établissements, c'est ce qui nous redonne notre équilibre au niveau de la région. Il faut voir l'ensemble. Quand on sort un établissement dehors et qu'on ne le regarde pas dans son contexte régional, on ne comprend pas vraiment ce qui se passe.

Maintenant, M. le Président, la seule façon de ne pas avoir ce problème-là... C'est un problème à gérer, c'est une situation à gérer, et la seule façon de ne pas l'avoir, ce serait de ne pas avoir de sécurité d'emploi. Si on n'a pas de sécurité d'emploi, on va faire comme les grandes corporations quand elles ont transformé leur système, elles ont acheté les départs. Elles donnent X aux personnes, puis elles mettent dehors le nombre de monde qu'elles veulent mettre dehors dans le temps qu'elles veulent mettre le monde dehors. Personne n'a de sécurité d'emploi. C'est sûr qu'en ayant la sécurité d'emploi — puis on a dit qu'on était pour la respecter, puis on va la respecter — c'est une situation à gérer. Mais, là, vous expliquer comment elle va être gérée, je pense que, jusqu'ici, comme ça se passe, moi, j'ai toute la confiance, et l'équipe technique aussi, qu'il n'y a pas de raison que ça ne fonctionne pas, mais c'est une situation à gérer et à gérer de façon serrée.

Je voudrais juste apporter une petite précision, si la réponse est assez claire pour ça, pour le moment, à d'autres éléments qui ont été soulevés. Quand on parle des augmentations de salaire qui ont été données...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il y a une autre question sur le même sujet, avant qu'on change de sujet. Est-ce que le député de Mille-Îles... C'est un autre sujet. M. le député de Nelligan.

Reconnaissance de la langue comme critère de choix du personnel

M. Williams: Merci, M. le Président. Une brève complémentaire à la question du député de Robert-Baldwin. Et je voudrais profiter de l'expérience de M. Gauthier, qui est ici. Compte tenu que vous êtes en train de transférer un certain nombre de personnes, je voudrais savoir si vous avez tenu compte des droits acquis, linguistiques, de ces travailleurs et travailleuses qui viennent des établissements qui ont une reconnaissance de l'article 29.1 de la Charte de la langue française? Parce qu'il y a une obligation institutionnelle, et pas nécessairement individuelle, et s'ils viennent d'un établissement avec cette reconnaissance et qu'ils sont transférés dans un établissement qui n'a pas cette même reconnaissance, il y a certainement une différence de climat et aussi de droits acquis, qui étaient reconnus

avant. Allez-vous tenir compte de ça avec tous vos plans?

M. Rochon: M. le Président, la réponse, globalement, c'est oui. Et j'ai eu d'ailleurs, il y a quelques jours...

M. Williams: Comment? Excusez. Comment?

M. Rochon: Je peux continuer? J'ai eu, il y a quelques jours d'ailleurs, une rencontre d'une bonne heure, une heure et demie avec un des comités aviseurs du ministre, qui est le comité d'accès de la langue française. On a vu l'ensemble du comité pour discuter de l'accès...

M. Williams: Il y a un comité?

M. Rochon: ...aux services en langue anglaise. On a eu une autre rencontre avec eux récemment pour revoir l'ensemble de la situation. Ils ont préparé un avis, d'ailleurs, au ministre, qu'on étudie, et je dois les revoir très prochainement pour que je puisse profiter de leurs avis, du suivi de la situation qu'ils peuvent faire et qu'on s'assure de gérer ça correctement.

Lors de l'établissement des conventions collectives, du côté patronal, si vous voulez, on était d'accord. Dans certaines régions, on a même proposé que la langue du personnel soit même un critère comme tel, si vous voulez, en plus de la séniorité, pour le choix des transferts, mais ça a été refusé par les syndicats, ça n'a été accepté d'aucune façon, de sorte que le critère est uniquement la séniorité, ce qui compte en termes de rang de choix. Mais on me dit qu'en pratique, comme les gens sont conscients de cette réalité, ils veulent s'assurer qu'il y a des gens qui transfèrent entre les établissements, qu'on en tienne compte au niveau de la gestion du personnel quand même, même si ça n'a pas été donné comme un critère, comme la séniorité, comme critère de priorité de choix, et qu'à peu près 80 % du personnel, me dit-on, qui se trouvent à transférer entre les établissements soient reconnus comme anglophones ou reconnus comme francophones dans le même réseau. Ce n'est pas deux réseaux différents, mais dans le même sous-ensemble, si vous voulez.

M. Williams: Merci. Dernière additionnelle, M. le Président. Je voudrais savoir, peut-être plus tard, est-ce que le ministère peut nous fournir ce qu'il est en train de faire pour les derniers 20 %? Parce que vous avez mentionné que 80 % des personnes viennent d'un établissement reconnu par l'article 29.1 de la Charte de la langue française et sont transférées à un autre. J'accepte ça, mais ce n'est pas un changement. Mais, pour les autres 20 %, particulièrement compte tenu du refus que vous avez déjà mentionné, pas de vous mais des unions, je voudrais savoir qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour protéger ces... Je ne parle pas de services, je vais vous questionner sur ça plus tard, je parle des

travailleurs et travailleuses qui sont transférés. Je voudrais savoir comment ces 20 % sont protégés.

M. Rochon: M. le Président, ça ne nous a jamais été présenté comme une situation, même par le personnel, où du personnel soit de langue anglaise ou de langue française voulait être, comme on dit, protégé pour transférer dans un établissement nécessairement reconnu, dans le cas des établissements de langue anglaise, en vertu de l'article 29.1, ou dans un établissement de langue française. Il y a certaines personnes qui ont choisi d'elles-mêmes d'aller dans un autre type d'établissement.

L'objectif dont on est responsable, c'est de s'assurer qu'il y a des établissements désignés et qu'on maintienne le nombre d'établissements désignés après la transformation pour assurer ce à quoi la loi nous engage. Et, là-dessus, on a toujours dit qu'on va respecter, sans aucun problème, ces exigences-là, s'assurer qu'on aboutit en bout de ligne avec la carte des établissements et le nombre d'établissements aux bons endroits désignés pour assurer l'accessibilité aux services dans la langue anglaise, dans ce cas-là. Mais ça peut être le cas, dans les 20 % qui restent, des gens qui étaient d'accord pour aller dans un autre établissement, et des gens qui viennent d'un établissement francophone et qui sont fonctionnels en anglais aussi. Et ce qui est important, c'est que, pour le client, le service soit disponible dans sa langue. Je pense qu'on s'entend bien là-dessus.

• (16 h 40) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Mille-Îles.

Fonds et services associés au concept d'économie sociale

Mme Leduc: Merci, M. le Président. M. le ministre, vous avez fait mention dans vos remarques préliminaires, vous avez fait référence à l'économie sociale. Évidemment, ça a été largement discuté à la conférence socioéconomique. Cependant, votre ministère s'était engagé, lors de la marche «Du pain et des roses», dans les 25 000 000 \$ que le gouvernement entendait consacrer, dans une première année, à la création d'emplois d'utilité sociale, à contribuer pour un 10 000 000 \$, ce qui est quand même assez important. Vous nous avez dit aussi qu'à l'automne on verrait des applications de ça. J'aimerais savoir si vous pouvez nous dire maintenant de quelle façon votre ministère compte favoriser l'émergence de ce secteur. Et je pense que ça pourrait être — c'est important que ce secteur démarre — une réponse au problème d'emploi général du Québec, mais peut-être aussi au problème d'emploi que la réforme peut donner, surtout pour les gens qui étaient surnuméraires ou sur appel.

M. Rochon: M. le Président, je pense que la députée a tout à fait raison. Tout ce qui est le domaine de l'économie sociale, à mon avis, ce que j'en comprends,

est probablement ce qui va permettre de développer sur des bases financières beaucoup plus solides tout le réseau communautaire et le réseau d'organismes communautaires qui assurent des services sans chercher un profit en termes d'argent, mais qui sont vraiment des organismes qui travaillent au développement d'une communauté.

Présentement, dans l'opération où on est, il y a un effort qui est fait par différents ministères, comme la députée y fait référence, pour libérer des fonds à travers les budgets qu'on a pour commencer à créer des fonds locaux qui peuvent permettre, effectivement, soit de financer des organismes qui existent ou d'aider à la création de nouveaux organismes qui correspondent aux besoins d'un secteur. Dans le domaine de la santé, la responsabilité de 10 000 000 \$ qu'on avait prise se partage entre des sommes qu'on alloue, d'une part, déjà et l'addition d'argent qu'on fait dans le domaine des ressources communautaires. On fait une addition, je pense, de 23 000 000 \$, ou quelque chose du genre, sur un budget de 100 000 000 \$; il y a donc une augmentation importante. Alors, il y a ça, puis une partie de ça — et c'est là-dessus qu'on travaille présentement — pourra être orientée, si vous voulez, vers un fonds qui pourra être utilisé plus comme un fonds d'économie sociale.

Et il y a aussi certains des argents qui sont transférés dans le domaine plus général du maintien à domicile, parce que, pour le réseau de la santé et des services sociaux, le type d'organismes — puis il y en a peut-être 10, 12 présentement qui existent au Québec, qui ont été des projets-pilotes de différentes natures — ce type de projet là, dit d'économie sociale, c'est surtout dans le domaine du maintien à domicile qu'on les retrouve dans notre secteur. Alors, il y a là une autre voie budgétaire sur laquelle on travaille pour que soit des budgets d'argent soient transférés, soit que des activités, avec le budget, puissent être transférées dans ce nouveau secteur de financement.

Maintenant, ce qui va être important pour que ça puisse vraiment décoller, c'est qu'on puisse vraiment avoir des stratégies intersectorielles beaucoup plus efficaces. On n'y arrivera pas ministère par ministère. Depuis un an, il y a un travail important qui s'est fait entre le ministère de la Sécurité du revenu et le ministère de la Santé et des Services sociaux; on en avait parlé, si je me rappelle bien, l'an passé. Les choses ont évolué de ce côté-là, et, avec la réforme de la sécurité du revenu qui se prépare, on a des hypothèses, là, qui deviennent de plus en plus solides, de jonctions de fonds qui pourraient être faites, au moins de ces deux secteurs-là, et peut-être d'autres, pour vraiment faire que ces fonds-là qu'on crée localement soient un peu plus consistants.

En plus de ça, il y a des approches qui ont commencé et qui vont se faire beaucoup, comme discussions et comme tractations, si vous voulez, entre le secteur public et aussi le secteur privé dans le cadre du dossier et du chantier sur l'économie sociale qui est né de la

conférence socioéconomique. Parce que si on a une meilleure gestion de nos fonds publics, de façon intersectorielle, en fonction des communautés locales, et qu'on peut y intéresser des partenaires privés... Bon, on sait que le Mouvement Desjardins, pour un, a participé à des expériences et a manifesté un certain intérêt de ce côté-là. Ce n'est pas impossible, me dit-on, mais c'est à voir: peut-être que les fonds de développement des centrales syndicales, de la FTQ et de la CSN, pourraient être intéressés, pour certaines de leurs activités, à participer à des expériences comme ça. Alors, c'est en faisant converger ces différentes voies là que je pense qu'on pourra voir venir, à l'automne prochain — j'espère, en tout cas — au sommet socioéconomique, quelque chose, là, où on commence à avoir des masses critiques de fonds.

Alors, il faut bien voir que notre petit 10 000 000 \$, nous, j'espère qu'il sera un levain qui fera lever la pâte, mais seul, là, il ne pourra pas vraiment tout faire. Il faut vraiment que tout ce mouvement-là se développe au cours des prochains mois.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin.

Construction d'un hôpital dans la région de Lanaudière

M. Marsan: M. le Président, c'est la deuxième année qu'on a des coupures extrêmement importantes. On parle de 669 000 000 \$...

M. Rochon: Il va y en avoir une troisième, M. le Président.

M. Marsan: ...on parle de 275 000 000 \$ à être répartis. On ne sait pas, la santé, comment elle va être affectée là-dessus. On a mentionné tantôt que ce gouvernement-là pouvait faire un peu d'électoratisme en donnant des augmentations de salaire pendant la période référendaire, et là on apprend, et ça n'a pas été des grosses annonces officielles, celles-là, mais on apprend que le ministre a l'intention de bâtir ce que le réseau appelle maintenant l'hôpital Parizeau, dans la région sud de Lanaudière. Les autorisations ont été données pour engager les professionnels. C'est à la page 367, 357... j'ai de la misère avec vos chiffres, ici...

Une voix: Ils sont mal imprimés.

M. Marsan: C'est 357? Oui, c'est 357. Alors, le ministre a accordé l'autorisation d'engager, pour 4 400 000 \$, les professionnels, architectes et ingénieurs, je suppose. On prévoit un hôpital de 168 000 000 \$, le coût de construction, et également le coût d'opération, on parle de 62 000 000 \$. On sait que l'hôpital Le Gardeur, qui est dans cette région-là, a été amélioré. La décision avait été prise sous les péquistes, dans le mandat antérieur, et le parti libéral l'avait finalisée. C'est un hôpital de 250 lits.

On sait aussi qu'il va y avoir des élections dans cette région-là. Est-ce que c'est vraiment justifié? On ferme partout des lits, à travers la province, on ferme des hôpitaux puis on va en bâtir un qui, par hasard, par hasard, va être dans le comté de l'ancien premier ministre, ou tout près du comté, ou à la limite du comté de l'ancien premier ministre. Il n'y a pas quelque chose là? La logique là-dedans, est-ce qu'elle est toujours aussi importante, ou il n'y a pas une petite senteur d'électorisme autour de ça?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, je peux vous dire que la logique dans ce cas est plus forte que la démagogie. Bon. D'abord, ce qui revient depuis deux fois en préambule, les augmentations de salaire qui ont été convenues avec les syndicats dans le cadre... lorsqu'on essaie de faire une référence au référendum, ça n'a rien à voir. Ce qui a été convenu avec les syndicats reposait, entre autres, sur deux éléments rationnels. D'abord, l'augmentation — qui n'est pas pour cette année; cette année, c'est la loi 102 qui est soustraite, et ce n'est que l'an prochain qu'on aura une augmentation de 1 % — a été faite en mettant bien au clair avec les syndicats, et ça fait partie des conventions collectives, que ça devra se compenser dans une large mesure par des gains de productivité dans le système. Parce que tout le monde était bien conscient qu'il n'y a pas d'argent neuf qui peut être donné et qu'il faudra vraiment le compenser par des gains de productivité. Et cette marge de manoeuvre là avait déjà, à l'époque, de toute façon, été prévue au budget Campeau, ce qui a été le premier budget du gouvernement actuel. Ce budget-là avait prévu une marge de manoeuvre pour un certain nombre de choses, y compris ce qui pourrait être convenu lors des conventions collectives qui étaient à venir après le moment où a été déposé le budget, et ça n'a donc pas demandé de rebousculer des budgets ailleurs pour faire face à cette situation. Ça avait été prévu au budget Campeau, et ça a été fait en comprenant très bien qu'il y a des gains de productivité à aller chercher pour compenser cette augmentation de rémunération.

Maintenant, l'autre élément de logique, je pense, dont il faut se rappeler, c'est avec les analyses qui ont été faites et les comparaisons avec des emplois comparables dans le secteur privé, un autre élément qui a emporté cette décision ou cette entente avec les syndicats, c'est qu'en bout de cycle couvert par les conventions collectives qui ont été renouvelées l'année dernière les employés du secteur parapublic dans le réseau de la santé et des services sociaux et de la fonction publique seront à peu près à parité, à secteur comparable, avec le privé. Il reste une différence importante, si on prend l'ensemble du public par rapport au privé, mais on sait que, ça, c'est à cause ou ça vient de la différence importante qui reste entre les employés municipaux par rapport au privé. Mais les employés de la fonction publique du Québec et des deux grands réseaux seront à un

niveau comparable au privé. Donc, ce n'est pas un cadeau qui a été fait parce qu'il y avait un contexte référendaire, mais il y a eu une logique très rigoureuse de ce côté-là.

● (16 h 50) ●

Donc, ça, ça nous a amenés à parler du centre hospitalier dans le sud de la région de Lanaudière. Il y a deux projets de nouveaux centres hospitaliers dans la périphérie de Montréal: c'est au sud de la région de Lanaudière et dans la région de Laval. Et c'est deux projets qui avaient évolué depuis très longtemps et qui font maintenant un cheminement très intéressant, qui est exactement dans le sens de la transformation qui est en cours.

D'abord, pour le sud de Lanaudière, il y a un besoin de transfert de lits de courte durée pour cette population-là, qui est établi, de l'ordre d'à peu près 150 lits pour la population du sud de cette région. En tenant compte que les services surspécialisés vont être fournis par Montréal, ça donne à la population du sud de la région — si on prend que c'est une région qui est habituée à travailler avec deux grands territoires, le nord et le sud — ça va leur donner, si je me rappelle bien, de mémoire, quelque chose de l'ordre de 1,3, 1,5 lit par 1 000 habitants. Et je vous disais tout à l'heure que la norme d'entre 2 et 2,5 est une norme pour l'ensemble du Québec, une moyenne pour l'ensemble du Québec, et que, selon les territoires et selon les endroits où les gens vont vraiment chercher des services, c'est aussi bas que 1 à 1,5 par 1 000 de population dans certains endroits. C'est ça qui est la réalité en termes de nombre de lits pour la population du sud de Lanaudière. Puis on sait que c'est une population qui s'est développée, c'est un des endroits au Québec où la population a le plus augmenté à cause de l'étalement urbain à partir de Montréal — on ne veut pas l'encourager, mais il est fait, là; la population est rendue là — et aussi, me dit-on, à cause de l'immigration d'autres régions du Québec vers cette région-là. Donc, il y a eu dans les 10 dernières années une progression démographique énorme dans ce secteur-là, et il y a un besoin de ressources de plus.

Il existe l'hôpital Le Gardeur. Les études techniques qui ont été faites ont démontré qu'un agrandissement à Le Gardeur n'était pas vraiment possible compte tenu de la bâtisse qui est là et du terrain qui est disponible. Alors, la décision vers laquelle, progressivement, au niveau de la région et du ministère, on s'oriente, c'est que Le Gardeur puisse être utilisé pour concentrer le développement des lits de longue durée et qu'on puisse redéployer de façon plus centrale dans cette partie-là de la région, ou dans la sous-région du sud de Lanaudière, les lits de courte durée.

L'autre élément que je veux rajouter, on l'a vu évoluer de façon éclatante dans la région voisine de Laval, et on va procéder avec équité pour les deux régions... Et, à ce titre-là, il y a un lien à faire avec le développement d'un des campus, un des pavillons du CHU de Montréal, qui est celui de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, qui va devenir un hôpital de type ambulatoire.

Laval vient de décider que son projet d'hôpital va être un hôpital ambulatoire. Et la décision qu'on a prise et ce qu'on a transmis comme décision à la Régie régionale de Lanaudière, c'est qu'avec les travaux qui vont être faits au niveau du PFT on s'enlève vraiment sur un concept d'hôpital ambulatoire, de sorte qu'on ajoute le nombre de lits strictement requis pour la population et qu'on ait le type d'établissement de l'hôpital de l'an 2000 et non pas du milieu des années du XXe siècle, qu'on ait vraiment l'hôpital moderne qui va générer le développement de toutes les alternatives ambulatoires en ayant le noyau de lits de courte durée qui est nécessaire pour la population.

Alors, on verra vraiment le portrait quand les gens vont avoir fait le travail du plan fonctionnel et technique, qu'ils vont avoir suivi l'évolution. Et, d'ailleurs, on met en relation ensemble le projet du sud de Lanaudière, de ville Laval et le campus Hôtel-Dieu du CHU de Montréal pour qu'on puisse vraiment avoir une fertilisation croisée entre les trois. Il y a déjà des gens, d'ailleurs, qui préparent une visite de centres ambulatoires américains pour qu'on puisse profiter de l'expérience qui a été développée chez nos voisins, et je pense qu'on aura là des beaux prototypes de ce qui est l'hôpital moderne qu'on veut pour le prochain siècle.

Alors, comme je le disais, il y a du rationnel dans ce développement-là, qui est beaucoup plus fort que la démagogie qu'on a voulu entretenir à côté de ça, dans le sud de cette région.

M. Marsan: M. le Président, simplement pour rappeler au ministre, là, dans les documents que j'ai pu voir, qu'il y avait une étude d'experts — ce n'est pas de la démagogie: la firme CGO — qui démontrait que la région du sud de Lanaudière n'avait pas un besoin aussi urgent que le ministre le dit. Et, ensuite, le ministre vient de dire que vous avez l'intention de travailler avec l'hôpital de Laval, alors qu'à la page 359 on nous dit que ce projet est suspendu. Ce serait juste... En tout cas, c'est pour attirer votre attention. Mais, là, je veux laisser la parole à mon collègue, qui avait d'autres questions.

M. Rochon: Écoutez, là. Toute la réforme... On dit, M. le Président, que, dans la région de Laval, le projet d'hôpital est suspendu...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Voulez-vous répéter, M. le député de Baldwin?

M. Marsan: Oui, page 359, en 95.16. Aucune autorisation n'est accordée. «En effet, ce projet est suspendu.» Et on fait référence, dans le paragraphe précédent...

M. Rochon: Ce qui a été suspendu, selon 95.16, c'est le premier projet qui avait été conçu, qui était vraiment un projet très, très, très traditionnel, si vous voulez, et où on n'avait pas encore appliqué... Et là je

reviens aux enveloppes régionales. Il faut vraiment comprendre ça. Tant qu'on n'avait pas une distribution du budget au niveau des régions, sur la base de la population des régions, avec une équité interrégionale, chaque région tentait d'aller chercher le plus d'établissements possible, le plus de brique et de mortier possible, parce que c'était la façon de faire rentrer de l'argent dans la région. Une fois qu'on l'avait en brique et mortier, on avait aussi attaché, en plus de l'immobilisation, les budgets de fonctionnement pour l'avenir. Et c'était connu. Et on a toute une culture de gestion dans le réseau de la santé — je suis sûr que le député de Robert-Baldwin sait de quoi je parle — une culture de gestion qui courait après la brique et le mortier. Mais, à mesure que les gens ont compris que ce n'est plus comme ça que le réseau est géré et qu'on a vraiment des budgets en fonction des populations, les gens raisonnent autrement. Et les gens de Laval, pas seulement de la régie régionale, pas seulement des établissements, mais la communauté de Laval et le comité socioéconomique développé avec les gens de la régie régionale ont accepté de reprendre leur projet, de le refaire complètement. Et là ils viennent de sortir avec un nouveau projet qui est vraiment un projet d'avenir.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Avec ça, nous avons...

M. Rochon: On vous rappelle que même le maire de Laval est impliqué et d'accord avec l'orientation actuelle.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Nous avons bel et bien entendu la confirmation de l'hôpital de Parizeau. Avec ça, c'est assez clair.

M. Rochon: M. le Président, je pense que, lors de l'étude des crédits, je m'excuse, on essaie d'informer le monde correctement. Il n'y a pas d'hôpital qui s'appelle l'hôpital de Parizeau, il n'y a pas d'hôpital dans le comté de M. Parizeau. Et quand je parle de démagogie, je pense que c'en est, ça. Il y a un hôpital qui va être un hôpital qui va correspondre aux besoins de la population dans le sud de la région de Lanaudière. Et quand on regarde les per capita, si vous voulez même juste comparer les régions périphériques de Montréal en termes de per capita de ressources de santé, dans cette région-là, pour l'ensemble de la région de Lanaudière, on a 56 sur une base de 100, par rapport à des choses qui varient de 58, 57 ou 64 pour les régions périphériques, et près de 150 pour Montréal-Centre. Alors, je pense que, quand je vous dis que les données sont claires, qu'il y a un besoin, en termes d'équilibre interrégional, de confirmer un développement de ce côté-là, les données sont claires

là-dessus, et les allusions qu'on fait sont vraiment démagogiques, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Question, M. le député de Nelligan.

Frais administratifs et de voyage

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. On essaie de comprendre le ministre. On essaie de croire le ministre. Il parle beaucoup de coupures. Il demande un effort extraordinaire de tout le réseau de santé et services sociaux, des travailleurs, des travailleuses, des malades. Nous avons entendu tout ça. Nous avons entendu les beaux discours du ministre, mais, effectivement, les données sont assez claires, les faits sont assez clairs.

Je voudrais, compte tenu de tout ce beau discours, compte tenu que vous êtes en train de fermer des hôpitaux, de changer le système, tel que nous vous avons questionné, je voudrais savoir, depuis que j'ai commencé à étudier les crédits, pourquoi nous avons les chiffres tels que nous avons trouvés dans votre propre ministère. Moi, je voudrais citer quelques chiffres: 605 000 \$ pour des photocopies, 36 000 \$ pour les frais mensuels pour les télécopies; c'est un total de 432 000 \$ par année pour les fax. Pour les cellulaires, je pense que vous êtes en pleine communication avec beaucoup de monde, M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, est-ce qu'on peut demander où, à quel document, à quelle page? Est-ce qu'on peut suivre?

M. Williams: Vos documents de crédits que vous avez fournis. Si vous voulez savoir la page, c'est page 45, des «Réponses aux questions générales».

(Consultation)

M. Williams: Je vous donne le temps de trouver vos chiffres, M. le ministre.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Page 45.

M. Williams: Page 45 d'un de vos documents, qui s'appelle...

M. Rochon: C'est beau, M. le Président.

● (17 heures) ●

M. Williams: Vous avez trouvé? Bon. Parce que ce n'est pas tout le monde qui a ce document, avec ça. Je vais continuer à lire... je vais recommencer, actuellement. Il y a 605 000 \$ pour les photocopies. Pour les fax, il y a 36 000 \$ de frais mensuels; c'est 432 000 \$ par année. Pour la téléphonie cellulaire, frais mensuels, 43 511 \$, pour 522 000 \$ par année. Nous avons les achats de cellulaires. Nous avons les pagettes, 9 000 \$.

Nous avons les mobiliers de bureau, 26 000 \$. Nous avons, pour les distributeurs d'eau de source, 9 500 \$. Et je pense que les chiffres ne sont pas 100 % corrects. Quand vous parlez des voyages, vous parlez de 222 050,97 \$ pour les voyages. Vous dites «au Québec», mais je présume que c'est à l'extérieur du Québec, et de 15 152 \$ au Québec. Ça continue, parce que vous avez tout ajouté à la dernière minute: 423 000 \$ pour les frais de transport, un autre 530 000 \$ pour les frais de subsistance et de logement. Un total de 953 000 \$, plus ou moins. Juste sur cette page, M. le ministre, 3 000 000 \$.

Je voudrais aller dans la section sur les voyages, parce que vous êtes en train de couper les services qui touchent les malades. Je trouve 73 «trips», voyages en dehors du Québec.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dans quel document, M. le député, s'il vous plaît? Le même?

M. Williams: Encore une fois, dans le même document, aux pages 17, 18, 19 et 20, parce qu'il y a plusieurs voyages, M. le Président. Il y a 73 voyages à l'extérieur du Québec. Vous pouvez trouver huit visites à Paris — à Paris au printemps! Pas toujours au printemps — et vous pouvez trouver plusieurs voyages de plus d'une personne. Voilà un exemple: à Paris, du 16 au 23 mars, trois personnes sont allées: M. Aubert Ouellet, Dr Lesage et Louise Fournier. Vous pouvez trouver aussi, à Paris encore, du 12 au 22 octobre, deux personnes sont allées: Suzanne Moffet et Suzie Lapointe. Vous pouvez trouver des visites dans des places extraordinaires, M. le Président: en Suisse, aux États-Unis, au Brésil, en France, à Haïti, au Rwanda, en Italie, en Espagne, en Suède. On peut remarquer qu'il y a une conférence en Suède, à laquelle Madeleine Rochon a participé. Vous pouvez en trouver une autre en France, à laquelle Christine Colin a participé. On peut continuer avec ça, M. le ministre.

Nous avons tout ça, mais, dans le même document, des 73 voyages, vous avez donné juste sept bilans et sept résultats des rencontres. Parce que, vous voyez, sur le côté droit de la page, c'est assez vide, vous trouvez juste... Parce que nous avions demandé, l'année passée, d'avoir les raisons. Qu'est-ce que vous avez fait? Quels objectifs vous avez atteints dans ces voyages? Sur les 73, nous en avons juste sept. Presque le dernier... je voudrais juste mentionner qu'on peut discuter de la valeur de tous ces voyages, mais un qui m'a frappé, c'est à Paris encore, participer à deux journées de travail sur la recherche en musicothérapie et présenter une communication au quatrième congrès.

M. le Président, je voudrais demander au ministre comment il peut demander ces coupures sévères dans le réseau et en même temps ne pas, au moins, ralentir les voyages. Il n'a pas pris, selon mon opinion — et ce n'est pas de la démagogie, les faits parlent par eux-mêmes — il n'a pas pris assez... Peut-être qu'il va dire qu'il a assez fait, mais je pense qu'il n'a pas fait assez.

Quand on peut dire: plus de 500 000 \$ dans les cellulaires, plus de 400 000 \$ dans les fax... Il me semble que, dans le contexte actuel... Le ministre lui-même dit que c'est exceptionnel, extraordinaire. Il doit prendre des gestes extraordinaires. Pour la bonne compréhension de la population, je laisse le ministre expliquer ces chiffres, parce que... Sans une bonne explication de ces chiffres-là, je pense que ce sera assez clair pourquoi la population du Québec ne croit pas le ministre quand il dit que tout le monde fait son effort.

Le Président (M. Bertrand Charlevoix): Réponse, M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, je pensais qu'on avait complété l'étude des crédits 1995-1996 dans une opération antérieure puis qu'on était aux crédits 1996-1997. Mais on peut toujours revenir sur cet exercice-là, si c'est ce que les membres de la commission souhaitent.

D'abord, je dois vous dire qu'on parle là... Ça a peut-être l'air impressionnant de dire des chiffres puis de les lancer comme ça, mais on parle d'un ministère qui a 900 employés, 900 fonctionnaires qui travaillent avec 18 régions, un réseau d'à peu près 750 établissements, un personnel d'à peu près 230 000 personnes à travers tout le réseau. Alors, qu'il y ait des téléphones, qu'il y ait des documents qui aient circulé, je pense qu'on n'a pas à se surprendre de ça. Si le député, M. le Président, veut insinuer qu'on aurait une vérification de détails à faire pour voir jusqu'à quel point on a été le plus efficace possible, d'accord, j'en parlerai dans une minute en fonction des crédits de l'an prochain. Mais je pense qu'à prime abord ce serait pour le moins inexact de suggérer qu'on a là des chiffres qui sont disproportionnés, quand on pense à ce qu'est le réseau, qui est responsable du tiers du budget du Québec en termes de budget de dépenses et qui a les dimensions auxquelles je veux référer. Alors, ça relativise pas mal tout l'opération. Maintenant, parmi les dépenses qu'on a faites, il faut dire que... On me dit qu'on a eu pour 40 000 pages de photocopies à faire pour répondre à toutes les questions que nous ont demandées les membres de l'opposition. M. le Président. Ça, c'est aussi là-dedans.

Quand on regarde les voyages...

M. Williams: Oui, s'il vous plaît.

M. Rochon: Je regarde rapidement, là...

M. Williams: Malgré toutes ces photocopies, souvent, nous n'avons pas vraiment eu les réponses.

M. Rochon: Non, mais il faut dire qu'au nombre de questions, au volume puis avec les délais qu'on nous a donnés pour répondre, vous avez... Les membres de la commission, M. le Président, je pense qu'ils ont pas mal de réponses, et ça les aidera à poser déjà des questions encore meilleures pour qu'on continue à leur donner plus d'information.

Maintenant, quand on regarde les voyages, il faut faire attention aussi. Je n'ai pas eu le temps de regarder la liste très en détail, mais, même quand on la parcourt, les pages 17 et suivantes, la majorité de ces voyages-là sont faits au Canada: à Toronto, à Ottawa, à Vancouver. Je dis «la majorité», il y en a une forte proportion, je ne les ai pas comptés, et qui font partie du travail normal avec nos voisins des autres provinces du Canada.

Dans les autres pays, je ne sais pas si... On peut peut-être questionner de façon plus critique ces voyages-là, mais c'est des rencontres... Dans certains cas, c'est de la participation, comme en Haïti, par exemple, à des programmes de coopération internationale et, dans plusieurs cas, c'est des développements de programmes, soit avec l'Organisation mondiale de la santé, le centre collaborateur. Alors, il faudrait vraiment aller les chercher. Mais je pense que ce que je voudrais dire ici, à prime abord, il n'y a pas là une mauvaise gestion de fonds publics. Il y a un réseau important qui entretient des relations avec les autres provinces canadiennes, avec les États-Unis, avec d'autres pays dans le monde, et ça nous amène à ce volume-là, effectivement, à un certain niveau d'activités.

Maintenant, en fonction des crédits de 1996-1997... Et il faut dire que, l'an passé, on avait resserré des budgets, avec ce qui était la politique, à l'époque, de croissance zéro. On a rétabli et ça a déjà été important comme effort. L'année qui s'en vient, on sait qu'on a croissance zéro moins un montant de 500 000 000 \$ qui avait déjà été annoncé dans le budget de Campeau, auquel se sont ajoutés d'autres montants, entre autres de ce qu'on doit faire comme réajustement de la diminution des transferts fédéraux, on a une facture plus dure à aller chercher. On s'est donné comme objectif, pour 1996-1997, au niveau de tout ce que sont les dépenses administratives, de faire une diminution de 15 % dans le budget qu'on a. Alors, ça va nous demander un réexamen très sérieux, effectivement, de ce qu'on avait fait l'année passée, déjà comprimé, en étant le plus rationnels possible dans notre opération, et on va faire un effort encore plus grand l'an prochain; objectif: moins 15 % des dépenses de nature administrative à travers toutes les fonctions nationales du réseau.

Alors, je pense que c'est un effort que pas beaucoup d'organismes ont fait dans les récentes années, et font actuellement.

Le Président (M. Bertrand Charlevoix): D'autres questions?

M. Williams: Merci. Avec ça, si j'ai bien compris tous vos chiffres que vous avez donnés, avec vos photocopies, vous allez couper 15 % des 222 000 \$ pour les voyages à l'extérieur du Québec l'année prochaine. Est-ce que j'ai bien compris?

M. Rochon: Non, ce n'est pas ça. Ce que j'ai dit, M. le Président, c'est qu'on fait une coupure, une compression de 15 % dans l'ensemble des dépenses

administratives du ministère, ce dont on parle. On ne va pas nécessairement faire 15 % à chaque ligne du budget. Je pense qu'il y a peut-être des endroits, certains types de dépenses — je ne peux pas entrer dans ces détails-là — qui seront comprimés plus fort, d'autres moins fort. Globalement, on va diminuer. On me dit que, déjà, les objectifs, parce que les gens continuent à travailler, voir comment on va réaliser cet objectif de 15 % global... Au niveau des voyages, on parle de faire une diminution de l'ordre de 20 % des sommes qui ont été affectées à ce type de dépenses.

● (17 h 10) ●

M. Williams: M. le ministre, encore une fois, vous avez... En chiffres réels, pour passer le message à la population, nous sommes en train d'étudier les crédits 1996-1997. Qu'est-ce que vous voulez... Qu'est-ce que vous pouvez dire maintenant, quand vous êtes en train de fermer les hôpitaux? Est-ce que vous pouvez dire maintenant que vous allez arrêter les voyages à l'extérieur du Québec, aussi à l'extérieur de notre pays? Et est-ce que, aussi, au moins au minimum, commencer... Parce que, juste pour expliquer, 27 de ces voyages étaient en dehors du Canada. Est-ce que vous pouvez au moins exiger qu'il y ait un bilan, qu'il y ait une évaluation de l'efficacité de ces voyages? Ils ont fait 73 voyages partout dans le monde et, juste dans 10 % des cas, vous avez une évaluation de ça. Est-ce que, au moins, vous pouvez insister, obliger d'avoir un bilan? Et, deux, est-ce que vous ne pourriez pas peut-être aller plus loin que juste 20 %, dire: À cause des raisons extraordinaires maintenant, nous, on ne voyage pas parce qu'on veut sauver l'argent pour les malades?

M. Rochon: Je rappelle que... Excusez. Premier point, là, que je voulais rappeler... Parce que le député a trouvé le moyen, M. le Président, de faire référence encore aux coupures affreuses qu'on fait dans les hôpitaux. Je vais rappeler encore que les coupures faites dans les hôpitaux ne sont pas faites d'abord et uniquement pour économiser. Elles sont faites aussi et surtout pour rééquilibrer les ressources du réseau de la santé et des services sociaux. C'est d'abord ça. Et, effectivement, en faisant ce transfert de ressources sur des technologies plus légères, on peut absorber les compressions qu'on doit absorber de toute façon. C'est important de réaliser ça, parce que, autrement, on aurait continué à fonctionner comme on faisait avant, en faisant des coupures de type paramétrique, comme on dit dans notre jargon, à travers tout le réseau, et là on serait vraiment dans une situation difficile. C'est d'abord un exercice de transformation, de rééquilibrage, de restructuration du réseau. Ce n'est pas de couper des hôpitaux plutôt que de couper dans des dépenses de nature administrative. Ce serait faux de dire ça.

L'objectif de 15 % pour l'ensemble des dépenses administratives du ministère, moi, je pense présentement que, quand on aura réalisé ça, ça aura été un pas très significatif. Est-ce que, au niveau des voyages, on doit aller plus loin que le 20 %? On peut regarder ça, peut-

être que oui. Mais j'espère que le député, M. le Président, dans sa question, ne nous suggère pas qu'on devrait systématiquement, complètement, couper tout voyage à l'extérieur du Canada, du Québec, du Canada ou du continent nord-américain. Il y a une fonction et un rôle international que joue le Québec, surtout dans le domaine de la santé, et il y a un minimum — je présume que le député est bien d'accord là-dessus — qu'on veut garder comme liens et comme contacts sur une base internationale.

Maintenant, finalement, le fait que, dans le document que vous avez là, effectivement, il y ait une très faible proportion de l'ensemble des voyages où on voit apparaître qu'il y a eu un rapport de fait et une évaluation de la mission, ce n'est pas une situation qui est correcte. Elle n'est pas, d'ailleurs, le reflet de la réalité. J'ai vérifié. On me dit qu'au moment où ces documents-là ont été complétés toutes les compilations n'étaient pas faites, qu'il y a plus que ça qui s'en vient comme rapports. De toute façon, là-dessus, je suis entièrement d'accord, si c'est ça que suggère le député, que, normalement, quand il se fait une mission à l'extérieur, que ce soit à l'extérieur au Canada, aux États-Unis ou à l'étranger, c'est tout à fait normal qu'il y ait un rapport qui soit fait, qu'il y ait une évaluation et qu'il y ait des briefings qui soient faits de cette mission qui a été réalisée, et on me dit que c'est en cours. Si ce n'était pas en cours, ça, je peux assurer la commission, M. le Président, qu'on va voir à ce que ça se fasse.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'allais justement vous demander, avant de repasser la parole au député, de nous... non pas garantir, parce que c'est un terme qui est fort, mais...

M. Rochon: Non, mais je pense que c'est normal.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...de vous assurer que, dans cette colonne-là, on ait plus de renseignements.

M. Rochon: D'abord, le document ne reflète pas la réalité, au moment où la compilation a été faite pour le document. Et s'il y avait des situations, M. le Président, où ça risquait de ne pas être complet comme système de rapport et d'évaluation, ça, je peux vous assurer qu'on va...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que ce serait trop demander aux gens du ministère, quand le rapport va être complété, de le faire parvenir aux membres de la commission, ne serait-ce que pour que tout le monde soit éclairé?

M. Rochon: Oui. On va non seulement le faire, mais on va en informer la commission. On me dit que ce n'est peut-être pas impossible qu'on puisse transmettre cette information-là complétée...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dans les prochaines heures?

M. Rochon: ...à la commission avant la fin de l'étude des crédits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ce serait apprécié beaucoup. Une dernière question, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Merci beaucoup. J'ai apprécié la réponse du ministre, d'avoir ces réponses, parce que, quand j'ai entendu... Il a dit qu'il a toutes ces informations, mais qu'elles ne sont pas entrées dans les documents. Je me demande combien de fois il va donner cette même réponse quand je vais commencer à questionner dans les autres documents. Mais, en tout cas, on verra.

Une dernière suggestion, pour l'année prochaine encore, compte tenu, effectivement, que, de temps en temps, on doit parler avec nos partenaires, nos voisins et le monde étranger. Mais j'espère que ça va passer une évaluation rigoureuse et qu'on peut avoir une limite, de ne jamais avoir plus d'une personne sur des voyages comme ça.

Non, je sais que ce n'est pas habituel de faire ça, et, souvent, c'est intéressant de jaser tous ensemble, mais c'est une période tellement difficile. Nous sommes en train de couper partout, et je pense qu'à chaque niveau on doit faire nos gestes. Avec ce sermon, suggestion au ministre. S'il veut accepter ça aujourd'hui, j'accepte ça, mais s'il veut juste tenir compte et assurer que nous sommes le plus rigoureux possible sur tous les voyages, d'assurer que la population a la crédibilité dans les démarches qu'il est en train de faire. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. M. le député de Taschereau.

M. Rochon: Vous permettez, M. le Président?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui, M. le ministre.

M. Rochon: Là-dessus, pour ne rien laisser pendant, là, moi, je suis d'accord pour le maximum de rigueur, mais je ne voudrais pas émettre des règles arbitraires pour dire qu'il n'y a jamais plus d'une personne qui part sur une mission. Si on a un objectif de réduire le budget des voyages de l'ordre de 20 %, ce sera à chacun des gestionnaires, à différents niveaux, à décider si on fait cinq voyages d'une personne ou si on fait trois voyages. Parce que, à d'autres voyages, on envoie deux ou trois personnes, compte tenu de la mission et compte tenu du travail qu'il y a à faire. Alors, l'important, je pense que ce sera de gérer une macro, là, en termes de résultat, et de s'assurer que le micro fonctionne à l'intérieur de tout ça. Donc, je pense que ça va dans le sens de la suggestion du député.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Oui. M. le Président, puisque ce que nous disons est inscrit aux minutes et qu'on aura le texte écrit, je voudrais quand même faire quelques remarques sur les questions que posait le député de Nelligan par rapport aux pages 17, 18, 19 et 20, où il demandait qu'on inscrive davantage les bilans et résultats des rencontres. Je voudrais qu'on rende ça, si vous voulez, relatif, d'une certaine manière. Je prends par exemple Bruxelles, à la page 20, Bruxelles, Belgique, du 25 avril au 2 mai. Je ne sais pas si vous voyez. Ça fait une semaine. Une mission visant la promotion des soins palliatifs, 800 \$, Céline Vanasse, travailleuse sociale. J'imagine que les résultats ne devraient pas être des résultats extraordinaires. C'est quelqu'un qui assiste à une mission visant la promotion des soins palliatifs. C'est une question d'échanges internationaux. Évidemment, il y a des endroits où ça pourrait être plus précis. Je vois qu'il y a quand même un montant de 10 000 \$ d'affecté, à la même page, page 20, Port-au-Prince, une mission qui est confiée à un pharmacien de l'hôpital Notre-Dame-de-Grâce de Montréal... Notre-Dame de Montréal, pardon, pour agir à titre de...

M. Copeman: ...à Notre-Dame-de-Grâce bientôt, en tout cas.

M. Gaulin: ...j'ai la parole, je crois, M. le Président... pour agir à titre de consultant auprès du ministre de la Sécurité publique et de la population d'Haïti. Je vois que, dans beaucoup de ces dépenses, il est question aussi, dans de très nombreux cas, de rencontres fédérales-provinciales. Alors, si on attend de mettre les bilans... Je sais que ça fait 30 ans qu'on attend ça. On voudrait bien les mettre plus rapidement.

Une voix: Ha, ha, ha!

● (17 h 20) ●

M. Gaulin: Si je veux faire comme fait le député de Nelligan, de manière un peu plus partisane, c'est le genre de choses que je peux dire. Alors, je ne le sais pas. Tout à l'heure, le député de Nelligan disait: On essaie de croire le ministre. Je le crois. Je trouve qu'ils font de grands efforts, mais les résultats ne sont pas évidents, parce que, au fond, le débat, on est en train un petit peu d'essayer de le refaire, le débat qu'on a fait l'an passé sur la reconfiguration du système de santé.

Maintenant, on nous annonce qu'on est à l'an 2 et les questions qu'on nous pose en sont toujours prises. J'allais dire poignées, à l'an 1. Alors, on est à l'an 2, et c'est dans ce sens-là que, cette semaine, pas plus tard que dimanche, l'ancien ministre, Marc-Yvan Côté, disait: Il a réussi. Chapeau! Rochon. Il a réussi là où j'ai moi-même échoué. Alors, je pense que c'est quand même un témoignage assez exceptionnel, sur un exercice que le ministre fait, qui est un exercice rigoureux, qui est un exercice de choix difficiles, comme le disait

d'ailleurs Marc-Yvan Côté et comme nos amis le savent très bien d'ailleurs. S'ils étaient au gouvernement — on leur souhaite, dans un Québec souverain — s'ils étaient au gouvernement, ils verraient, ils vont voir et ils l'ont déjà vu, que ce n'est pas nécessairement facile. Et ils n'ont pas nécessairement aidé leur ministre, aussi, parce qu'ils l'avaient, d'une certaine manière, désavoué.

Ressources des CLSC pour les services de maintien à domicile

Mais j'en viens à ma question, M. le Président. C'est justement dans cette reconfiguration, le ministre a souvent insisté pour dire que ce qui était fait — il l'a encore dit aujourd'hui, dans son bilan préliminaire — ce qui est fait, c'est fait pour assurer de meilleurs services de santé. Alors, ma question porte sur le programme 1, Services des centres locaux de services communautaires, CLSC, si vous voulez. Alors, vous avez annoncé, M. le ministre, qu'il y aurait au moins 100 000 000 \$ de réinvestis dans le maintien à domicile au cours de la transformation du réseau. Combien les CLSC recevront-ils cette année et est-ce que c'est assez pour faire face aux nouveaux besoins? Je sais, moi, j'appartiens à un comté. Je suis député d'un comté, comme beaucoup de gens qui sont ici, où les services de maintien à domicile sont fort importants et fort attendus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, la réallocation de ressources vers le maintien à domicile est un des objectifs importants de toute la réorganisation, et il y a des transferts très significatifs qui ont été faits. Dans le budget 1995-1996, l'an passé, aux CLSC et aux organismes communautaires qui sont dans le domaine du maintien à domicile, il y a eu un total d'à peu près 30 000 000 \$ qui a été transité, une partie de ça étant du maintien à domicile qui accompagnait le développement des nouvelles places de soins de longue durée, pour s'assurer qu'en développant des places de soins de longue durée en établissement on continue à faire du développement de maintien à domicile pour ne pas risquer d'institutionnaliser ce qui pourrait se faire autrement.

Dans l'exercice qui est prévu pour 1996-1997, il y a à peu près quelque chose, dans la compilation qu'on a faite au niveau des régions, de l'ordre d'un peu plus de 100 000 000 \$, à peu près 105 000 000 \$ de prévus de transferts, un peu plus de 106 000 000 \$ qui sont prévus pour être transférés à l'intérieur des différentes régions vers du maintien à domicile, soit CLSC, soit avec les organismes communautaires. Et il y a quatre ou cinq régions, là, où on n'a pas le décompte final là-dedans. Alors, ça ira sûrement chercher autour du 120 000 000 \$... entre 120 000 000 \$ et 130 000 000 \$, sur le cycle prévu pour la transformation sur les trois prochaines années. C'est ce qui correspond, quand on fait le calcul autrement, à une augmentation d'à peu

près, je pense, 40 % de ce qui se faisait, dans beaucoup de régions, de ce qui se faisait en maintien à domicile.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

Total des crédits périmés

M. Copeman: Juste avant d'enchaîner sur le programme 1 — on va avoir l'occasion, j'imagine, très bientôt de discuter de ça — une petite question d'ordre général. Je sais que le député de Robert-Baldwin va vouloir enchaîner sur les CLSC. À la page 73 des réponses aux questions générales, il y a un tableau que je ne comprends pas. Je cherche simplement des explications. Moi, j'ai cru comprendre — c'est peut-être ma mémoire qui est fautive — qu'il n'y aurait plus de crédits périmés. En général, je me souviens très bien, l'année passée, le président du Conseil du trésor avait dit: Oui, c'est un vieux truc des libéraux de voter des crédits périmés et de reprendre l'argent à la fin de l'année. Peut-être que je me trompe, là, mais il me semble qu'il y a effectivement des crédits périmés pour le ministère. Est-ce que c'est vrai? Et les chiffres, juste pour comprendre, quand il y a une virgule, est-ce qu'il s'agit de 162 000 000 \$ ou est-ce que... C'est ça. Le total, là. Est-ce que je lis les chiffres de façon correcte en disant que le grand total des crédits périmés est de 162 400 000 \$?

M. Rochon: M. le Président, le député a raison. On avait dit qu'il n'y aurait plus de crédits périmés, et on voit effectivement un titre qui parle de la liste des crédits périmés. Maintenant, c'est là qu'on voit que les habitudes sont très fortes, et on garde les mêmes expressions, même si la réalité change.

M. Copeman: Ah! ce n'est pas ça, d'abord.

M. Rochon: Non, pas vraiment. C'est-à-dire que ce que c'est vraiment...

Une voix: ...mais pas des crédits périmés.

M. Rochon: Non, non, c'est l'information que j'ai. Les crédits périmés, on s'entend bien, on avait non seulement des crédits qui, en fin d'année, n'ayant pas été dépensés, étaient périmés, c'est-à-dire qu'ils étaient récupérés par le Trésor, mais on avait développé — et c'est à ça qu'on faisait référence — en plus, l'habitude qu'au moment où on faisait le budget et qu'on allouait des crédits on décidait déjà, à ce moment-là, que certains de ceux-là seraient périmés. On les mettait là, ça faisait bien, mais c'était déjà décidé qu'on ne les utiliserait pas. Ils étaient périmés avant d'être alloués. Bon.

M. Copeman: «On» exclut la personne qui parle?

M. Rochon: Oui, dans ce cas-ci.

M. Copeman: Oui, oui.

M. Rochon: Dans de ce cas-ci, oui.

M. Copeman: O.K.

M. Rochon: La réalité de la liste qu'on a à la page 73, c'est effectivement des argents qui n'ont pas été dépensés aux items pour lesquels ils avaient été identifiés. Et, sur un budget... l'ordre de budget qu'on a, qui est, pour ça, 162 000 000 \$ qui n'ont pas été dépensés aux items où ils avaient été identifiés, c'est ce qu'on a eu comme résultat.

Comme on est avec des enveloppes fermées, ce n'est pas des crédits qui étaient récupérés par le Trésor. C'est des dépenses de moins faites à certains items qui ont permis de compenser des dépassements qui ont été faits à d'autres items budgétaires à l'intérieur de l'enveloppe totale du ministère qui était fermée. Et c'est, entre autres, ce qui a permis, par exemple, de faire un transfert pour couvrir l'objectif qu'on n'a pas réalisé au cours de l'année dernière, qui était l'effort budgétaire qu'on devait aller chercher, qu'on voulait aller chercher au titre du médicament. On n'a pas pu le faire. Alors, là, on a eu un découvert, par exemple, qu'on a pu compenser pour vivre à l'intérieur de notre enveloppe fermée, parce que, à d'autres items budgétaires, on a eu moins de dépenses, on a dépensé moins qu'on avait prévu.

Alors, vous voyez, ce n'est pas le même. C'est le même mot, là, mais ça ne reflète pas du tout la même réalité. C'est vraiment de l'argent, à l'intérieur de l'enveloppe fermée, qui n'a pas été dépensé à certains items où il avait été alloué puis qui a permis de combler ailleurs. Mais, sur un budget de 13 000 000 000 \$, il ne faut pas s'attendre que chaque ligne budgétaire va être dépensée exactement au niveau qui est prévu quand on fait le budget, quelques mois avant de commencer l'année. C'est un peu normal qu'on réaffecte et qu'on réorganise à la marge, évidemment. Il n'est pas question de fermer un secteur budgétaire puis de créer autre chose qui n'était pas prévu aux crédits. Mais ce qui est important, c'est de réaliser tout ce qu'on peut à l'intérieur du programme qu'on s'était donné et de faire les ajustements de gestion, en fait, à mesure qu'on avance au cours de l'année. Donc, ce n'est pas périmé, parce que ce n'est pas réparti en dehors du secteur. Ce n'est surtout pas périmé dans le sens où ça l'était. C'est-à-dire que ça avait été identifié périmé au moment où c'était mis dans les crédits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous avez une autre question, M. le député?

M. Copeman: J'essaie de comprendre, là. Ça peut être long avant que ça rentre, mais on va tenter de clarifier ça, là. Le 162 000 000 \$ qui est là n'a pas été dépensé dans les programmes tel qu'indiqué, mais il a été dépensé ailleurs? Est-ce que c'est ça que vous êtes en train de dire, là? Oui, ailleurs, à l'intérieur du ministère, là.

M. Rochon: À l'intérieur de... dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux. Sur l'ensemble d'un budget de près de 13 000 000 000 \$, il y a des secteurs budgétaires qui, en fait, ont coûté plus cher, pour différentes raisons, puis d'autres où on a pu faire avec moins cher. Et on fait des rééquilibrages. Alors, on peut calculer le pourcentage que ça fait, là, 162 000 000 \$. Alors, on me confirme que c'est vraiment 162 000 000 \$ sur l'ensemble du budget...

M. Copeman: Oui, oui, O.K.

M. Rochon: ...de 13 000 000 000 \$. Alors, je pense que c'est...

M. Copeman: Juste une dernière pour tenter de clarifier, un dernier essai, là. À la page 235 des renseignements supplémentaires...

M. Rochon: Page 235?

M. Copeman: Oui, qui nous donne un tableau comparatif du ministère.

• (17 h 30) •

M. Rochon: Page 236...

M. Copeman: Page 236, oui, excusez. J'ai dit «235»; c'est 236. Oui, effectivement. On a des crédits 1996-1997. La variation, j'imagine, qui est comparée aux crédits comparatifs 1995-1996, qui est la troisième colonne, la variation est la deuxième, les crédits comparatifs, c'est la troisième colonne. Les dépenses probables, c'est la quatrième colonne. Dans ce cas-là, si j'ai bien compris, les dépenses probables dans le domaine — on va prendre les CLSC, parce qu'on commence — les dépenses probables étaient supérieures aux crédits votés — on suit? — les dépenses probables de 731 000 000 \$, supérieures aux crédits comparatifs, aux crédits votés. En 1995-1996, on a voté 725 000 000 \$ de crédits. Les dépenses étaient de l'ordre de 731 000 000 \$, une légère variation de 6 000 000 \$ à la hausse. Mais, là, si on se fie à votre tableau des crédits périmés, pas tout à fait périmés, un peu, beaucoup, pas tant que ça, c'est 10 000 000 \$ qui n'ont pas été utilisés dans le réseau des CLSC. Je ne sais pas si ça se tient debout, ma logique. Mais, à la page 73, vous nous dites que, dans le programme 1, CLSC, ils ont dépensé 10 000 000 \$ de moins que prévu, à peu près, selon vos crédits périmés qui ne sont pas vraiment périmés, mais, dans le tableau comparatif, vous dites qu'ils ont dépensé 6 000 000 \$ de plus. Là, je suis bien mêlé.

Une voix: Moi aussi.

M. Copeman: Oui, oui, on va être mêlé longtemps, je pense. Ce n'est pas grave, on va s'entendre à un moment donné. Peut-être que ma logique ne tient pas debout. Vous avez juste à me dire: Non, non, non, vous comparez des pommes et des oranges. C'est possible, on verra

Une voix: ...

M. Copeman: Oui, oui, c'est fort possible. En tout cas, ça n'a pas l'air si clair que ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si vous voulez que madame réponde, il n'y a pas de problème.

M. Copeman: On voit à quoi ça sert, la photocopie. Ça coûte cher, mais ça donne des résultats tangibles. Une suspension, M. le Président, pour...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va bien, là. Pas de problème.

(Consultation)

Une voix: Ça donne le temps de préparer la prochaine.

M. Rochon: Bon, M. le Président, je pense que... Je voulais m'assurer que, moi aussi, je comprends, parce que je reconnais que ce n'est pas toujours simple. Ce que je comprends, et si la réponse n'est pas satisfaisante, on va y aller plus techniquement: le 10 000 000 \$ qui apparaît à la page 73 du document des questions générales, c'est une réponse précise à la question qui avait été soulevée par l'opposition, M. le Président, et qui réfère au programme des CLSC, mais le code 01-01, ça réfère à l'élément de programme 1, le deuxième 01, du programme CLSC...

M. Copeman: Frais d'exploitation.

M. Rochon: Oui, c'est ça, Frais d'exploitation. Et, ce programme-là comprend aussi le service de la dette, comprend aussi des loyers, comprend d'autres éléments de programme de l'ensemble des CLSC. Alors, à cet élément de programme, aux frais d'exploitation des CLSC, il y a eu une dépense de 10 000 000 \$ de moins que prévu. Maintenant, quand on regarde les renseignements supplémentaires sur les crédits, ça veut dire que, pour l'ensemble du programme CLSC, il y a eu, de dépensé, plus que prévu aux crédits, effectivement, pour l'ordre de 6 000 000 \$. Donc, si on prend juste un élément de programme, il y a eu 10 000 000 \$ de moins aux frais d'exploitation, mais, pour l'ensemble du programme CLSC, les plus et les moins s'éliminant, il y a une facture totale, en plus, de 6 000 000 \$. Et ça, ce n'est pas surprenant. En tout cas, moi, M. le Président, ça ne m'attriste pas, parce que ça va dans le sens de ce qu'on voulait faire, transférer plus de ressources au niveau de ce genre de programme là, le CLSC.

M. Copeman: Oui, peut-être, mais, les autres postes budgétaires, Frais d'exploitation, quant à moi, ne comprend pas la dette et les loyers, là; à moins que je me trompe. Il me semble que j'ai vu ailleurs... En général, il

y a trois postes de budgétisation dans un programme, il y a les frais d'exploitation, il y a le service de la dette puis il y a les loyers.

M. Rochon: C'est ça.

M. Copeman: Ça fait que, là, vous êtes en train de dire que, dans le programme global des CLSC, les frais d'exploitation, qui donnent des services directs à la population...

M. Rochon: Non. Excusez, c'est-à-dire...

M. Copeman: ...ont baissé de 10 000 000 \$ et, peut-être, d'autres postes, qui sont Service de la dette et Loyers, ont augmenté, pour compenser un gain net de 6 000 000 000 \$, quelque part.

M. Rochon: L'information additionnelle qu'on me donne, c'est que les 10 000 000 \$ qui apparaissent ici, en réponse à la question, viennent essentiellement d'une dépense de moins qui a été faite au titre des régimes de retraite, dans les frais d'exploitation.

M. Copeman: Des régimes de retraite?

M. Rochon: RREGOP.

M. Copeman: RREGOP?

M. Rochon: Qui a coûté 10 000 000 \$ de moins. M. le Président, est-ce que je pourrai demander à Mme Cléroux, sous-ministre adjointe à l'administration... Je pense que ça va être plus facile...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Sûrement. Avec plaisir, d'ailleurs.

M. Rochon: ...du RREGOP et des crédits permanents, de vous expliquer ça. Mme Cléroux.

Mme Cléroux (Cécile): Alors, dans chacun de nos programmes, pour la masse de main-d'oeuvre, on a des crédits qui sont identifiés en crédits permanents, pour le fonds des régimes de retraite. À l'intérieur de nos régimes de retraite, on a eu, à l'intérieur de tous les programmes, en 1995-1996, des diminutions, au niveau des dépenses, par rapport à ce qui avait été budgété. Lorsqu'on identifie les périmés, pour répondre à la question qui avait été fournie, on a identifié chacun des crédits liés à la diminution des coûts par rapport à l'estimation de départ des régimes de retraite. Comme ce sont des crédits permanents, on ne peut pas les utiliser à d'autres fins. Ils ont été identifiés uniquement, les budgets qui nous avaient été alloués, pour les régimes de retraite; on ne peut pas utiliser les argents budgétés à d'autres fins. Alors, lorsqu'on fait le listing, on l'a dans la majorité des programmes, on pourra vous fournir le détail, vous allez retrouver, souvent, une diminution,

parce que, dans les estimés 1995-1996 et le réel de dépenses, il y a des coûts inférieurs au niveau de chacun des programmes pratiquement, au niveau des dépenses de retraite. Et c'est ce qui explique, dans CLSC, la variation.

M. Copeman: Suite à l'offre de Mme la sous-ministre, j'aimerais avoir les détails là-dessus, pour les 162 000 000 \$, pas aujourd'hui nécessairement, peut-être demain, en tout cas, à savoir, dans chacun des programmes indiqués, quel est le pourcentage de la diminution des crédits dû à des choses comme RREGOP, des crédits permanents versus des crédits à voter, qui ont été votés.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): D'accord?

M. Rochon: Pas de problème, M. le Président, on va avoir cette information-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Rimouski.

Services des CLSC

Fréquentation en milieu urbain

Mme Charest: Merci, M. le Président. Toujours par rapport aux CLSC, on sait que ce sont des institutions qui, dans bien des milieux, sont bien connues pour les services qu'elles offrent. Ils sont aussi, quand même, fréquentés de façon assidue par les populations. Et ça, c'est surtout, en tout cas, à ma connaissance, dans les milieux plutôt à caractère rural, parce que c'est bien connu que, dans le milieu rural, les distances étant ce qu'elles sont, la porte de service la plus proche pour avoir accès à des services, c'est le CLSC; de là leur enracinement, je dirais.

Mais je me pose une question, M. le ministre. Comment on va arriver, dans les milieux urbains, des grands centres urbains où on avait pris l'habitude de toujours avoir recours aux services d'urgence des établissements de courte durée... Comment on va attirer les usagers dans les CLSC et comment on va pouvoir leur faire comprendre que les services de première ligne, maintenant, c'est les CLSC qui vont être appelés à les offrir? J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

M. Rochon: M. le Président, là, il faut vraiment se rappeler, devant une question comme ça, qu'un des éléments importants de ce qui se passe dans le domaine de la santé — et je sais que la députée...

Mme Charest: Je fais référence à la transformation.

• (17 h 40) •

M. Rochon: C'est ça, à la transformation. ...sait très bien aussi ce qui se passe sur le terrain. S'il y a un

endroit où on veut éviter le mur-à-mur, c'est bien là. Et, effectivement, comme la députée le suggère dans sa question, M. le Président, ce qui se passe dans des régions plus rurales et des régions urbaines, à forte intensité de population, en ce qui regarde le rôle des CLSC, est très différent. Et les CLSC se sont, en général, très bien ajustés et aux besoins de leur population et aux autres ressources qu'il y a sur le territoire aussi. Alors, de fait, autant dans les régions rurales on retrouve, après 20 ans d'existence, des CLSC qui, en général, ont développé un ensemble de services de santé et services sociaux relativement complet et une collaboration avec des médecins qui travaillent dans le CLSC, avec le CLSC, en milieu urbain, c'est très différent, et on voit un peu de tout. On voit, à la limite, à l'extrême, dans certains territoires urbains, des CLSC qui offrent très peu de services médicaux, où les médecins vont travailler surtout sur des programmes de prévention, de promotion de la santé, mais vont offrir peu ou, des fois, pas du tout de services cliniques. Bon. Ça, dans l'état des choses actuel de la transformation du réseau, ce n'est pas nécessairement une mauvaise chose, et il faudra voir comment l'évolution va se faire.

Ce qui nous apparaît important quand on réfère aux services de première ligne, c'est de toujours voir qu'il y a trois acteurs là-dedans. Il y a le CLSC, qui est de plus en plus une plaque tournante pour coordonner, pour être imputable, pour s'assurer, et sinon, sonner une cloche d'alarme dans le système, que la population a les services dont elle a besoin, au niveau de la première ligne; ça, c'est particulier aux CLSC, cette imputabilité-là, de s'assurer que le service existe. Mais il doit jouer avec deux autres partenaires, qui sont les groupes communautaires, qui offrent beaucoup de types de services, des fois, des services cliniques de type santé, pour des problèmes de toxicomanie, par exemple, d'alcoolisme, dans le domaine du sida, mais aussi les médecins, qui sont l'autre partenaire des CLSC, au niveau du territoire. Et, actuellement, les discussions continuent à évoluer beaucoup avec les médecins pour s'assurer que, les médecins, collectivement, sur un territoire, surtout les médecins de famille, en ce qui regarde le mandat des CLSC, assurent une continuité de services avec les gens, avec différentes formes de collaboration avec les CLSC.

Alors, on voit se développer dans certains endroits, par exemple, des CLSC qui vont développer une petite urgence pour désengorger l'urgence de l'hôpital, où, souvent, il y a un tas de consultations qui sont plus du sans rendez-vous plus ou moins urgent ou urgent du point de vue du patient, mais sans que ça constitue une urgence technique, en termes de menace à la vie. On a des CLSC qui, en collaboration avec les médecins d'un territoire, vont développer une petite clinique d'urgence, ce qui permet aux médecins d'aller assurer une rotation et ce qui permet d'avoir un plateau de services beaucoup plus complet qu'aucun des cabinets de médecins ne pourrait faire dans le privé. Ça, c'est un type de collaboration qu'on voit beaucoup. Et là, on va voir dans les prochaines années comment ça va évoluer. Mais on s'est

sorti d'une situation, d'essayer de dire que tous les CLSC vont nécessairement offrir un minimum de services médicaux parce que c'est des CLSC. Ils vont en offrir autant qu'il faudra et autant que la collaboration va se développer avec les médecins, l'important étant que la population du territoire ait accès aux services médicaux 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Maintenant, je finirai en rajoutant que le CLSC a développé un rôle énorme et s'est donné, par effet secondaire, un instrument de coordination très important pour orienter la demande de services et s'assurer qu'on y répond, avec le service Info Santé. Info Santé, ça, c'est une ligne, je pense, qui doit être installée dans à peu près toutes les régions maintenant. C'est 24 heures par jour, sept jours par semaine. Au bout de la ligne, on a un professionnel de la santé ou des services sociaux qui répond. Et, pour ceux qui ont eu la chance de visiter, M. le Président, des CLSC, c'est impressionnant de voir comment ces gens-là sont équipés. Ils ont vraiment une encyclopédie devant eux, qui est faite sur une base très clinique, qui a été validée.

Si on parle de problèmes pour les enfants, ça a été validé avec des pédiatres. Les problèmes plus dans le domaine de la santé mentale, ça a été validé avec des organismes et des psychiatres. Et les réponses qui sont données aux questions sont souvent des solutions qui sont apportées aux problèmes, à la personne, au téléphone. Si ça ne peut pas être fait sur cette base-là, il y a une orientation, il y a vraiment un accueil et une orientation de la personne au bon endroit. Et ça, ça permet aux CLSC de prendre vraiment cette place où on dit: ils sont responsables de s'assurer que les services sont disponibles et que les gens les trouvent. Ils ont vraiment un instrument pour le faire. Non seulement ils rendent le service direct en termes d'information, mais ils ont vraiment l'instrument pour s'assurer que la ressource existe sur leur territoire et faire le lien entre la personne qui a besoin de quelque chose et la ressource qu'elle peut avoir tout de suite, au moment où se pose la question, ou le lendemain, ou quelques jours plus tard, dépendant du conseil ou de l'avis qui peut être donné. Alors, on va vraiment se développer, là, les trois partenaires, le groupe communautaire, les médecins et le CLSC, sous différents types d'ententes, comme étant le trio qui assure les services de première ligne.

Mme Charest: Est-ce que ça veut dire que la ligne Info Santé, en quelque sorte, va servir aussi pour déplacer le centre de tri, quand les patients arrivent avec un problème? On le déplace de l'urgence de soins de courte durée pour l'amener dans un CLSC? Est-ce que ça peut aller jusque-là? Est-ce que c'est ça que ça veut dire?

M. Rochon: C'est-à-dire que ce n'est pas nécessairement relié à Info Santé.

Mme Charest: O.K.

M. Rochon: Je pense que c'est deux logiques complémentaires.

Mme Charest: C'est autre chose.

M. Rochon: Tous les CLSC offrent Info Santé. Ça, ça fait partie du service de base d'un CLSC, et ils le font, comme on le sait, aussi en collaboration, de sorte que, pendant la nuit, par exemple, on peut avoir un regroupement des lignes et des choses comme ça. Mais ça, tous les CLSC offrent ça.

Mme Charest: Ce que je comprends...

M. Rochon: Le plateau technique, côté services médicaux, ça varie selon les modalités d'ententes qui sont faites avec les médecins, en pratique, sur le territoire. Mais là, j'insiste sur ce point-là, il y a une responsabilité du CLSC: s'assurer que le service est disponible, de sorte, par exemple, que tous les médecins d'un territoire, les médecins de famille, ne vont pas prendre une longue fin de semaine de vacances tous en même temps, ne laissant personne de disponible pour répondre aux urgences.

Mme Charest: Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Je comprends qu'on est vraiment dans le programme des services dispensés par les CLSC. Je comprends aussi que, tantôt, on était dans des questions d'ordre général. Si jamais on veut revenir, on a une certaine latitude.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Voilà.

M. Marsan: Ça ne fait pas longtemps qu'on a eu les documents. Alors, on voudrait les...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est ce que les membres m'ont demandé. Il n'y a pas de problème.

Budget affecté au maintien à domicile

M. Marsan: C'est bien. Alors moi, j'aimerais comprendre. Dans le programme des CLSC, la question que nous vous avons posée il n'y a pas tellement longtemps, là, lors de notre dernière rencontre dans le cadre des crédits, c'était de savoir... On compare la dépense probable de 731 000 000 \$ avec les crédits de cette année. Ça, c'est l'année qui vient de se terminer, 1995-1996, 731 000 000 \$. Je suis dans les notes supplémentaires, page 236. Et les crédits votés cette année sont de 782 000 000 \$, donc un différentiel entre la réalité qui vient de se terminer au 31 mars et la nouvelle année, de 51 000 000 \$. Et la question qu'on vous avait

posée, c'était de savoir: Quelle est la portion du 51 000 000 \$ qui va être affectée au maintien à domicile? Je pense que c'est bien, bien important.

M. Rochon: M. le Président, on parle de 51 000 000 \$ ou de la variation de 57 000 000 \$?

M. Marsan: C'est le 782 000 000 \$ moins le réel de cette année, 731 000 000 \$.

M. Rochon: Oui. Ah! moins la dépense probable pour cette année. Écoutez, M. le Président, je vous ai dit tout à l'heure qu'on a d'identifié... C'est parce que ce n'est pas simple de répondre comme ça à la question parce que, encore une fois, les budgets sont dans les régions et, des régions, ils vont aux différents établissements. Dans l'ensemble du réseau, une douzaine de régions qui ont vraiment complété leur plan de transformation à ce niveau de précision, on sait qu'on réalloue pour plus de 105 000 000 \$, globalement, au maintien à domicile, CLSC ou ressources communautaires; c'est ça qui est fait.

Quand on reprend ça par le côté des crédits, du 57 000 000 \$ ou du 51 000 000 \$ qui, globalement, se retrouve de plus, qu'on va mettre l'an prochain, il va se faire à peu près au moins le tiers du 105 000 000 \$ — ça se fait sur trois ans, le 105 000 000 \$ — le tiers ou un peu plus de réallocations en maintien à domicile, au niveau des CLSC. Bon. Est-ce que ça va venir de cette portion-là ou d'autres fonds qui vont être transformés en cours d'année? Je ne saurais pas vous le dire. Est-ce qu'il y a un moyen de répondre vraiment sous cet angle-là à la question? Je pense que je vais être obligé de la prendre...

Ce qu'il faut essayer de voir, comment, dans le 51 000 000 \$ de plus qui est prévu aux crédits, quelle portion de ça qui va correspondre à la portion du 105 000 000 \$ qui, au cours des trois prochaines années, va être transférée dans les CLSC et dans les ressources communautaires pour le maintien à domicile... On peut essayer de recouper les différentes compilations de chiffres pour répondre à ça. Mais je pense qu'il est important de retenir comme information que, globalement, au niveau des crédits, il y a au moins 51 000 000 \$ de plus qui va se retrouver dans les CLSC et que, s'il y a quelque chose, il va s'en retrouver plus. Parce que les transformations que vont continuer de faire les régions à l'intérieur de chacun de leur territoire vont probablement apporter encore plus de ressources au niveau des CLSC et, globalement, là-dessus, il va y en avoir une forte proportion qui vont être au niveau du maintien à domicile qui est fait par le CLSC.

Je ne sais pas si vous voyez, là, M. le Président. Comme c'est un réseau dynamique qui est en fonctionnement et qui évolue et que, là, on a une image, un instantané dans le temps, à un moment donné, de quel est le niveau des crédits, c'est bien difficile de répondre de façon très pointue à la question comme elle est posée.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Autre question?

M. Marsan: Oui. J'ai un peu de difficulté, là. Je ne veux pas insister plus qu'il faut, mais, quand on regarde le cahier régulier des crédits 1996-1997 et qu'on regarde la ventilation des crédits, là, on s'aperçoit que les argents en surplus qui sont donnés au programme des CLSC, au lieu d'aller dans le maintien à domicile, bien, ils vont dans la rémunération, ils vont dans le fonctionnement. Et, à ce moment-là, moi, je demeure sous l'impression, en lisant les crédits qui nous sont présentés, finalement, qu'il n'y a à peu près rien qui va au maintien à domicile, et on sait que c'est la pierre angulaire du virage ambulatoire. Et, si on n'investit pas davantage dans les soins à domicile, eh bien, on va avoir une difficulté sérieuse, encore une fois, pour l'année numéro deux.

● (17 h 50) ●

M. Rochon: M. le Président, si on va à la page 244, dans le détail, pour les CLSC — je ne sais pas si c'est ce à quoi réfère le député de Robert-Baldwin — on dit là-dedans que, dans les modifications de 1996-1997 par rapport à 1995-1996, par exemple, il y a un réaménagement de crédits qui reflète les décisions qui ont été prises au niveau de la transformation — ça, c'est vraiment du transfert qui a été fait, de l'ordre de 53 100 000 \$ — qu'il y a des corrections qui ont été faites pour corriger l'effet du paramétrique. Je l'avais dit, l'année passée, dans l'étude des crédits, qu'au moment où les crédits avaient été préparés, on n'avait pas vraiment amorcé la transformation du réseau et que les crédits reflétaient plus une distribution paramétrique qui avait été faite, qu'on a pu corriger en partie en cours d'année, à mesure que les plans ont été constitués, et là, on en a corrigé, au niveau des CLSC, pour 11 500 000 \$. Ça, ça sert à différentes choses, y compris des salaires et, je dirais même, M. le Président, bien sûr, surtout des salaires. Bien, 80 % du budget des CLSC, c'est des salaires. Et il y a une bonne partie des salaires qui vont à Maintien à domicile, parce qu'une des fonctions essentielles du CLSC, c'est le maintien à domicile.

Alors, là, je ne pourrais pas dire exactement... On peut toujours vérifier, faire des relevés là-dessus. Mais, comme le CLSC reçoit plus de ressources et qu'une des missions essentielles, c'est le maintien à domicile, il va y avoir plus de ressources de ce côté-là. S'il faut chiffrer exactement, on ne peut que le faire par un portrait réel dans le temps, à un moment donné, qui est après que ça s'est fait, parce qu'on a un exercice, encore une fois, de réorganisation du réseau qui est en cours. Je peux assurer la commission, en étant sûr de ne pas tromper, en réaffirmant que les transferts, comme on voit, qui se font, se font en grosse partie sur Maintien à domicile, qui est un des programmes importants du CLSC. Et, en salaires, c'est nécessairement... Ça se reflète sûrement, en grande partie, en salaires, M. le Président; on ne peut pas faire autrement, les services sont rendus par du monde.

M. Marsan: Lorsqu'on a fait l'étude des crédits à l'Assemblée, de l'autre côté — ce n'était pas l'Assemblée, c'était en comité plénier — vous aviez déclaré: Ce que je ne peux pas vous dire tout de suite, c'est dans cette partie d'argent qui est reflétée ici, aux crédits, aux programmes. Est-ce que c'est 30 %, 45 %, exactement combien? Maintenant, je comprends qu'on va avoir de nombreuses heures qu'on va passer à regarder ensemble en détail chacune des sections des crédits. À ce moment-là, on pourra vous donner encore plus d'informations, plus pointues, plus détaillées.

Ma question, elle est simple: Sur le 51 000 000 \$ d'argent additionnel, combien de ces nouveaux argents vont aller au maintien à domicile? À ce moment-là, est-ce qu'on peut voir aussi la répartition par région? Parce que ce serait bien important, M. le ministre, de l'avoir.

M. Rochon: Non, mais, M. le Président, tout ce que je peux dire là, si l'étude des crédits doit aller à ce niveau micro de comptabilité, par région et par CLSC, si vous le voulez, on va la fournir, l'information, mais je ne peux pas vous donner ça dans une discussion comme ça. J'essaie d'expliquer la dynamique des fonds et qu'une partie du 51 000 000 \$ de la page 736 va en maintien à domicile, sûrement, qu'il y a d'autres fonds qui vont aller en maintien à domicile et qui sont reflétés par d'autres transferts. Si on veut faire une équivalence micro comme ça, par région, on va essayer de le faire, M. le Président, en travaillant avec le budget et les crédits. Je n'ai aucune objection à ça. Mais là, je ne pourrais pas... Je voudrais avoir la question par écrit, très précise, de la façon dont on veut cette ventilation, et on va, dans les meilleurs délais possible, vous fournir une réponse à cette question.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, est-ce que c'est là-dessus aussi?

M. Copeman: Oui, tout à fait. Si j'ai bien compris, le ministre a dit, M. le Président, qu'il y aura 105 000 000 \$ de plus dans le maintien à domicile. C'est ça que je retiens de ses remarques préliminaires, à un moment donné.

M. Rochon: Sur la période, M. le Président, de 1995 à 1998, avec les plans de transformation. Oui, c'est ce que j'ai dit.

M. Copeman: Ah, O.K.! Quelle partie est due à l'année courante? Là, vous avez dit: Sur trois ans. Vous n'êtes pas capable de me dire ça non plus, là?

M. Rochon: M. le Président, avec l'information que j'ai devant moi, non. La grosse partie de ça va se faire en 1996-1997; 1995-1996 a été l'année où les régions, on le sait, ont fait leur plan de transformation du réseau. Les premières qui ont terminé l'élaboration

de ce plan-là l'ont terminé vers le mois de juin — peut-être cinq ou six régions avaient complètement terminé au mois de juin — et ont pu commencer, donc, pendant l'exercice financier 1995-1996, à faire un certain nombre de transferts. J'avais l'information tout à l'heure, et c'est peut-être de l'ordre de 30 000 000 \$ à 40 000 000 \$, si je me rappelle bien, qui a été fait dans différentes régions, ou peut-être... Ça, on pourra le vérifier. Il y a un certain montant qui a pu être transféré au niveau des CLSC pour du maintien à domicile en 1995-1996, mais ce n'est pas la plus grosse partie, parce que c'était le moment, l'année où on a développé les plans de transformation. Ils sont terminés maintenant. Donc, en 1996-1997, il y a sûrement une portion importante. À l'oeil, je dirais que l'ensemble de ça, ce n'est peut-être pas loin de 50 % qui va se... Bon, voilà l'information que je cherchais, que j'avais tout à l'heure. En 1995-1996, ce qu'on sait maintenant, après coup, de transferts en Maintien à domicile, CLSC et Organismes communautaires, ensemble...

M. Copeman: Ensemble.

M. Rochon: ...c'est 22 500 000 \$ qu'on a de relevé, qui a été fait. O.K.? En 1996-1997, sur la base d'informations qu'on a actuellement — bien, c'est ce que j'allais dire — il y a quelque chose de l'ordre de 50 000 000 \$ qui devrait se faire comme transferts, au moment où on... Parce qu'il y a quatre ou cinq régions qui n'ont pas fini, à ce niveau d'information, leur plan de transformation, ou trois ou quatre. Donc, c'est quelque chose de l'ordre de 50 000 000 \$. On en a donc pour 72 000 000 \$, sur ces deux années là. Ça laisserait une trentaine de millions pour la troisième année. Alors, c'est à peu près dans ces ordres de grandeur là que ça se passe dans le réseau actuellement.

M. Copeman: Ça va mieux!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Je le sais.

M. Copeman: On se comprend un peu mieux. Alors, on peut, sans avoir une réponse précise, semble-t-il, on peut supposer que l'ajout de 51 000 000 \$, réel, cette année — c'est ça qui est indiqué dans vos livres des crédits — il y a, semble-t-il, 50 000 000 \$ qui devraient être divisés entre deux programmes, un qui est CLSC et l'autre qui est Organismes bénévoles; on ne sait pas à quel pourcentage, là. Parce que vous avez dit: on met les deux programmes ensemble, ça donne 50 000 000 \$ pour cette année. J'imagine que c'est et les CLSC et le programme 2, qui est Soutien des organismes bénévoles, qui bénéficient, en certaines parties, de cette augmentation.

M. Rochon: Non. Si on voulait — est-ce que c'est ça qu'est la question, M. le Président? — savoir

maintenant, dans la réallocation de l'ordre de 50 000 000 \$ qui va être faite en 1996-1997, pour le maintien à domicile, si on veut avoir la répartition, maintenant, entre ce qui va être aux CLSC puis aux organismes communautaires, je n'ai pas cette information-là avec moi. Et là il faut continuer, sortir tout ce qu'on a dans les plans de transformation des régions pour aller le faire.

M. Copeman: O.K. Juste un dernier...

M. Rochon: Il y en a sûrement beaucoup plus en CLSC, parce que c'est là qu'il y a la partie la plus coûteuse, que dans les groupes communautaires.

M. Copeman: O.K. Juste un dernier commentaire. J'apprécie les clarifications du ministre, ça a pris un peu de temps, mais on les a. J'imagine, M. le Président, que le ministre comprend très bien que, quand il parle du fait que c'est un exercice qui va se faire à l'année longue puis, à la fin de l'année, il y a des transformations qui se font... Je comprends ça, M. le Président. Mais je répète un commentaire que j'ai fait il y a un an. Nous, les parlementaires, nous avons la responsabilité et l'obligation de voter des crédits maintenant, pas à la fin de l'année.

Notre travail, essentiellement, dans l'étude des crédits, est de faire l'examen des crédits pour l'année qui a commencé le 1er avril 1996-1997. Je veux bien donner un certain bénéfice du doute, peut-être, au ministre qui me dit: En cours de route, on va faire d'autres efforts, etc. Mais, nous, notre travail d'aujourd'hui, c'est d'examiner les crédits tels qu'ils sont présentés devant la commission des affaires sociales. Et je trouve difficile comme parlementaire, à nouveau, d'accepter un peu le raisonnement qui, j'imagine, est fondé, à l'intérieur d'un grand réseau, système, etc., de me dire: Bien, fiez-vous à moi, en cours de route, on va faire des changements, il y aura des... Un grand sage a déjà dit, M. le Président, que le scepticisme est un élément essentiel à la démocratie.

Or, moi, comme député de l'opposition, je pars avec un certain biais, en disant: Bien, je suis un peu sceptique, là. Moins sceptique des chiffres, moins sceptique des choses qui sont en noir et blanc, des choses sur lesquelles on vote, mais un peu plus sceptique des généralisations que fait le ministre, avec tout le respect que je lui dois: Fiez-vous à moi, en cours de route, on va corriger ça. On va avoir l'occasion de voir, dans d'autres programmes, que ce n'est peut-être pas tout à fait ça qui est arrivé. Mais, en tout cas...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Étant donné que vous avez donné une opinion, je pense bien qu'on peut permettre au ministre de donner une réponse.

● (18 heures) ●

M. Rochon: Je vais être très bref, M. le Président. Constatant que le député est sûrement un grand démocrate, si on juge par la dose de scepticisme... Non,

mais ça... Je ne demande pas, M. le Président, de faire une confiance aveugle, loin de là. Je sympathise beaucoup avec la difficulté de faire l'analyse de crédits, pour un parlementaire, quand on essaie d'avoir une image dans le temps d'un réseau qui bouge tout le temps. Je sympathise d'autant plus qu'il faut vous imaginer ce que ça veut dire quand on prépare les crédits aussi, ce que ça veut dire d'être capable de refléter correctement, à un moment donné dans le temps, une réalité qui est en constante évolution. Ce que je voulais dire, et je vais le répéter parce que je ne veux pas être mal compris là-dessus, c'est qu'on veut donner et on va donner l'information la plus précise possible à mesure qu'on la connaît actuellement.

Par contre, ce qui ne fait pas de doute, c'est que les priorités ont été claires, les montants globaux qui sont transférés, ils sont aussi très, très bien identifiés. Plus on va à un niveau micro, par région, par secteur, par territoire, par type de services, des réseaux qui gèrent ce 105 000 000 \$, si on parle du maintien à domicile, là, ça devient plus difficile de donner l'information précise au moment où on se parle, on en est rendu où exactement. Mais, là, je pense, pour reprendre les chiffres qu'on a recoupés, de dire qu'il y a 22 500 000 \$ l'an passé, une cinquantaine de millions cette année et, l'an prochain, une trentaine de millions — c'est à peu près comme ça que ça se ventile — ça nous donne, je pense, une image assez précise. Maintenant, ce n'est pas impossible et ce serait même souhaitable que, si, en cours d'année, il y a certaines transformations qui peuvent s'accélérer encore plus et qu'on peut transférer encore plus rapidement que de le faire sur trois ans, ça va se faire. Et on verra l'an prochain que la dépense probable aura été encore plus élevée que ce qu'on avait pensé. On a essayé d'être réaliste dans les crédits et de prévoir...

M. Copeman: Ne fermez pas mon hôpital avant votre temps, là, Dr Rochon. Je comprends que vous voulez accélérer la transformation, mais donnez-nous jusqu'au 1er septembre.

M. Rochon: Ça, en général, on n'a plus de problèmes là-dessus, M. le Président. Une fois que la population a compris, c'est elle qui nous dit la vraie date où un hôpital se ferme présentement.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Pour les quelques personnes qui sont arrivées, parce qu'il y a un caucus après, je rappelle à tout le monde qu'on a convenu de travailler jusqu'à 18 h 15. C'est une entente entre les deux partis, qui a été réglée avant, apparemment, dans toutes les commissions, dont celle-ci aussi. Alors, je permettrai encore, jusqu'à et quart, une ou deux questions. M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Moi, je veux savoir si j'ai bien compris. Le ministre va nous donner, avant la fin des crédits, la ventilation, un, du 51 000 000 \$ en ce qui

concerne le maintien à domicile... Ce qu'on voudrait savoir aussi, c'est combien on a investi dans la dernière année en maintien à domicile et combien, cette année, on va investir?

M. Rochon: Ça, M. le Président, je viens de le dire. Je viens de dire, en 1995-1996, 22 500 000 \$, et il est prévu pour 1996-1997 50 000 000 \$, pour un total sur la période des trois ans, 1995 à 1998...

M. Marsan: Et on va recevoir la ventilation par région.

M. Rochon: ...de 106 700 000 \$.

M. Marsan: C'est ça. Et on va la recevoir par région, c'est ça?

M. Rochon: Ah! Si...

M. Marsan: Tel que demandé.

M. Rochon: ...le député la veut pour la région, on va donner un tableau qui reflète ce que chacun des plans régionaux prévoit comme transfert.

M. Marsan: C'est parce qu'on veut mettre en perspective, M. le ministre, les coupures que vous faites du côté des centres hospitaliers et le peu d'investissements que vous faites du côté des soins à domicile. Et on sait que le maintien à domicile, c'est la pierre angulaire du virage ambulatoire, et c'est là que les argentés devraient être majoritairement investis si on veut que le virage puisse se donner une chance de réussir.

M. Rochon: M. le Président, je ne comprends pas le sens de la remarque. Peut-être que le député pourrait nous expliquer ce qu'il s'attendait à voir comme ordre de grandeur en maintien à domicile. Et, comme il a une expérience dans le domaine, toute suggestion qui nous dirait comment on peut y aller plus vite puis plus fort sera la bienvenue. Mais, moi, ce que je peux vous dire, c'est que les chiffres qu'on vous donne là sont le résultat d'un effort remarquable à travers ce réseau-là, et, moi, ça m'apparaît un degré de transfert de ressources qui est incomparable à ce qui n'a jamais été fait dans ce réseau-là comme transfert de ressources, actuellement, et, à mesure que l'équilibre nouveau va se dessiner, le mouvement va être parti, on va pouvoir continuer encore plus facilement.

Mais, comme point de départ, sur un cycle de trois ans, y compris l'année où on doit prendre des décisions, faire les choix avec tout ce que ça a compris comme difficultés pour amener à certains choix — et, ça, là-dessus, M. le Président, je pense que l'opposition est bien placée pour savoir que ça a été parfois long, parce qu'il a fallu expliquer souvent et longtemps les mêmes choses — à mesure qu'on tient compte de ces difficultés-là, moi, ça m'apparaît un niveau de transfert

important au niveau du maintien à domicile. Mais toute suggestion qui pourrait nous dire comment on pourrait faire plus et plus vite va être vraiment la bienvenue.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant de permettre une dernière question avant d'ajourner, je vous ferai remarquer, tout le monde, qu'on devra ramasser tous les documents étant donné qu'il y a un caucus immédiatement après, et on recommencera à 20 heures. Docteur.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député.

M. Marsan: M. le Président, le commentaire que je fais, je voudrais qu'il soit au moins une fois bien compris par le ministre. Vous faites des coupures extrêmement importantes du côté des établissements de santé, du côté des hôpitaux particulièrement, et, de l'autre côté, vous investissez très peu au niveau du maintien à domicile. Pourquoi? Parce que vous venez renflouer le service de la dette, où la santé est devenue un outil pour combattre le déficit, et c'est ça qu'on veut mettre en relief, parce que la priorité de votre gouvernement, ce n'est plus la santé, malheureusement. C'est ça qu'on veut vous dire, M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, je vais répondre à cette question-là. D'abord, je vais laisser la population juger si une augmentation d'à peu près 40 % des dépenses en maintien à domicile, c'est important ou pas, si passer d'un per capita d'à peu près 35 \$, 38 \$ à 50 \$, 53 \$ dans l'espace de trois ans, c'est important ou pas. On va laisser le monde juger de ça.

Maintenant, quand on continue à répéter qu'au Québec on finance la dette au détriment du secteur de la santé, je pense qu'il faut relativiser un peu une image de ce genre-là. C'est sûr que, avec le rétablissement qu'on doit faire pour contrôler notre déficit et éventuellement notre dette — et, ça, je n'entrerai pas là-dedans, mais cette dette-là, elle ne nous est pas venue du ciel, on en a hérité de l'administration d'un certain nombre d'années qui nous a précédés — les corrections qu'on est obligé de faire, il faut les faire à partir des dépenses de programmes du gouvernement. Le secteur de la santé en représente 30 %. Alors, comme le premier ministre l'a dit, on ne peut pas ne pas être obligé de comprimer aussi dans le secteur de la santé, comme on le fait dans le secteur de l'éducation.

Et on sait que, si on prend la santé, l'éducation et la sécurité du revenu, c'est les deux tiers du budget de programmes du gouvernement. Là-dessus, il faut rajouter 15 %, qui est le service de la dette. Il reste 20 % des dépenses de programmes du gouvernement dans tous les autres programmes, que ce soit la culture, que ce soit l'environnement, que ce soit les transports et tous les autres. Alors, ça ne peut pas faire autrement, tout le

monde va comprendre ça. On n'a pas besoin d'être un grand clerc pour comprendre ça, que, nécessairement, il y a une contribution à faire du côté du système de la santé et des services sociaux.

Maintenant, dernier point, avant de laisser croire qu'on désinvestit de façon dangereuse dans le domaine de la santé, dans cette contribution générale qu'il faut faire, on est encore quelque part entre 9,5 % et 10 % du produit intérieur brut du Québec, dans le domaine de la santé et des services sociaux. On est le plus haut au monde après les États-Unis, puis, ça, je pense que personne va nous dire que c'est les États-Unis qui sont un exemple. On sait ce que c'est, la situation des États-Unis. Avec 13 % à 14 % de leur produit intérieur brut dans le domaine de la santé, ils ont 40 000 000 à 50 000 000 d'Américains et d'Américaines qui ne sont pas couverts. C'est à peu près deux fois la population du Canada. Je ne veux pas les accabler là-dessus, mais Edward Kennedy est encore venu nous dire qu'il espère que, finalement, un jour, il va y avoir un système comme le Canada où, avec moins d'argent, ils vont faire plus pour leur population.

Mais les comparaisons significatives, ça, c'est important de retenir ça pour ne pas faire accroire au monde qu'on met en péril leur système de santé, parce que le 9,5 % à 10 % où on est actuellement, ça se compare avec les pays de l'OCDE. À peu près 8 %, actuellement, qu'ils mettent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ça, c'est une moyenne, et si on regarde les plus bas... Le plus haut, c'est la France, qui est à 9 % — le plus haut de l'OCDE, qui est encore moins que nous — et les plus bas sont entre 6,5 % et 7 %, et, ça, c'est le Danemark et c'est l'Angleterre. Et, en dehors de l'OCDE, si on regarde le G 7, le Japon est entre 6,5 % et 7 % aussi. Et la santé de ces populations-là, par tous les indices comparables, n'est pas pire que celle du Québec.

Donc, on a une marge de manoeuvre, et, à part ça — je vais finir là-dessus — pour le moment, il y a beaucoup de problèmes de santé qu'on vit actuellement, que la population vit, qui viennent de résultats de la crise économique, qui viennent de la pauvreté qu'il y a au Québec, qui viennent des problèmes qu'on a eus avec le décrochage scolaire. Donc, il faut investir, pour certains problèmes de santé, ailleurs que dans le système de santé pour être vraiment capable de prévenir et éviter d'investir seulement dans des solutions de conséquences à ce qui se passe ailleurs.

Alors, ça, c'est important d'avoir toujours cette perspective-là, parce que, autrement, on fait une distorsion complète de ce qu'est la réalité. Il ne faut pas croire qu'on n'est pas capable de maintenir le système qu'on a là, malgré les efforts terribles, en assurant la population qu'elle va avoir ce dont elle a besoin. Bon appétit...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Les travaux sont suspendus jusqu'à 20 heures, et je vous demanderais d'être assez précis de façon à ce qu'on puisse récupérer encore quelques minutes à la fin.

(Suspension de la séance à 18 h 10)

(Reprise à 20 h 6)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre s'il vous plaît, nous allons commencer immédiatement. Je vous rappelle — vous êtes d'accord, Russell? — qu'on est quelque chose comme 28 minutes en retard, plus 10. Je vous rappelle qu'on finit à 20 h 30...

Une voix: Vingt-deux heures...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...à 22 h 30 et non 22 heures. Je pensais que les gens de Montréal allaient demander pour finir à 22 heures pour aller voir au moins la dernière période, mais c'est déjà cédulé pour 22 h 30, et on a déjà une demi-heure de retard, alors on va filer jusqu'à 22 h 30. Je commencerai immédiatement par le député de Robert-Baldwin.

Disponibilité et fiabilité des services

M. Marsan: Merci, M. le président. Bon, on a essayé de voir un peu plus clair dans la ventilation des crédits dans le programme 1, Service des centres locaux de services communautaires. On aimerait peut-être maintenant, M. le Président, M. le ministre, aussi regarder ce qui se passe dans les CLSC, avoir peut-être une observation plus précise, donc ce qu'on fait avec les argents qui sont là.

Je pense qu'un élément qui est extrêmement important, c'est peut-être le taux de confiance de la population dans ces CLSC, et vous avez sûrement entendu la remarque, les gens ont plus ou moins confiance au niveau des CLSC et, habituellement en tout cas, ils vont aller d'emblée soit dans un service d'urgence, peut-être dans des polycliniques aussi. On a eu des problèmes qui sont associés aux heures d'ouverture des CLSC, et je pense que, là aussi, si on veut être sérieux dans le virage ambulatoire, il faut que les CLSC, s'ils acceptent le mandat qu'on veut leur confier, eh bien, ils aient une plus grande disponibilité. On a parcouru un certain nombre de documents pour s'apercevoir qu'il y avait encore des difficultés assez sérieuses quant aux heures d'ouverture des CLSC et quant au taux de confiance de la population. Alors, j'aimerais demander au ministre ce qu'il entend faire pour améliorer la situation aussi bien des heures de CLSC que de donner peut-être une information additionnelle à la population dans le cas du taux de confiance des gens dans leur CLSC.

M. Rochon: Alors, M. le Président, au cours de la dernière année, il y a eu beaucoup d'évolution et d'amélioration du côté de la disponibilité des services dans les CLSC. On a parlé cet après-midi du service Info Santé, qui s'est généralisé pendant cette année à l'ensemble du Québec, qui est maintenant un service sept jours par semaine, 24 heures par jour de présence, d'information, d'orientation. À ma connaissance, dans la plupart des régions maintenant, la majorité des CLSC — et c'est quelque chose qui continue — ont atteint une

ouverture de 60 heures par semaine. Alors, ça, c'est soit six jours par semaine à 10 heures d'ouverture ou 5 jours à 12 heures d'ouverture. Et il y a certaines autres formules qui se développent pour certains CLSC, surtout ceux qui, en relais d'un hôpital ou quant aux services médicaux, par exemple, développent des formules d'ouverture 7 jours par semaine, y compris 5 soirs par semaine, d'ouverture, plus des ouvertures de jour pendant la fin de semaine.

Alors, il y a définitivement une amélioration et un développement très rapide en termes d'heures d'ouverture, de présence dans les CLSC, et, tout ça, les CLSC ont pu le réaliser sans avoir reçu encore, pour la plupart, de personnel additionnel, parce que c'était la première année, c'était le moment où on discutait des plans d'organisation, des plans d'orientation, des plans de transformation, et maintenant que dans la plupart des régions le transfert de personnel a commencé, et dans certaines régions est même assez avancé, je pense qu'on peut s'attendre à une consolidation, à travers tout le Québec, d'offres de service pendant au moins 60 heures par semaine et plus, selon le besoin.

● (20 h 10) ●

Bon, l'autre aspect de la question, qui est: Jusqu'à quel point les gens connaissent les CLSC? De la façon dont le député pose sa question, M. le Président, je serais porté à croire qu'il y a une très bonne chance qu'il dégage son impression à partir de quelques CLSC de milieux très urbains, probablement de Montréal, parce que, effectivement, dans le milieu urbain, surtout à Montréal, quand on pose des questions aux gens au sujet des CLSC — et souvent les sondages les posent de cette façon-là aussi — on se réfère aux services de médecins, aux services style salle d'urgence, et, dans le milieu urbain de Montréal, ces services-là, dans la majeure partie des quartiers ou des parties de la ville de l'île de Montréal, sont offerts plus par des cliniques médicales que par les CLSC, et les services médicaux offerts par les CLSC sont souvent plus de nature préventive, de promotion de la santé ou de certains services, clinique d'immunisation par exemple, des choses du genre, qui sont développés en complémentarité avec les médecins qui travaillent dans leur cabinet.

Par contre, dans d'autres parties... Vous allez dans l'est de Montréal, vous avez des CLSC qui offrent des services qui ont remplacé vraiment ce que faisait la salle d'urgence, dans la partie est. Je pense au CLSC J.-Octave-Roussin, par exemple, si je me rappelle bien. C'en est un de ceux qui ont développé de façon très, très, très importante les services médicaux. Donc, il faut faire attention quand on fait référence à ça, quelle question on a posée pour savoir quelle réponse on a obtenue.

À la question de la députée de Rimouski, cet après-midi, sur les services de première ligne, lors de cette question, on a pu développer un peu plus puis rappeler que ce qui compte pour les gens, c'est l'accessibilité aux services de première ligne et que, si on veut comprendre ce que sont les services de première ligne, il faut toujours voir l'interface, l'équilibre entre les trois

partenaires que sont le CLSC, les médecins dans leur cabinet privé et les ressources communautaires. C'est ça qui fait l'organisation de première ligne et, dans la plupart des régions, l'intégration et les collaborations, le développement de véritables réseaux de services, comme on dit, plutôt que simplement des établissements ou des producteurs de services juxtaposés, des réseaux réels qui s'intègrent, se développent. Et c'est ça, ça fait partie, ça, de la transformation et de l'organisation des services de première ligne.

Alors, moi, la vision que j'en ai, l'information que j'ai de ce qui se passe dans l'ensemble du Québec, quand on voit l'ensemble du portrait, c'est que, un, il y a un développement très important qui s'est fait de services. Les plages de services sont beaucoup plus longues, ça va continuer à se développer et à se consolider avec le personnel qui est transféré, et, dans certains endroits où le CLSC n'est peut-être pas le principal distributeur de services médicaux et de services de santé bien spécifiques, ce n'est peut-être pas une bonne chose si les médecins sont déjà organisés autrement et l'offrent et assurent une collaboration avec le CLSC.

Et, là-dessus, je terminerai en disant qu'autant la Fédération des CLSC, d'un côté, que les régies régionales ont fait une meilleure information en cours d'année et qu'ils l'ont rendue spécifique, selon les régions — et on voit ça de plus en plus — pour que les gens sachent quels services ils peuvent obtenir de leur CLSC et pour quels services ils doivent s'adresser ailleurs.

En ce qui concerne la salle d'urgence de l'hôpital, ça devient une décision à prendre compte tenu de l'ensemble des ressources de première ligne qu'on a. Dans certains cas, on n'en a plus besoin, de la salle d'urgence, parce que l'hôpital prend la relève pour la petite urgence et la consultation sans rendez-vous, et, dans certains cas, on peut garder la salle d'urgence ouverte, mais vraiment sur un plateau technique beaucoup plus resserré, sur des urgences qui demandent une intervention de la part d'équipements et d'équipes plus spécialisés dans de véritables situations d'urgence. Alors, je pense que c'est ça qu'est la véritable situation en ce qui regarde les services de première ligne et les CLSC, M. le Président.

M. Marsan: Alors, M. le ministre, M. le Président, je pense que le ministre convient que, actuellement, il y a encore des CLSC qui ferment leurs portes aux environs de 16 heures, 16 h 30. Ça, c'est reconnu.

M. Rochon: M. le Président, qu'il y ait encore des CLSC qui ferment leurs portes à 16 h 30, c'est peut-être un fait. Ce que je vous dis, c'est que, en cours d'année, première année de transformation, il y en a un nombre beaucoup plus important qui offrent maintenant les services de 8 heures du matin jusqu'à 20 heures le soir, qui font 60 heures par semaine, et que l'objectif de l'ensemble des CLSC est que, à la fin de l'année 1996, avec les transferts de ressources qui leur sont faits, tous les CLSC, sauf exceptions qui seraient justifiables pour d'autres raisons, offrent des services de 8 heures à 20 heures.

M. Marsan: Une autre question, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Toujours sur le même sujet, parce qu'il y a la députée de Rimouski.

M. Marsan: Ah, O.K. Non.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Sur le même sujet?

M. Marsan: Sur les heures, non.

Mme Charest: Sur les CLSC?

M. Marsan: Ah, oui, oui. O.K. Vous pouvez y aller.

Mme Charest: Oui, ça va?

M. Marsan: Je vais revenir après.

Projet de loi n° 116 sur la santé et les services sociaux

Mme Charest: Alors, M. le ministre, moi, j'ai une préoccupation, c'est par rapport au projet de loi n° 116. Et j'ai une préoccupation, parce que je voudrais vérifier jusqu'à quel point ce projet de loi là pourrait nous permettre de consolider les services de première ligne. Je fais référence, quand je parle du projet de loi n° 116, à toute la question de l'unification des conseils d'administration des établissements sur un territoire donné, parce que j'ai en tête, quand même, la préoccupation de préserver les vocations particulières des établissements, entre autres celles des CLSC, et j'aimerais ça que vous m'indiquiez comment ce projet de loi là va nous permettre, en quelque part, de mieux bonifier les services de première ligne.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée, je vous ferais remarquer que ce n'est plus au feuillet. Je n'ai pas d'objection à ce que le ministre réponde rapidement, parce que vous allez probablement le rapporter, là. Est-ce que je me trompe?

M. Rochon: Comment? C'est toujours au feuillet.

Mme Charest: Parce que, moi...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui.

Mme Charest: ...je m'excuse, M. le Président...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, allez-y.

Mme Charest: ...je pense que c'est étroitement lié à la question des crédits, parce que cette opération

qu'on a soulevée comme débat vise justement à diminuer des coûts administratifs, et c'est étroitement lié à la question des crédits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est beau, les deux côtés sont d'accord.

M. Rochon: Sauf erreur, M. le Président, le projet de loi est au feuillet ou va être rappelé dans les délais prévus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il n'est pas au feuillet, mais il va être rappelé.

M. Rochon: C'est ça, ou il va être appelé dans...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mais les deux côtés sont d'accord pour que vous en parliez. Alors, allez-y.

M. Rochon: O.K.

Une voix: Ha, ha, ha! On peut le rappeler tout de suite.

M. Rochon: Bon. Le projet de loi n° 116 a deux facettes: une qui est des modifications aux processus électoraux et certaines modifications à la composition d'un conseil d'administration. Mais la principale modification que ça apporte ou ajoute est effectivement ce à quoi la députée de Rimouski réfère, qui est la possibilité de réunir différents établissements sous ce qu'on appelle un seul conseil d'administration sans pour autant abolir, intégrer ou fusionner les corporations.

Bon. D'abord, une première chose à dire là-dessus, c'est que cette façon de faire n'est pas en soi complètement nouvelle, elle est déjà dans la Loi sur la santé et des services sociaux et elle est prévue pour certains types d'établissements, spécialement du côté des services sociaux et des centres jeunesse, et cette façon de rapprocher les établissements en leur permettant de fonctionner avec un seul conseil d'administration tout en continuant à exister, par ailleurs, comme corporations, comme entités légales, a permis, dans toutes les régions du Québec à peu près maintenant, de réunifier sous une seule autorité l'ensemble des services à la jeunesse, y compris la protection de la jeunesse, d'une part, et les services de réadaptation sociale des jeunes en difficulté, et ça a été une amélioration très importante dans toutes les régions où, là, une seule autorité, compte tenu du volume de services qui sont impliqués par ce genre d'établissements, a pu s'assurer de développer de façon équilibrée dans l'ensemble de la région et de déconcentrer les ressources sur le territoire pour que ça soit accessible à la population.

Alors, sur la base de cette expérience-là, qui a été heureuse — c'est donc quelque chose qui a été utilisé, fait, expérimenté et qui s'est avéré quelque chose qui fonctionne bien — on a pensé que ce serait un moyen

qu'on pourrait généraliser pour permettre de rapprocher un certain nombre d'autres établissements, et, là, en regard du CLSC, on pense spécialement à rapprocher les CLSC, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et, parfois, des hôpitaux de très petite taille. La loi prévoit déjà, de toute façon, dans un autre article, qu'un CLSC et un hôpital de moins de 50 lits peuvent s'intégrer et devenir un autre établissement qu'on appelle un centre de santé. Il y en a à peu près une douzaine au maximum, 10 ou 12 au Québec de ça, qui existent d'un côté, et on a l'expérience d'un conseil d'administration unifié pour les centres jeunesse.

● (20 h 20) ●

Alors, c'est sur la base de ces deux expériences-là, en circulant au Québec, en voyant sur le terrain ce qui se passait dans les consultations et l'élaboration des plans de transformation, qu'il s'est dégagé... Et certaines régions l'ont fait spontanément, mais, n'ayant pas ce moyen légal d'un conseil d'administration unifié, elles ont dû faire des fusions et des intégrations complètes, mais ont ramené sous une seule autorité administrative le CLSC, le centre d'hébergement et de soins de longue durée — en général, on parle d'un établissement d'autour de 100 lits, plus ou moins 25, règle générale — et certains hôpitaux qui avaient déjà moins de 50 lits ou qui avaient un peu plus de 50 lits mais pour lesquels la réorganisation faisait qu'ils évoluaient vers une diminution de lits importante pour avoir moins de 50 lits, de sorte qu'on a maintenant, pour un territoire bien identifié, qui est en général le territoire d'une MRC — ça représente, en général, autour de 30 000 personnes, plus ou moins 10, ça aussi dépendant de la densité de la population — un seul établissement qui assume une intégration complète des services de première ligne et des services d'hébergement et de soins de longue durée. Puis on en avait parlé beaucoup l'an passé, comment, dans la philosophie de la réorganisation du réseau, on rapproche de toute façon en collaboration le CLSC et le centre de longue durée parce que les deux travaillent pour donner des services et donner des soins à des gens dans un milieu de vie qui est soit leur milieu de vie familial, naturel, comme on dit, ou un milieu de vie substitué dans un centre de soins prolongés, si la personne n'a plus assez d'autonomie ou n'a pas un environnement social qui lui permet d'être à son domicile ou dans sa famille.

Mais les deux ont la même approche et peuvent se compléter beaucoup quand l'intégration est assez serrée. On pense, par exemple, que l'établissement de longue durée, en développant toutes sortes de formules de centres de jour, d'hébergement, de répit pour des fins de semaine, pour des périodes de congé ou des choses du genre, permet à des familles de garder avec elles, selon leur souhait, des personnes âgées ou des personnes qui, pour une autre raison, ont une perte d'autonomie plus ou moins importante. Elles peuvent les garder beaucoup plus longtemps parce qu'on évite l'épuisement de la famille et on évite, comme on nous a dit aussi, de demander trop à certains membres de la famille ou aux

femmes de supporter seules le poids des services donnés à domicile sans être vraiment aidées.

Donc, il y a toute une logique, là, qui s'est développée, puis j'insiste, M. le Président, ça s'est fait à l'expérience. Ça n'a pas été dessiné sur les tables de dessin quelque part au ministère, et ce n'est pas des paramètres théoriques qui ont été imposés. Donc, sur la base de cette expérience-là, ce qui est visé est vraiment, pour un certain nombre de territoires du Québec, d'intégrer ces établissements-là. Et, là, on a vraiment une dynamique, à ce moment-là, où, au lieu d'avoir des établissements d'hébergement de longue durée ou un petit hôpital qui ne serait pas vraiment efficace à administrer avec un conseil d'administration, un directeur général et toute l'organisation de l'équipe administrative et deux établissements qui fonctionnent en utilisant la première ligne, on a toute une logique de services qui part de la première ligne, d'options ambulatoires, et qui utilise l'hébergement pour compléter et soutenir ce qui se fait en première ligne.

Au cours des deux derniers mois, dans l'intersession, on a pu retourner sur le terrain, parce que vous rappellerez qu'en décembre il y a une réaction qui a été provoquée par le dépôt de cette loi-là, qui a eu plus d'ampleur et qui a été plus vive que, franchement, je m'y attendais, et on s'est aperçu, en revoyant les gens en consultation avec un document qui expliquait un peu plus ce que je viens de décrire qu'on veut faire, qu'on a pu dissiper pas mal de confusion et d'ambiguïté qui s'étaient glissées, où certains avaient pu craindre qu'on risquait par ça de lancer un mouvement qui ferait que tous les CLSC seraient fusionnés de toute façon à d'autres genres d'établissements, ce qui n'est pas le cas du tout. Alors, c'est un autre moyen de gestion qui nous est donné pour, encore une fois, rapprocher les établissements, pour un territoire bien déterminé, en fonction d'une dynamique et d'une logique de première ligne. C'est une première utilisation de ce changement-là.

En complément, je dois dire que, ce qu'on souhaite — mais on aura une discussion là-dessus lors de l'étude article par article du projet de loi — c'est qu'on puisse aussi utiliser des conseils d'administration unifiés pour différentes corporations, pour des établissements de même mission où il y aurait des indications qu'on a à gagner de les fusionner ensemble, deux centres hospitaliers. Il y a des centres urbains, par exemple, où tu as deux centres hospitaliers de 150, 200 lits qui peuvent s'intégrer. Même pour les CHU, c'est ce qu'on a fait comme genre d'opération quand les établissements s'intègrent et deviennent des pavillons plus complémentaires plutôt qu'en compétition.

Parfois, compte tenu des corporations qui existent, ça peut être plus facile de laisser des corporations en place. Dans le cas de missions différentes, les corporations peuvent être vigilantes et s'assurer de protéger la mission de chacun des trois et de se fusionner complètement, éventuellement, si on le souhaite, quand on a vraiment bien développé la pratique des services et qu'on l'a vraiment intégrée en fonction soit de la première ligne,

dans le cas des CLSC, ou qu'on a vraiment bien intégré de façon complémentaire ce que deux centres hospitaliers ou deux centres de longue durée voulaient faire. Alors voilà, M. le Président, ce qui résume un peu l'intention du projet de loi n° 116 en ce qui regarde les rapprochements de différents types d'établissements.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que, sur le projet de loi n° 116, il y aurait une ou deux dernières questions avant qu'on change de sujet?

Mme Charest: Si je comprends bien, c'est une opération qui s'inscrit à la fois dans le processus de transformation du réseau et aussi dans une optique de réduire les dépenses inhérentes à la gestion des établissements comme telle?

M. Rochon: Oui, M. le Président, le premier objectif est toujours de bien s'assurer qu'on améliore d'abord la distribution des services et, par ce genre d'intégration là, évidemment, ce qu'on vise, c'est d'avoir une meilleure complémentarité de ressources et d'assurer une meilleure continuité dans le service, parce que toute autre forme de rapprochement peut être bonne, mais il n'y a jamais aussi une meilleure intégration que quand il y a une même autorité qui prend des décisions en ce qui regarde le développement à long terme. Alors, c'est la première raison, et quand, en plus, comme c'est souvent le cas, on peut faire des économies parfois importantes, bien, ça vient consolider la décision à ce moment-là.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le député de Robert-Baldwin. Sur la loi n° 116, M. le ministre.

M. Marsan: Oui, je voudrais comprendre un peu. On nous avait présenté, vous vous souvenez, la 83. Et, pour la 83, il y a eu le bâillon. C'était sur la fermeture des hôpitaux. Au mois de décembre dernier, je pense, on a déposé la loi n° 116. On l'a retirée depuis. Là, on nous dit qu'on va la...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Elle n'a pas été retirée. C'est la prorogation de la Chambre.

M. Rochon: Excusez, ça n'a jamais été retiré.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Juste une mise au point, là.

M. Marsan: Mais, sans connaître tous les rouages, quand j'ai regardé mon feuilleton à l'Assemblée, je n'ai pas vu qu'il y avait une loi n° 116, d'aucune façon, en tout cas.

M. Rochon: M. le Président, est-ce qu'on peut s'entendre là-dessus ou faire faire les vérifications s'il le faut? Moi, ce que j'ai compris et ce qu'il faut qu'il existe, là, c'est qu'on a fait la première lecture, le temps n'a pas permis de continuer en deuxième lecture...

M. Marsan: Monsieur, excusez, mais je ne pense pas que...

M. Rochon: Je peux terminer...

M. Marsan: O.K.

M. Rochon: ...ce que j'essaie de dire que j'ai compris? Et ce que j'ai compris, c'est qu'on a jusqu'à je ne sais pas quand, là...

Une voix: Jeudi.

M. Rochon: ...jusqu'à jeudi pour décider des projets de loi qui sont restés en première lecture, ceux qui sont rappelés et qui continuent au feuilleton ou bien ceux qui sont morts au feuilleton. Et, dans le cas de 116, si j'ai bien compris, c'est ce qui est la situation. Si ce n'était pas le cas, il faudrait vérifier, et on va redéposer, on va faire d'autre chose. Le projet de loi n° 116 est toujours vivant, c'est ce que je vous dis, et il n'a pas été retiré, en ce qui me concerne.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): On fera vérifier de façon formelle ce petit élément-là, mais, selon les informations que j'ai, à la prorogation de la Chambre, le projet de loi n° 116, il faut qu'il revienne en Chambre. Ça n'empêche pas l'intervention, là.

M. Marsan: Dans des questionnements antérieurs qu'on avait faits ensemble, vous aviez parlé de présenter un projet de loi sur la déréglementation, et une des hypothèses serait peut-être qu'elle pourrait être intégrée à une 116 ou à une autre 116. Est-ce que c'est toujours votre intention de procéder avec un projet de loi de déréglementation inclus dans le 116 ou dans un autre 116 ou...

M. Rochon: La consultation qu'on a faite au cours des derniers mois sur la base d'un document qui, effectivement, incluait, intégrait 116 avec des propositions de déréglementation... Et on a à déterminer dans les prochains jours si on continue avec 116 tel quel ou si on complète 116 par la partie de déréglementation. C'étaient les deux éléments, en plus du projet de loi 83 qui a déjà été adopté. On va faire le tour, de toute façon.

Au moment où je vous parle, la décision finale n'a pas été prise, ça va dépendre des dernières informations que j'aurai, M. le Président, en ce qui regarde la gestion du temps législatif qui va être prévu, parce qu'on a tous une obligation, c'est de s'assurer que 116, au moins quant à son contenu, qui regarde les processus

électorales, soit adopté à cette session-ci, parce que des élections doivent avoir lieu à l'automne, et si, ça, ce n'est pas adopté, notre système ne sera pas vraiment bien opérationnel à ce moment-là.

Si le temps législatif le permettait, on pourrait y aller avec un projet qui pourrait remplacer 116, à ce moment-là, pour inclure 116 plus la déréglementation. Sinon, à la prochaine session, à l'automne, on complètera tout ce menu législatif sur la Loi sur les services de santé et les services sociaux par la partie de déréglementation.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Autres questions là-dessus?

• (20 h 30) •

M. Marsan: Je pense que le ministre doit se souvenir qu'il y avait eu un comité de déréglementation et qu'il y avait eu des rapports de présentés et que, je pense, le réseau s'attend, avec beaucoup d'intérêt et peut-être même un peu d'impatience, à avoir un résultat de ce côté-là. Si ça peut aider le ministre, s'il veut qu'on siège de façon extraordinaire, en tout cas, il pourra sûrement passer les messages à son leader. Nous autres, on était prêts à siéger depuis le mois de janvier ou février, même en début de mars, comme c'est prévu dans nos règlements, et je voudrais rassurer le ministre, qu'on pense que c'est quand même une priorité, la déréglementation, et qu'on aimerait ça pouvoir voir que les résultats des différents comités puissent rentrer en application.

Mon autre question, toujours sur le n° 116, c'est... On a eu beaucoup de difficultés, depuis que vous avez été élus au gouvernement, à avoir des consultations au niveau de la commission des affaires sociales sur ce qui se passe dans le domaine de la santé. Est-ce que vous envisagez des consultations élargies lorsque vous allez redéposer ou représenter ou présenter encore le projet de loi n° 116, et est-ce que les gens du réseau, les patients, les associations de patients, les regroupements de familles, les différents groupes que vous connaissez très bien, est-ce qu'ils vont avoir l'opportunité de se faire entendre sur votre projet de loi?

M. Rochon: M. le Président, voilà qu'il faut décoder les propositions de collaboration pour accélérer le processus législatif. Il me semble que ce que j'ai compris, ce qui est important quand on regarde un projet de loi, c'est que tous ceux qui sont impliqués par le projet de loi, par les modifications qui sont apportées ou par la création qu'on propose puissent être entendus effectivement. Et c'est ce qu'on souhaite faire avec le projet de loi n° 116.

On a voulu profiter du temps entre les deux sessions pour retourner sur le terrain pour clarifier beaucoup de choses, et tous ceux qui peuvent être impliqués d'une façon ou d'une autre ont déjà été vus, on a déjà discuté avec eux. Ce n'est pas en commission parlementaire, mais le ministre les a quand même rencontrés avec des fonctionnaires du ministère, et on a balisé pas

mal de choses. Il y a donc un bon travail de fait. Et c'est sûr qu'on voudra que tous ceux qui sont directement impliqués, comme les associations d'établissements, par exemple, en ce qui regarde l'article qui prévoit des rapprochements par des conseils d'administration unifiés, puissent venir se faire entendre et faire leurs propositions en commission parlementaire. Et s'il y avait d'autres groupes qui sont visés par les processus électoraux, on devra le faire aussi.

On a pu recevoir et analyser à peu près, déjà, 150 mémoires, qui ont permis d'améliorer le projet de loi tel qu'il est là. Maintenant, on va être ouverts à ça. Maintenant, je ne pense pas qu'il sera indiqué pour le projet de loi n° 116, surtout si on n'y met pas la partie de déréglementation, d'entreprendre une consultation générale pour que tout le monde du Québec vienne se faire entendre là-dessus. Je pense que ça dépasserait beaucoup ce qui est l'objectif de la loi n° 116. Et, là-dessus, prenant bonne note de l'offre de collaboration et d'efficacité de l'opposition, j'ai bien confiance qu'on va s'entendre facilement et rapidement sur une liste d'organismes et de gens qui devraient être entendus, pour être sûr qu'on va adopter une bonne loi.

M. Marsan: M. le Président, le ministre fait référence à une consultation qu'il a faite lui-même, là, à travers les mécanismes du ministère, mais, nous, nous parlons d'une véritable consultation où les différents partis élus au Parlement pourraient questionner les différents regroupements, et on pense vraiment à une consultation en commission parlementaire. Jusqu'à maintenant, on a toujours senti une approche extrêmement restrictive de la part du ministre lorsqu'on veut déterminer une liste de personnes intéressées à consulter. On reçoit beaucoup de correspondance lorsque ces occasions-là se présentent, et on formulerait le souhait que les gens qui sont reconnus comme étant sérieux dans le réseau et qui souhaitent être entendus en commission parlementaire puissent l'être. Et, dans ce sens-là, oui, M. le ministre, vous aurez notre collaboration.

M. Rochon: Est-ce que je pourrais simplement dire, M. le Président, qu'il faut faire attention pour ne pas généraliser trop, trop à partir de l'échantillon de un, parce qu'il y a eu un projet de loi dans le domaine de la santé et des services sociaux qui était très spécifique et très pointu et, de toute façon, on n'a jamais pu se rendre même à l'article I en commission parlementaire. Alors, je pense que l'utilisation de ce spécimen permettrait de faire une analyse qui arriverait à une conclusion peut-être différente que celle que fait le député de Robert-Baldwin. Et, encore une fois, il ne faut pas trop généraliser en disant que le ministre n'a jamais voulu trop, trop faire de consultations à partir d'un échantillon de un.

Maintenant, moi, je ne veux surtout pas minimiser le travail de la commission parlementaire, au contraire. Je rappelais cet après-midi qu'on a même commencé ce qui était prévu dans la loi, mais qui n'avait encore

jamais été fait: à inviter des régies régionales à comparaître devant la commission parlementaire pour rendre compte de leur mandat et expliquer comment elles font. Le travail de la commission parlementaire est très important, surtout pour un projet de loi, mais il ne faudrait peut-être pas non plus minimiser l'importance des travaux qui sont faits en préparation d'un projet de loi pour pouvoir vraiment amener devant la commission un produit qui a été bien mûri et qui permet à la commission, pas de travailler tous azimuts mais de travailler de façon organisée, structurée, rigoureuse, pour qu'on puisse avoir un processus législatif efficace, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. Est-ce que je reconnais d'autres interventions? M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, merci, M. le Président. M. le ministre, chaque fois que vous menacez d'un autre projet de loi, j'ai des appels des établissements du réseau... Est-ce que je n'ai pas bien choisi mes mots? Selon l'interprétation de plusieurs dans le réseau, c'est un bon verbe à utiliser, particulièrement après la loi 83. Avec la réinstallation sur le feuillet de la loi n° 116, exactement, avec les changements, je voudrais savoir vraiment, pour l'année prochaine, un peu dans la même direction que la première question sur la loi n° 116 ce soir, c'est quoi, l'avenir de nos établissements.

Moi, dans le comté que je représente, j'ai deux CLSC, les CLSC Lac-Saint-Louis et Pierrefonds, qui desservent déjà plus que 100 000 habitants. Peut-être que c'est trop micro pour le ministre, mais je vais demander la question quand même. Pour sauver de l'argent ou pour remplir son plan, est-ce qu'il va obliger la fusion réelle ou virtuelle de ces établissements? Est-ce qu'il — et ce n'est pas quelque chose que je souhaite — va obliger les deux CLSC à fusionner et à travailler ensemble, à être regroupés, ou est-ce qu'il va obliger les établissements, tel qu'il l'a mentionné, un centre d'accueil ou un hôpital, à être fusionnés ou semi-fusionnés? C'est une chose de faire ça volontairement, M. le ministre, c'est une autre chose d'être obligé de faire ça par l'État. Qu'est-ce que je peux dire à ces établissements maintenant, M. le ministre, pour l'année prochaine et les années qui suivent? Est-ce qu'ils vont avoir l'obligation de fusionner, ou est-ce que vous allez menacer de fermer s'ils ne fusionnent pas? Je voudrais savoir c'est quoi, votre stratégie.

M. Rochon: M. le Président, on ne menace pas, on ne menace personne. On propose, on discute, mais on ne menace pas.

M. Williams: Dites ça au Reine Elizabeth ou à Lachine.

M. Rochon: Je ne pourrais pas, là... Je n'ai pas entendu parler récemment, je n'ai pas d'informations en

ce qui regarde, M. le Président, les deux CLSC en question. Il y a sûrement une première source d'information à laquelle on peut se référer — et si le député de Nelligan n'a pas eu la chance de le faire, on pourra le faire pour lui et lui donner l'information — au plan de transformation de la Régie régionale de Montréal. Parce que les fusions, surtout s'il est question d'intégrer ou de fusionner deux CLSC... il n'y a pas le programme puis une opération de fusionner les CLSC. Ça s'est fait dans certains cas au cours de la dernière année. Les fusions de CLSC, à ma connaissance, qui se sont faites, ça a été sur une base volontaire, où les gens ont souhaité largement... Il y avait un bon consensus pour faire la fusion. Et s'il y a quelque chose de prévu pour les CLSC auxquels on fait référence, ça a sûrement dû être discuté dans le cadre de l'élaboration du plan de transformation pour la région de Montréal-Centre, et c'est probablement prévu. Maintenant, du ministère, à ma connaissance, on n'a pas pris de décision de faire des fusions de CLSC ou que ce soit, à moins que ce soit déjà une problématique qui a été soulevée, discutée dans la région.

M. Williams: Vous ne privilégiez pas...

M. Rochon: Je pense, M. le Président, si ça peut aider la discussion, que le sous-ministre — pour vous rappeler, M. Luc Malo — pourrait donner un complément d'information.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y.

M. Malo (Luc M.): Dans la région de Montréal, il y a seulement... Le plan de la régie régionale proposait la fusion de deux CLSC seulement, et c'est fait actuellement. Il y a d'autres régions qui ne proposent aucun regroupement ou fusion de CLSC. C'est beaucoup fonction de la population sur le territoire. Il y a quelques endroits au Québec où il y avait plus d'un CLSC par MRC. Là, les régies régionales nous ont fait des propositions de regroupement par territoire de MRC, là où nous avons reçu les plans.

● (20 h 40) ●

Le cas que vous évoquez, également, avec 100 000 de population et plus, il y a seulement 16 territoires au Québec où le CLSC a 100 000 de population et plus, sur 158. Il y en a aussi 16 qui ont moins de 10 000, 24 qui ont entre 10 000 et 20 000, et, de mémoire, j'y vais de mémoire, je pense c'est une trentaine entre 20 000 et 30 000. De toute façon, on pourra vous les donner par tranche de 10 000 de population, de façon précise. Et là où les régies régionales, dans leur plan de transformation, nous ont fait des propositions de regroupement CLSC-CHSLD, par exemple, c'est lorsqu'il y avait une faible densité de population, et c'est surtout dans les régions périphériques. Mais à Montréal, le seul projet qu'il y avait de regroupement, c'est déjà fait, c'est Centre-ville et Centre-Sud.

M. Williams: Vous ne privilégiez pas la fusion des CLSC sur l'île de Montréal, si j'ai bien compris?

M. Malo (Luc M.): Pour le moment, le plan de la régie régionale n'en prévoit pas d'autre.

M. Williams: Pour le moment.

M. Malo (Luc M.): Pour le moment.

M. Williams: C'est dangereux quand j'entends ces mots ici.

M. Rochon: Non, M. le Président, c'est peut-être bon de se rappeler que les plans de transformation couvrent une période de trois ans, jusqu'en 1998. Alors, c'est un bon moment, quand même.

M. Williams: Merci. Et les fusions vont continuer de se faire sur une base volontaire et pas sur une base obligatoire. C'est ça?

M. Rochon: Pardon? Excusez, M. le Président. On complétait une information.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il y avait une deuxième interrogation. Allez-y, M. le député de Nelligan, si vous voulez répéter votre question.

M. Williams: Oui, M. le Président. Est-ce que j'ai bien compris que toutes les fusions des établissements du réseau vont continuer sur une base volontaire et pas sur une base obligatoire?

M. Rochon: Quand on parle de rapprocher des établissements par une fusion en intégration ou, ce que je souhaite qu'on puisse avoir, par un conseil d'administration unifié, on sait qu'il faut nécessairement qu'il y ait un minimum de consensus qui existe. Autrement, ça ne peut pas vraiment fonctionner, et ça s'est toujours fait dans un contexte comme ça.

Maintenant, où il faut, par contre, parfois avoir un processus de décision qui décide sans qu'on ait nécessairement l'unanimité... Parce que consensus, ça ne veut pas dire unanimité. Il est arrivé des situations où il pouvait y avoir une résistance très active, très organisée, mais très minime, et où on avait vraiment... Et ça se voit dans une démocratie; on connaît le fonctionnement d'une démocratie, où il faut avoir une façon de fonctionner qui fait qu'une petite minorité ne peut pas empêcher la majorité de faire ce qu'un consensus a déjà établi. Et c'est dans cet esprit-là. C'est vraiment dans cet esprit-là que les fusions se sont faites, que les intégrations aussi se sont préparées. Très souvent, ça a été un processus complètement volontaire, et actuellement, en général, il faut que ça se fasse sur une base volontaire.

Ce qui est souhaité, c'est que, dans une période de transformation et de réorganisation d'un réseau, une décision puisse être prise quand le consensus est assez

solide, même s'il n'y a pas une unanimité complète. Alors, ça, on peut vraiment assurer la commission et la population. D'ailleurs, ça a été l'expérience de l'année, que ce n'est pas des choses qui sont imposées et qui peuvent être imposées à une majorité de personnes sur un territoire. Mais, de toute façon, la question devient un peu académique, là, parce que, à peu près au complet, les situations où il y a fusion, intégration, rapprochement qui doivent avoir lieu, si ce n'est pas déjà fait, c'est au moins identifié et en cours, en cours de réalisation, ou au moins en cours de discussion, mais c'est connu. Et la probabilité qu'une nouvelle situation d'une intégration importante... Ça peut toujours arriver. Les choses peuvent changer rapidement à un moment donné, mais la probabilité est beaucoup moins grande que c'était le cas il y a un an, quand on entreprenait tout l'exercice de transformation du réseau.

M. Williams: Merci, M. le ministre. Au moins, le futur à court terme des mes deux excellents CLSC ne changera pas tout de suite, et j'ai apprécié votre réponse. Mais, M. le ministre, souvent, quand nous avons essayé de vous questionner, nous avons questionné, essayé d'avoir une réponse, souvent vous avez répondu que c'était au niveau de la régie régionale. Encore une fois, vous avez mentionné le plan de transformation de la Régie régionale de Montréal métropolitain et, souvent, dans vos réponses orales et écrites, vous avez mentionné que c'était la responsabilité d'une régie régionale. Mais quand nous avons demandé les objectifs de résultats pour les CLSC et les indicateurs pour l'évaluation de la performance et de l'efficacité, tel que nous l'avons demandé en page 77 du tome II des «Réponses aux questions particulières», nous avons trouvé, dans la réponse pour la région 11, qui est Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, que... Je vous donne la chance de trouver: tome II...

Une voix: Quelle page?

Indicateurs de performance

M. Williams: Page 77. Mais on arrive à la page 84, la réponse pour la région 11 dit: «La régie régionale ne possède pas, à proprement parler, d'outils d'évaluation de la performance et de l'efficacité des CLSC.» Je voudrais demander, dans ces cas-là, comment ici, à la commission des affaires sociales, on peut croire qu'il y a des contrôles bien établis, que les CLSC marchent bien? Quand on vous a questionné vous avez dit: C'est la responsabilité des régies régionales. Quand nous avons les réponses des régies régionales, elles disent qu'elles ne possèdent pas les outils. Je voudrais savoir qu'est-ce qu'on fait dans des cas comme ça. Et, dans l'avenir, M. le ministre, au moins, certainement dans l'année fiscale 1996-1997, qu'est-ce que vous allez faire dans ces cas-là?

M. Rochon: Alors, M. le Président, c'est une bonne question.

M. Williams: Merci, M. le ministre.

M. Rochon: Ça arrive.

M. Williams: Ça arrive, hein?

M. Rochon: Ça arrive.

M. Williams: J'espère que je peux avoir une bonne réponse.

M. Rochon: Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Ha, ha, ha! Elle est bonne.

Une voix: Ça arrive.

M. Rochon: Merci. Ha, ha, ha!

M. Williams: Ha, ha, ha! Est-ce que c'est trop micro pour vous?

M. Rochon: Je vais sûrement essayer, M. le Président. Bon. D'abord, il y a deux éléments, là, je pense, à la question: il y a toujours le préambule et la question. C'est bien sûr que, si on organise un système sur une base décentralisée, avec des instances régionales qui assument une responsabilité, à certaines questions qui sont posées dans certaines correspondances que l'on doit avoir, c'est tout à fait normal qu'on respecte le mandat qui est donné aux régies régionales, qui, d'ailleurs, est un mandat légal. La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit et décrit le mandat et la responsabilité des régies régionales, qui sont des entités juridiques légales, qui existent avec un mandat, une responsabilité, comme on le sait, de coordonner les services de santé, de les organiser, de faire participer la population et d'allouer les ressources sur un territoire à l'intérieur de paramètres qui sont déterminés par le ministère. Donc, je pense que, là, on ne peut pas affirmer une chose et son contraire en même temps. Si le système est décentralisé, pour avoir certaines informations plus précises, pour discuter de certaines décisions, il faut référer à l'instance qui est responsable au niveau administratif dans ce système de décision. Bon.

Maintenant, où la question est très importante, là, M. le Président, c'est sur toute cette question de besoin d'indicateurs, et de bons indicateurs, pour suivre une transformation de système comme ça. Et, ça, on est d'accord et on en est très conscients, et on sait que ce n'est pas un domaine facile, aussi, parce que, dans le domaine de l'organisation des services de santé, pour mesurer surtout des résultats, on est capables de mesurer beaucoup de processus, on est capables de faire beaucoup de mesures au niveau des structures, mais d'aller vraiment, là, au niveau des résultats, et même au-delà de ça, de l'impact qu'on a vraiment eu sur l'état de santé

d'une population, c'est plus difficile. Et, dans beaucoup de domaines, il n'existe pas encore vraiment d'indicateurs, ou ceux qui existent sont très partiels ou manquent vraiment, là, de validation pour être utilisés sur une large échelle. On est très conscients de ça.

Les régies régionales — puis c'est pour ça qu'on voit des réponses un peu différentes — en sont conscientes et sentent l'obligation de développer le plus possible, pour ce qui peut être fait à leur niveau, des indicateurs. Et, comme il y a 16 régions — 18 au total, si on prend les territoires des Cris et des Inuit — le degré d'avancement dans ce type de développement là est différent et est inégal, surtout après une première année de réorganisation du réseau, et une première année qui a été consacrée beaucoup à la consultation de la population et au développement des plans de transformation. Donc, ce n'est pas surprenant, là, qu'on soit à des niveaux différents.

● (20 h 50) ●

Maintenant, il s'est fait aussi en cours d'année un travail assez important au niveau du ministère, pour, d'une part, être capable de collaborer et d'aider les régies régionales, surtout celles qui ont des équipes peut-être moins importantes, avec ce type de capacités et de moyens, et aussi pour avoir des indicateurs qui seront utilisés de façon uniforme à travers toutes les régions, pour qu'on puisse suivre l'évolution de la transformation à travers tout le Québec, être capables de comparer ce qui se passe d'une région à l'autre, parce que, comme on l'a dit souvent, il n'y a pas beaucoup d'absolu dans ce domaine-là. Les objectifs, même en étant très clairs, la façon de les réaliser... Porter un jugement de valeur: est-ce que c'est bon ou c'est moins bon, ou ça pourrait être meilleur, sur le degré d'atteinte d'un objectif, sur le rythme de progression vers un objectif? on le dégage seulement en comparant et en voyant comment les meilleurs font par rapport à ceux qui sont moyens ou à ceux qui sont moins bons. Il y a donc un jeu, un ensemble d'indicateurs, d'un nombre limité, de 12 à 15, je pense, qu'on pourra utiliser, que le ministère a développés. Même quand ils sont imparfaits, on va les utiliser au mieux possible pour être capables de faire ce suivi, qui est très important, effectivement, de la transformation, s'assurer que les plans prévoient que ce qui doit être transféré ou transformé le soit et que les ressources ne bloquent pas au passage, là, que ça se rende vraiment où ça doit aller, et dans les meilleurs délais possible. Alors, ça, il y a un travail important qui va se faire là-dessus, une collaboration importante entre le ministère et les régions.

Je finirai juste en précisant là-dessus, comme on le sait tous, que le développement et l'utilisation d'indicateurs dans un domaine comme ça repose beaucoup aussi sur les systèmes d'information qu'on a en place, et, ça aussi, il s'est fait pas mal de développement de systèmes d'information dans le réseau de la santé et des services sociaux. On sait qu'au niveau du gouvernement on a créé un secrétariat de l'autoroute de l'information et que les différents secteurs, les différents ministères,

y compris celui de la Santé et des Services sociaux, doit pour le mois de juin produire un plan de développement des systèmes d'information pour le ministère, pour les régions et pour les partenaires des régies régionales du réseau et du ministère, de sorte qu'on puisse mieux intégrer nos systèmes d'information et avoir des systèmes d'information qui nous permettent vraiment d'utiliser des indicateurs, de les améliorer à l'expérience et de s'assurer qu'on a une information qui circule dans tout le réseau.

Donc, qu'on ait une vue différente d'une région à l'autre, je pense que ce n'est pas surprenant après une première année. L'importance de la question, elle est réelle, et on en est très conscients. Et je peux vous assurer que le ministère, c'est une des fonctions sur laquelle il va pouvoir se concentrer encore plus, avec la décentralisation, pour assister les régies dans cet exercice.

M. Williams: Merci, M. le ministre.

Une voix: Je retire mes dernières paroles.

M. Williams: Non, actuellement, c'est mieux que d'habitude, mais le vrai sens que j'ai entendu des réponses du ministre: il y a du travail à faire. Et, à cause de ça, M. le ministre, je dormirai mal ce soir. Vous avez tout un virage ambulatoire, vous avez toute une réforme du système basée sur les CLSC, et vous avez juste dit que vous n'avez pas les outils d'évaluation de performance et d'efficacité. Mais, plus particulièrement, M. le ministre, je voudrais savoir, encore une fois, pourquoi on manque d'informations dans les réponses écrites. J'ai ciblé une région, la région 11, Gaspé.

M. Rochon: Au hasard, celle-là. Ha, ha, ha!

M. Williams: Oui. Mais parce que le choix est mince, M. le ministre. Il y a juste quatre autres régions qui ont donné une réponse. Vous-même dites qu'il y a 18 régions. Qu'est-ce qui se passe avec les réponses des autres, et comment on peut prendre cette évaluation des crédits sérieusement quand on demande des questions et que nous n'avons pas de réponses? Et, souvent, quand nous avons une réponse, je vous questionne et, effectivement, la réponse n'est pas complète. Mais, dans cette question, qui est assez simple mais qui me semble assez importante, sur les indicateurs, il y a juste cinq régies qui ont donné une réponse. Ça commence à être une réponse régulière, une façon de faire régulière à cette commission, et je voudrais savoir pourquoi et est-ce qu'on peut corriger cette façon de répondre à nos questions.

M. Rochon: M. le Président, on montre le moment où je pense que la question a été transmise au ministère. Est-ce que c'est bien à la fin de mars, le 25 mars...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député.

M. Rochon: ...que la question a été transmise au ministère?

M. Williams: C'est entre les leaders, M. le ministre.

M. Rochon: C'est le 25 mars. À quelle date sommes-nous maintenant, aujourd'hui, M. le Président?

Des voix: Le 16 avril.

Une voix: Ça a été envoyé au leader...

M. Rochon: Le 16 avril. Alors, il y a eu un congé pascal à travers ça. Alors, je pense que le député, M. le Président, peut trouver sa réponse là, dans le délai qu'on a eu pour colliger l'information à travers toutes les régies régionales, l'organiser et la transmettre à la commission. C'est déjà bon, là, qu'on ait cinq ou six régies qui ont pu nous envoyer de l'information détaillée. Et si on regarde toutes les réponses à cette question-là, je suis sûr que le député a aussi vu, aux pages 79 et suivantes, la réponse de la régie de la région 03, qui, sur cette question-là, a répondu pour trois longues pages, avec des indicateurs très précis, selon des objectifs. Bon. Alors, c'est simplement, M. le Président, pour mettre ça en perspective. Ce n'est pas que l'information n'existe pas, ce n'est pas qu'elle n'est pas disponible pour la commission, mais il faut être un peu réaliste, entre le moment où on a posé la question, les jours ouvrables qu'on a eus pour aller chercher la réponse et l'information qui est maintenant disponible pour la commission.

Maintenant, je prendrais l'exemple de la région 03. Le député, par hasard, avait choisi tout à l'heure une région qui est une nouvelle région, qui s'organise, qui développe sa culture, qui termine présentement les derniers éléments de son plan de transformation. Si le hasard l'avait amené à prendre une région comme la région 03, qui existe depuis plus longtemps, qui a une culture, qui a une bonne équipe et qui est développée un peu plus, il aurait eu une réponse beaucoup plus complète, mais le hasard ne fait pas toujours les choses pour le mieux.

M. Williams: Oui. Mais, M. le ministre, effectivement, je peux lire. Au moins, j'ai une réponse de la région 03. Encore une fois, je demande: Est-ce qu'on peut avoir la réponse pour les autres régies? Nous avons eu une entente entre les leaders sur ça, de citer les dates quand vous avez reçu la demande. Je pense que ça va être plus intéressant de parler avec le bureau du leader de votre parti. C'est une question assez importante, et je voudrais savoir, au moins ce soir — parce qu'il y a plusieurs autres questions qu'on doit demander — est-ce qu'on peut avoir les réponses des autres régies

avant la fin de cette période d'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux? Comme vous avez déjà promis à quelques autres de mes questions.

M. Rochon: Alors, M. le Président, les membres de la commission doivent savoir qu'on fait toujours l'impossible pour donner toute l'information requise dans les meilleurs délais. Si, pour l'étude des crédits, le député, M. le Président, en fait une condition essentielle pour faire une bonne étude des crédits et qu'il tient absolument à avoir toutes les réponses avant la fin des crédits, on va faire une demande urgente à tout le réseau...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est-à-dire avant jeudi prochain.

M. Rochon: C'est ça. On va faire une demande urgente, et je suis sûr que les gens pourront réaliser ce que ça a permis d'avoir comme discussions importantes pour l'analyse des crédits, qu'on n'aurait pas eue autrement s'ils ne s'étaient pas dépêchés à ce point-là pour nous faire parvenir l'information en un si court délai. Alors, je laisse au député, M. le Président, de juger lui-même de l'urgence de la question. Mais, de toute façon, l'information demandée va être disponible.

M. Williams: Je trouve 5 et 18, la régie régionale a été capable de répondre à la question, et je voudrais savoir pourquoi les 13 autres n'ont pas répondu. Avec ça, ma question reste la même. Et, M. le ministre, je pense que c'est votre responsabilité de fournir l'information.

M. Rochon: Oui, oui. C'est ce que j'ai dit.

M. Williams: Moi, je ne blâme pas les régies, c'est votre responsabilité. Nous sommes ici pour étudier les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux; et, quand on demande une question aussi simple que ça, je pense que le minimum qu'on peut avoir, c'est une réponse qui vient de chaque territoire. S'il y a quelques régies qui ont une réponse moins complète que les autres, je peux vivre avec ça. Mais, au minimum, je pense qu'on peut avoir les grandes lignes de chaque territoire. Et c'est ça que je demande, et je redemande d'avoir ça avant la fin de cette étude des crédits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est noté.

M. Rochon: M. le Président, l'information va être disponible; dans les meilleurs délais où on pourra l'avoir, elle sera remise à la commission.

M. Williams: Merci beaucoup.

• (21 heures) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Autre question sur la question des CLSC? Oui, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

Maintien à domicile des personnes handicapées

M. Copeman: Merci, M. le Président. J'aimerais renchérir un tout petit peu sur le financement, les ressources consacrées au maintien à domicile. Avant notre suspension, le ministre a fait état du progrès fait dans le domaine, une augmentation d'à peu près 12 \$ per capita, je pense, sur trois ans, qui nous situe vers 50 \$ per capita, si mes constatations sont correctes. C'est à peu près ça qu'il a dit il y a un an, et je pense que le ministre a confirmé à peu près une progression sur plusieurs années: on va y arriver à 50 \$ per capita. Si ce n'est pas le cas, le ministre me corrigera. La difficulté, c'est un sujet qui revient cette année, est à savoir: tout en avouant qu'il y a un progrès de fait, est-ce que c'est assez, M. le Président? C'est ça, la question qui est importante pour toutes sortes de clientèles, entre autres pour la clientèle des personnes handicapées, qui dépendent beaucoup des services de maintien à domicile; il y a peut-être une autre clientèle qui pourrait en dépendre suite au virage ambulatoire entrepris, la reconfiguration du réseau.

Le ministre aime citer des comparaisons. Notre taux de lits de courte durée comparé à celui de l'Ontario et du reste du Canada, on sait fort bien qu'on a un taux de lits de courte durée plus élevé que l'Ontario. Le ministre essaie, avec son plan de reconfiguration, de baisser ça. Le problème, c'est qu'en Ontario, selon les informations qu'on a, à l'année 1998, ils vont être rendus à pas loin de 100 \$ per capita dans le maintien à domicile, tandis que nous autres, on va être rendus à 50 \$. Alors, de dire qu'on aura les mêmes taux, le même nombre de lits de courte durée par 1 000 que l'Ontario, ou pas loin, mais de dire, d'accepter au même moment qu'on consacre la moitié des ressources per capita au maintien à domicile, quant à moi, c'est inquiétant, M. le Président.

Et j'arrive à une question un peu plus précise, là, comme on en a parlé l'année passée, le cas du CLSC Notre-Dame-de-Grâce—Montréal-Ouest, qui, après un an de reconfiguration de réseau, reçoit cette année certaines sommes, des ressources supplémentaires pour, entre autres, le maintien à domicile, selon le progrès de la reconfiguration. Il est très clair et reconnu, M. le Président, que le CLSC Notre-Dame-de-Grâce—Montréal-Ouest fait un tri dans la demande de maintien à domicile, et le prix est basé, entre autres, sur les capacités d'un citoyen de payer. Très clair. Il est avoué par le CLSC. Si, moi, je faisais une demande, pour n'importe quelle raison, de maintien à domicile, je peux vous dire que je serais refusé par le CLSC Notre-Dame-de-Grâce—Montréal-Ouest, faute de ressources. Et je serais référé à une agence privée pour laquelle je serais obligé de payer pour les services de maintien à domicile. Ça, c'est la situation actuelle, même après un an d'amélioration, selon le ministre.

Mais, pire que ça, M. le Président, je pense qu'il faut faire la distinction, il y a deux volets à l'intérieur du maintien à domicile. Il y a des soins de santé et des

fournitures médicales, qui est le volet maintien à domicile, et le genre soutien dans les tâches quotidiennes d'un domicile. Et là la situation est pire, M. le Président, selon les informations que j'ai de la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées. Il est vrai qu'en général les attentes, les demandes sont satisfaites au niveau des soins de santé à domicile, mais même les personnes handicapées, présentement, sur l'île de Montréal, il y a une tonne d'exemples très concrets où elles se voient refuser du soutien dans leurs tâches quotidiennes à domicile, M. le Président. Si c'est le cas présentement, ça m'inquiète beaucoup, et j'aimerais entendre le ministre là-dessus. Est-ce qu'il trouve qu'on avance assez vite? Est-ce qu'il trouve que le système actuel est responsable, dans le sens qu'on oblige certains citoyens, sur un territoire ou plusieurs territoires de CLSC, à payer pour des services tandis que d'autres, on ne les oblige pas? Est-ce que c'est ça, sa vision d'un système de maintien à domicile?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Oui, M. le Président. D'abord, on va préciser nos chiffres. Cet après-midi, j'ai effectivement fait référence, avec les chiffres, de mémoire, qu'on passerait de quelque chose d'autour de 35 \$ à peut-être 53 \$, à peu près, per capita. On a fait révérifier plus précisément, et on me dit qu'au 31 mars 1995 c'est effectivement 33 \$ per capita qu'on avait. Et, d'après les plans qui ont été faits dans les différentes régions, à la fin de mars 1997, donc à la fin de l'année qu'on entreprend, c'est à 60 \$ per capita qu'on sera. Donc, un peu mieux. Et si on continue, en 1998, on sera peut-être, je ne sais pas trop, là, entre 60 \$ et 70 \$, quelque chose comme ça. C'est effectivement encore en deçà de l'Ontario.

Maintenant, on se rappellera tous que l'Ontario a commencé l'exercice qu'on fait deux, trois ans avant le Québec. Alors, si on veut faire la comparaison, il faudrait vraiment comparer en tenant compte de ça, parce qu'il y a un temps pour faire des transformations comme ça, vu qu'on déplace du personnel. Et, d'ailleurs, l'opposition ne s'est pas gênée pour nous rappeler durant toute l'année et nous dire comment on allait donc trop vite, comment on ne prenait pas le temps de voir, de revoir, de discuter, de faire des plans. On nous a accusés d'improviser, ou tout ça. Là, il ne faudrait pas nous reprocher maintenant de ne pas aller assez vite. Il faudrait qu'on se fasse une idée: ou bien on va trop vite, ou bien on ne va pas assez vite. Alors, nous, on pense qu'on est allés au rythme à peu près optimal qu'on pouvait faire, mais, effectivement, là-dessus, on peut regagner du temps. Au lieu de prendre trois ans de plus pour arriver à parité avec l'Ontario, toutes choses étant égales par ailleurs, on va peut-être y arriver avec seulement un an de décalage. Mais il faut le rattraper, le temps perdu, et ça, bien, les raisons pour lesquelles on n'a pas commencé en même temps que l'Ontario, je laisse à l'opposition de trouver les réponses à

ça; ils sont peut-être mieux placés que nous autres pour l'expliquer. Bon.

Ceci dit, le niveau optimal auquel on va se rendre... Et, comme je le disais tout à l'heure, on doit procéder par comparaison. Si d'autres, qui ont pris de l'avance sur nous là-dessus, se rendent à un niveau comme 100 \$ per capita et que ça semble, dans leur expérience, correspondre à ce que sont des besoins, ça va sûrement devenir un point de référence, et on va viser d'en arriver à ça le plus vite possible. Donc, c'est la première partie, je pense, là, de la question du député de Notre-Dame-de-Grâce.

Maintenant, pour ce qui est de l'organisation des services et les priorités qu'un CLSC peut être obligé de faire, bien, encore là, effectivement, les ressources, on nous le confirme, commencent à se transférer. Ça, ce n'est pas surprenant, c'est ce qui était prévu dans l'échéancier qu'on a fait. Et la distinction qu'on fait entre les soins par rapport aux services à domicile est importante. Il y a une évolution où les CLSC ont effectivement concentré beaucoup leurs activités pour surtout assurer les soins, parce que, ça, si eux ne le font pas, ça ne sera pas pris en compte par d'autres. Et dans beaucoup d'endroits les services ont surtout été de plus en plus développés par des organismes communautaires ou différents types d'entreprises communautaires qui se sont développés souvent en utilisant des programmes de sécurité du revenu, programme EXTRA ou PAIE et autres, pour assurer différents types de services.

Et on parlait de l'économie sociale cet après-midi et de développement d'organismes communautaires qui assurent des services à la population. Il y a sûrement une évolution très possible qu'on voit se dessiner actuellement où la partie services à domicile — gardiennage, ménage, faire des repas ou des choses du genre, qui sont aussi très importants — va peut-être se développer beaucoup plus par des organismes communautaires et par le soutien qui va être fait à des organismes communautaires. Et, si tout ce secteur d'économie peut vraiment démarrer, l'économie sociale, moi, je pense sincèrement, M. le Président, c'est là qu'on va trouver une meilleure solution à ça, où ça va pouvoir être fait dans un sens plus efficace, plus collé aux réalités des différentes localités et laissant le réseau public, lui, vraiment assurer en complément la partie soins comme tels, où, là, on n'a pas besoin d'une composante professionnelle plus grande. Mais, là, effectivement, il y a des réajustements à faire dans nos budgets, mais c'est ce qui est, je pense, en train de se faire présentement.

Maintenant, pour les personnes handicapées, de façon plus spéciale, juste quelques données, là, quand même, pour se partager l'information sur la base de ce qu'on a actuellement. Pour six régions où on a l'information complètement analysée de ce côté-là, il y a quand même 2 700 000 \$ qui ont été alloués aux CLSC pour les gens qui ont un problème de déficience physique, pour la moitié des régions du Québec. Alors, c'est peut-être en deçà des besoins encore, mais c'est quand même des transferts qui se font, là.

M. Copeman: Je constate que c'est en deçà des besoins, puis il y a assez de cas particuliers pour le démontrer. Une petite question, puis une dernière, puis on va avoir terminé à peu près. Là, je lance ça comme ça, je ne sais pas la réponse. On m'a déjà dit que c'est dangereux de poser des questions quand on ne connaît pas les réponses. Le ministre a fait référence à l'avance que l'Ontario a prise sur nous dans le développement de son maintien des soins à domicile. Est-ce que l'Ontario a été obligé de fermer des hôpitaux pour en arriver là?

● (21 h 10) ●

M. Rochon: Je sais que, récemment, il y a quelques mois, on parlait même d'une deuxième vague de compressions dans la région de Toronto, où on parlait de fermer des hôpitaux. Pour le reste, ça fait longtemps que je n'ai pas revu cette information-là en détail. Je pense que oui, M. le Président, que ça a voulu dire que des hôpitaux de taille moyenne ont aussi été transformés pour faire autre chose, ou fermer, mais je ne pourrais vous donner, là, une réponse complètement sûre de ce côté-là.

M. Copeman: On va peut-être fouiller à un moment donné, M. le Président.

M. Rochon: Mais il y a d'autres provinces. On sait que, dans l'Ouest, par exemple, en Saskatchewan, c'est presque le tiers ou les deux cinquièmes des hôpitaux qu'il y avait, où il y a surtout des petits hôpitaux, qui ont fermé pour consolider plus ceux qu'ils ont gardés.

Services des organismes communautaires

M. Copeman: Juste sur la question du rôle — on va enchaîner, à un moment donné, sur le rôle des organismes bénévoles — le ministre indiquait un peu sa vision: peut-être que le réseau public va se concentrer sur les soins, les organismes bénévoles pourraient faire les services. Mais est-ce que, selon lui, ces services rendus par des organismes bénévoles devraient être gratuits ou est-ce que, quand même, le client devra payer pour? Parce que, que ce soit fourni par un CLSC ou par un organisme bénévole ou un organisme communautaire, je dirais, pas bénévole mais un organisme communautaire, on peut en discuter, les bénéfices de ça: les personnes handicapées, la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec a déjà une position là-dessus, et ils prétendent qu'avec le désengagement de l'État dans les services à domicile il y aura un effet néfaste sur la qualité des soins ou la qualité des services donnés, même par les organismes communautaires. Alors, elle est contestée, en tout cas, cette vision, M. le Président, mais on pourrait en parler peut-être demain à l'OPHQ, ou un peu plus tard dans le programme 2. Mais est-ce que, dans la vision du ministre, les services à domicile, même s'ils sont fournis par des organismes communautaires — l'économie sociale,

comme il l'a déjà dit — devraient être gratuits pour les clients ou est-ce qu'il faudrait qu'ils paient pour?

M. Rochon: Bon. Le système qu'on a a un critère bien connu, qui est celui du «médicalement requis». On y rajoute de plus en plus le «médicalement et le socialement requis» pour avoir au moins un concept large de santé et non pas juste «médicalement», étant compris comme services donnés par les médecins. Et c'est ce que notre système de sécurité et notre filet de sécurité sociale assure aux gens. Et, ça, l'objectif est de le consolider, de le protéger et de s'assurer que les gens ont ce qui est requis pour leur santé. C'est sûrement beaucoup plus que les soins comme tels, qui sont très requis. Quand on en arrive à différents types de services d'entretien à domicile, présentement, les gens paient pour ces services-là. Et ceux qui ont de la difficulté à payer parce que leur statut socioéconomique est trop faible sont aidés par différents moyens, de sorte qu'ils paient seulement une partie ou qu'on leur offre les services complètement gratuitement.

Alors, l'objectif n'est pas, en plus des soins requis pour l'état de santé de la population, d'offrir de façon gratuite tous les services d'entretien ménager et tous les services de maintien à domicile. Ce n'est pas prévu dans notre système et ce n'est pas possible d'assumer tout ça, sauf pour les gens qui en ont besoin. Mais, là, on est plus dans le domaine de la sécurité du revenu que dans le domaine de la production des services de notre système. Bon.

On pourrait penser qu'on étend les services pour assurer aussi complètement les services de maintien à domicile, mais, à ce moment-là, il faudrait élargir aussi les sources de financement du système. Autrement, on n'est pas logiques. Si on en arrivait à la conclusion que, oui, c'est préférable, plutôt que de laisser chacun payer, de prendre certains types de services de maintien à domicile en plus des soins et qu'on devrait les fournir dans le système, bon, on pourrait être obligés de demander une contribution à tout le monde, comme financement additionnel du système, pour redistribuer selon les besoins. Mais, présentement, dans toute la transformation qui est faite, la concentration est de s'assurer qu'on précise de plus en plus concrètement qu'est-ce que ça veut dire, le requis sur le plan de la santé des gens, et d'assurer ces services-là.

Paiement des services

M. Copeman: Une dernière petite question là-dessus, Mme la Présidente. Avec le virage ambulatoire, si ma compréhension du virage est exacte, on souhaite réduire le séjour moyen d'hospitalisation. Ça veut dire qu'on peut concevoir qu'on va donner congé à des patients plus tôt que ce qui se fait présentement, actuellement. En donnant congé plus tôt, est-ce qu'on n'accepte pas, M. le Président...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Copeman: ...Mme la Présidente, pardon, que ces personnes-là vont peut-être avoir besoin des services à domicile pendant une courte période pour assurer leur prompt rétablissement dans un court délai? Si on ne réduit pas le séjour moyen, cette personne-là va rester à l'hôpital et tous ses besoins seront satisfaits, incluant les repas et tout. Mais si on donne congé à des personnes en nombre de plus en plus important dans un délai plus court, est-ce qu'on ne peut pas concevoir que les services à domicile deviennent un élément essentiel dans le virage ambulatoire et, dans ce cas-là, ne devraient pas être payés par la personne qui sort de l'hôpital?

La Présidente (Mme Signori): M. le ministre.

M. Rochon: Mme la Présidente, il y a deux éléments qui contribuent à diminuer le séjour hospitalier. Il y a d'abord plusieurs cas où l'hospitalisation avant une intervention chirurgicale, par exemple, on le sait, est diminuée de beaucoup, et il y a une partie importante du gain qui se fait là. Et je pense que la partie la plus importante est faite plus aux dépens de l'hospitalisation qui est diminuée ou qui est enlevée avant la préparation à un traitement qu'après. Maintenant, par contre, le député a absolument raison, Mme la Présidente, il y a aussi beaucoup — et, ça, les régions ont progressé à des rythmes différents — une diminution du séjour post-traitement ou postintervention aussi qui a commencé, et il y a là un gain très important aussi. Le député a raison, Mme la Présidente, c'est une continuation du service qui aurait été, autrement, donné à domicile, et ça fait partie du concept du «médicalement requis».

Dans plusieurs régions, maintenant, il y a même des protocoles très bien établis entre les centres hospitaliers et les CLSC, où on s'assure que le transfert du patient est bien planifié, que les ressources suivent et qu'au besoin, même, le personnel de l'hôpital travaille avec le personnel du CLSC pour s'assurer, s'il est question, par exemple, de continuer l'antibiothérapie à domicile ou certains services plus lourds sur le plan technologique, que les équipes des deux établissements travaillent ensemble et que, comme dans une course à relais, il y ait un couloir commun où les deux groupes vont travailler ensemble. Et, même en juin dernier, je pense, j'avais même communiqué avec toutes les régions pour qu'on s'assure qu'on établisse les protocoles pour que les gens puissent même avoir, pour les deux ou trois jours qu'ils passeraient à domicile plutôt qu'à l'hôpital... que, s'il y avait une médication qui était nécessaire, qui aurait été donnée, de toute façon, à l'hôpital, que cette médication soit disponible aux gens aussi, de toute façon, pendant qu'ils seraient à domicile. Bien, on me rappelle que cette lettre a été écrite le 27 juin 1995, pour s'assurer que la continuation de l'hôpital se fasse de façon complètement couverte.

La Présidente (Mme Signori): Ça va? Si vous prenez du temps de votre collègue, moi, je n'ai pas de problème.

M. Copeman: Oui, oui, merci. Dernier commentaire. Semble-t-il que, dans les modalités d'articulation CHSCD-CLSC, médecins traitants de la Régie régionale de Montréal, février 1996, qui fait partie de ce qui est médicalement requis, semble-t-il que le document de la Régie régionale de Montréal-Centre est complètement muet sur la question de la dispensation de tous les services d'aide à domicile suite à un congé postopératoire ou post-traitement. Si tel est le cas, si mes informations sont exactes, c'est une grosse lacune pour une grosse Régie qui touche 2 000 000 de personnes.

• (21 h 20) •

M. Rochon: Oui, ça, c'est possible que dans cette région ou dans d'autres, d'ailleurs, tout ça n'apparaisse pas dans le document qui est le plan de transformation. M. Malo me rappelle que, dans la région 06, dans la région de Montréal-Centre, dans la réallocation qui est prévue pour le maintien à domicile en santé physique — donc, ça couvre aussi des transferts d'hôpitaux — il y en a pour 8 500 000 \$ d'identifié dans le plan de transformation. Maintenant, ce qui s'est passé aussi et ce qui se passe dans certaines régions, c'est qu'en plus de ça, quand des hôpitaux font des ententes... et je pense que, où ça s'est fait de façon la plus étendue, c'est peut-être dans l'Estrie, parmi ceux que j'ai vus, en tout cas, où le Centre universitaire de santé de l'Estrie, avec tout le réseau des CLSC, a établi des protocoles d'entente pour d'autres transferts de ressources entre l'hôpital et les CLSC en postchirurgical, de façon très spécifique, au-delà de ce qui avait pu être identifié au moment où on a fait le plan de transformation de la région. Parce qu'il faut bien voir qu'une fois le mouvement parti, la réorganisation étant faite, il arrive effectivement qu'il y a des réallocations supplémentaires qui se font à ce que les régions ont prévu. C'est un minimum, ce qu'il y a d'identifié là-dedans. Alors, il y a déjà une base importante dans le plan de la région de Montréal, et c'est à peu près sûr qu'à mesure que ça va se développer il y a d'autres ressources qui vont pouvoir être transférables, en tout cas, des centres hospitaliers vers les CLSC.

On me rappelle... je cherchais le chiffre tout à l'heure, quand je vous répondais. Quand on dit diminuer la durée de séjour, là aussi, c'est quelque chose qui est balisé, là. On ne vise pas à atteindre quelque chose qui pourrait risquer la qualité des services aux gens. Là, on est à peu près, on me rappelle, à 2,9 jours comme moyenne, dans l'ensemble du Québec, de durée d'hospitalisation, et on vise à atteindre 7, 7,5 comme durée moyenne de séjour, de façon générale. Dans certains secteurs, ça peut être beaucoup plus court, mais, en moyenne, c'est ça. Et, ça, ça correspond à ce qui est l'expérience internationale présentement. Alors, encore là, je pense que c'est important que la population soit rassurée, qu'il n'y a pas là un objectif d'y aller de façon excessive pour faire des compressions ou des économies qui pourraient risquer, passé un certain point, d'être des économies de bouts de chandelles où on risquerait d'être obligés de réhospitaliser des gens parce qu'il y a eu des

complications ou des choses du genre. L'objectif est très net, et je pense qu'il est très, très, très réaliste.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si je comprends bien, ça clôt le sujet sur les CLSC? Non? Sur les CLSC? M. le député de Robert-Baldwin?

Services offerts par des firmes privées

M. Marsan: Oui. M. le Président, des fois, on emploie le mot «dérapiage» au virage ambulatoire, et j'aimerais ça donner une illustration — ce n'est pas juste un mot en l'air — et surtout écouter ce que le ministre pourrait nous dire, là, par rapport à un exemple très concret. On sait que les CLSC ont de la difficulté à donner des soins à domicile de la bonne façon; ils sont pris à partie par plusieurs personnes, plusieurs groupes, et on assiste à un... De plus en plus, il existe des agences de soins à domicile privées, des agences privées qui veulent dispenser les services. Ici, j'en ai une, c'est le «free for all» pour les agences de soins à domicile, jusqu'à 50 000 \$ pour une franchise. Et on indique que la dernière trouvaille, c'est le réseau d'agences franchisées, les McDonald's des soins à domicile, We care; on va ouvrir des bureaux à Québec et à Montréal, et on en a déjà à l'extérieur. «SOS, Services d'organisation de santé. Vous venez de subir une chirurgie, d'être hospitalisé? Papa, maman, fiston ou la puce auraient besoin de soins infirmiers compétents et dispensés selon vos attentes? Les soins disponibles au CLSC ne suffisent pas à vous sécuriser? Les soins peuvent être couverts par votre assureur et déductibles de vos impôts.»

Moi, j'aimerais entendre le ministre pour savoir s'il est d'accord avec le développement d'une espèce de réseau de firmes privées pour le maintien à domicile ou s'il ne préférerait pas plutôt développer le système des CLSC en injectant des montants additionnels à ceux qui sont présentés aux crédits et qui permettraient peut-être aux CLSC, vraiment, d'atteindre leur objectif, leur mission de dispenser ces soins à domicile là. J'aimerais ça entendre le ministre là-dessus.

M. Rochon: M. le Président, juste avant de répondre à la question, pour rendre à César ce qui appartient à César, on m'informe que la région de Montréal, dont on parlait pour le maintien à domicile, a effectivement maintenant établi un protocole entre ses centres hospitaliers de courte durée et les CLSC, et un protocole, là, qui servirait même d'exemple pour plusieurs autres régions. Alors, j'ai donné l'exemple d'une autre région, je pense que je voudrais leur rendre justice. Et, dans plusieurs cas où on a fait ces arrimages hôpitaux-CLSC et où on a vérifié la satisfaction des gens, le degré de satisfaction des gens, il faut le reconnaître, est très élevé. C'est très au-dessus de 90 % de très grande satisfaction, parfois ça va au-dessus de 95 % des gens qui sont très, très, très satisfaits du fonctionnement de ce transfert de services. Alors, il peut y avoir des situations, des fois, un peu moins heureuses, mais, très

largement, c'est une expérience qui est réussie, ça. Bon. Je rappelle que l'objectif — je continue avec la question du député de Robert-Baldwin, M. le Président — qu'on vise est d'assurer de rendre disponible ce qui est requis pour la santé des gens, le disponible couvert dans notre système et offert à partir des CLSC.

Maintenant, à l'époque où on vit, qu'il y ait un certain marché privé qui puisse se développer au-delà de ça, comme on l'a vu se développer pour certains services de convalescence posthospitalisation... Ça existait il y a 20 ans, puis il y a 15 ans, puis il y a 10 ans; ça a presque toujours existé. Qu'il y ait aussi, en plus, des services qui sont offerts à des gens qui veulent avoir plus ou au-delà de ce qui est médicalement requis, ou qui veulent avoir, en termes de période de temps couverte, ou en termes de quantité de services, ou de type de services, des gens qui ont les moyens de se payer plus et qui veulent se payer plus, au-delà de ce que le système offre comme ce qui est médicalement requis, ça a toujours existé, et on ne peut pas empêcher ça, et ce n'est pas nécessairement une mauvaise chose. Ce qui est important, c'est que toute la population, dans toutes les régions, ait accès au même panier de base de services. Au-delà de ça, ceux qui veulent et qui peuvent avoir plus, ce n'est pas nécessairement une mauvaise chose. Et quand on dit, souvent, que c'est offert parce que les CLSC ne suffisent pas ou parce qu'on appréhende qu'on ne va pas pouvoir suffire à partir des CLSC, bien, à chaque fois qu'on a pu vérifier sur des indications précises, plus souvent qu'autrement, ce n'était pas vraiment la situation. Et, encore une fois, on a toujours parlé d'exemples au moment de la première année de la transformation, où les ressources n'étaient pas transférées. Là, elles viennent d'être transférées et elles continuent à se transférer.

Alors, l'objectif, je le répète et je suis confiant qu'on va l'atteindre, c'est: ce qui est médicalement requis est là, est accessible, est disponible. Qu'il existe en plus de ça un marché privé pour d'autres services, ce n'est pas nécessairement une mauvaise chose; ça peut être complémentaire pour ceux qui peuvent l'avoir et qui veulent l'avoir.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député.

Cas de M. Gilles Kegle

M. Marsan: Plus récemment, il y avait un infirmier, M. Gilles Kegle — je pense que c'est dans le comté de Taschereau, là — qui a fait les manchettes parce que c'est quelqu'un qui est extrêmement dévoué, qui donne des services à domicile sur une base, même, personnelle. Il donne son temps, son argent, même ses biens et son amour à tous les déshérités de la haute et basse-ville de Québec, et plus récemment, en tout cas, on lui a retiré ce qu'il pouvait recevoir du ministère de la Sécurité du revenu. Je trouvais que c'était un exemple quand même assez intéressant qui dénote que quelqu'un

est vraiment sensibilisé aux problèmes des patients, et qui y croit, là, vraiment. En tout cas, je pense que c'est indiscutable.

Moi, j'aimerais ça, peut-être, entendre le ministre sur le cas de M. Gilles Kegel, qui est une personne qui mériterait beaucoup notre considération, et voir s'il n'y aurait pas lieu de trouver des façons de le supporter pour ce qu'il fait, reconnaître ce qu'il a fait et ce qu'il fait encore. De différentes façons, je pense que le ministre... Souvent, le ministre me rappelle qu'il y a 13 000 000 000 \$. Est-ce qu'il y aurait ce genre de cas qui démontre qu'une personne est extrêmement intéressée à donner des services aux patients, dans des conditions souvent difficiles et pénibles? Et j'aimerais ça savoir ce que le ministre pourrait peut-être offrir à M. Gilles Kegel. J'aimerais ça savoir aussi si mon collègue, le député de Taschereau, est très sensibilisé à ce dossier-là et s'il compte supporter, en tout cas, M. Kegel au moment où il vit une difficulté majeure?

M. Rochon: Bon. M. le Président, d'abord, je veux rassurer le député de Robert-Baldwin, parce que, si mes informations sont bonnes, la communauté, localement, a réagi très rapidement. Un animateur d'une émission très connue, très populaire, a lancé une demande de souscription. Et, si mon information est bonne et complète, je pense que, dans l'espace d'une journée ou deux, on a recueilli des fonds suffisants pour que M. Gilles Kegel puisse continuer à offrir ses services et en ayant un salaire assuré par la levée de fonds volontaire du milieu. Donc, la situation spécifique de M. Kegel n'est pas en danger.

• (21 h 30) •

Maintenant, j'ai eu la chance il y a déjà un bon moment, pas lors des dernières annonces dans les journaux ou lorsque les médias ont rapporté cette situation, il y a plusieurs mois, au début de l'année, j'ai rencontré M. Kegel et j'ai passé un bon moment avec lui pour voir ce qu'il faisait, connaître le genre de situation dans laquelle il vit. Effectivement, M. Kegel était dans une situation de type... d'exemple qui montre comment nos systèmes actuels de sécurité du revenu, d'une part, et des services qu'on organise, de maintien à domicile, d'autre part, ne sont pas bien arrimés. On en a parlé cet après-midi pour voir comment ça doit être modifié et si, là, il y a aussi un autre secteur où un transfert vers une façon différente de supporter des organismes communautaires et de les financer, dans une orientation plus de type d'économie sociale, va permettre de régler ce genre de situation. Parce qu'on était vraiment dans une situation où, compte tenu des règles de nos systèmes actuels, M. Kegel, qui recevait un chèque de sécurité du revenu, avec un supplément parce qu'il était en disponibilité pour accepter un travail, si on lui offrait un travail qui n'était pas dans le domaine du maintien à domicile où il oeuvre, il refusait le travail parce qu'il voulait continuer à faire ça.

Donc, selon les règles du système tel qu'il existe, tel qu'il est coulé dans nos lois et nos règlements, il

perdait le droit d'avoir son supplément de disponibilité pour prendre le travail. C'était ça, la situation. Je pense que M. Kegel lui-même comprenait très bien, on en a discuté longuement. Avec lui aussi, on a parlé des projets de réorganisation. Vous savez, M. le Président, que ça va venir en cours d'année, avec la réforme de la sécurité du revenu, l'arrimage de nos budgets, comme on en a parlé cet après-midi, de sorte qu'on prenne une bonne partie de nos fonds qui servent à donner des primes de sécurité du revenu pour transférer ça et faire vraiment de l'argent qui va créer des emplois, et que les gens, au lieu d'avoir un statut de bénévole en faisant quelque chose comme assistés sociaux, en consacrant leur temps à un travail comme le maintien à domicile, le feront avec un salaire et avec un emploi fixes. Ça, c'est un autre bel exemple de ce que le développement de l'économie sociale va nous permettre de faire.

Maintenant, à court terme, pour une personne comme M. Kegel ou un autre, ce n'était pas possible de changer nos systèmes avant de les avoir réformés, parce qu'on a des systèmes qui sont prévus et qui fonctionnent en vertu de lois et de règlements et qui ont la rigidité qui est la leur. C'est pour ça qu'on veut les changer, justement. Alors, la situation de M. Kegel, donc, comme individu, elle est réglée; on en a réglé un certain nombre ad hoc avec les moyens du bord qu'on a et, en cours d'année, c'est un autre objectif, ça, qui devrait se réaliser pour faire qu'on transforme l'utilisation de cet argent-là.

Maintenant, en terminant, je pense qu'il faut reconnaître que, à l'exemple de M. Kegel, il y a aussi beaucoup de gens, quand on circule dans les régions, qu'on rencontre et qui, comme bénévoles — et ça fait partie de tout le réseau des ressources communautaires où, en plus de gens qui ont un travail rémunéré dans ce réseau, il y a toute une mobilisation de bénévoles qui vivent grâce à une pension de vieillesse, grâce parfois à la sécurité du revenu, ou qui vivent d'autres moyens — consacrent une partie importante de leur temps à l'action bénévole, et c'est toute l'importance de l'action bénévole dans notre société. Et, là-dessus, c'est à ce titre-là d'abord, je pense, que M. Kegel a un mérite énorme. La difficulté — et son statut, il ne voulait pas le changer de bénévole à autre chose — l'injustice qui était créée ou l'irrégularité de notre système, c'est qu'il ne soit pas pénalisé dans la pension à laquelle il a droit à cause des règles qu'on a actuellement. Alors, c'est en voie de changement, et là il faudra voir si, dans des situations comme ça, les gens prennent vraiment un job qui est créé par l'économie sociale ou si on permet, avec un régime de pension mieux équilibré, à des gens de continuer — et il faudra que des gens continuent à le faire — sur une base bénévole, de s'occuper des gens qu'ils veulent bien choisir, eux, fonctionner hors établissement, si vous voulez, et offrir le service qu'ils veulent bien offrir à la clientèle pour qui ça correspond à un besoin.

M. Marsan: M. le Président, ma question était assez simple. Je voulais savoir si le ministère avait

l'intention de supporter, d'une façon ou d'une autre, à même différents fonds, ce M. Gilles Kegle, en soulignant bien la contribution extraordinaire qu'il apporte aux démunis de la région de Québec. Je pense que ce que je retiens, c'est le début de l'énoncé du ministre. Il dit: Bien, c'est la communauté qui s'en est chargé et... En tout cas, je pense que le reste, c'est des beaux mots, des beaux vœux, mais, pour le support, c'est la communauté. C'est ce que je retiens.

M. Rochon: M. le Président, oui, c'est la communauté, et j'en suis fier. Il y a de plus en plus de choses qui se règlent et qui vont se régler par la communauté, parce que, ça aussi, dans ce qui se transforme dans notre société, là, présentement, au-delà de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, quand on parle de développement local, quand on parle de responsabiliser le milieu, quand on parle de décentraliser des ressources, ça veut dire qu'on donne les ressources aux régions, qu'on les donne aux communautés locales et que les gens, oui, se mobilisent et règlent une bonne partie des problèmes. Alors...

M. Marsan: Je parle juste de M. Kegle, là.

M. Rochon: Non, non, mais M. Kegle est un exemple, parce qu'on n'est pas dans des situations de faire des généralisations, encore une fois, à partir du cas de l'un. On est en commission parlementaire pour étudier les crédits d'un ministère et d'un réseau qui dépendent à peu près le tiers du programme de dépenses du gouvernement. À titre d'exemple, et je pense que c'est comme ça qu'il faut le voir, c'est la situation de M. Kegle. D'abord, son cas personnel, comme je l'ai dit au député, il est réglé. Et, qu'il soit réglé par la communauté, ce n'est que sain, je pense, parce qu'on dit beaucoup que les gens ne veulent plus et ne fonctionnent plus avec un État-providence de qui ils vont tout attendre. Les gens commencent par s'organiser, ils se responsabilisent, et c'est très sain. Le cas de M. Kegle fait du sens, si on veut en discuter en commission parlementaire, parce que, au-delà de lui, c'est un reflet de ce que font les bénévoles et c'est un reflet d'une situation qu'on est en train de corriger en termes de régime de sécurité du revenu.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Oui. Puisque j'ai été un peu interpellé par la question du député de...

Une voix: Robert-Baldwin.

M. Gaulin: ...Robert-Baldwin — excusez-moi, M. le député — je voulais tout simplement dire que M. Kegle, c'est aussi l'Archipel d'entraide, et que je suis très près de ce milieu-là — ceux qui achètent *La Quête*, vous pouvez voir qu'il y a constamment un appui du

député de Taschereau — et très près aussi, comme beaucoup de mes collègues de ce côté-ci, des groupes communautaires. C'est à ça qu'on travaille avec le ministre ici présent, avec le ministre Harel aussi, c'est à ça qu'on travaille pour faire déboucher de nouvelles voies dans le sens de l'économie sociale, tel que le ministre Rochon veut le faire, tel que certaines lois ont déjà commencé à le faire, auxquelles a fait allusion tout à l'heure, par exemple, la députée de Rimouski. Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous rappelle qu'on est toujours sur les CLSC. M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui, c'est ça. Et, malheureusement, on est obligés de parler du ministère du Revenu, qui avait coupé les prestations à ce M. Kegle.

Autres sujets

Juste un autre cas qui a fait les manchettes, et je pense que c'est assez... en tout cas, c'est extrêmement difficile à accepter, c'est cette dame dans le quartier Ahuntsic de Montréal qui est décédée, morte de faim, semble-t-il, les représentants du CLSC n'ayant pas osé pénétrer dans le logement. Je voulais savoir si le ministre a l'intention de prendre les moyens pour s'assurer que ce genre de difficultés ne se reproduise plus.

M. Rochon: La réponse est simple: Oui.

M. Marsan: Est-ce que vous pouvez nous dire quels moyens vous allez prendre?

M. Rochon: On va prendre, avec nos partenaires, tous les moyens qui sont nécessaires pour que ce genre de situations ne se reproduise plus ou pour les corriger le plus vite possible quand ça va se produire, M. le Président.

M. Marsan: J'aimerais ça avoir des exemples bien précis. Comment est-ce qu'on va être certain que ce genre de difficulté ne se reproduira plus, dans le cadre du maintien à domicile?

M. Rochon: Entre autres, par l'augmentation des ressources qu'on fait dans le domaine du maintien à domicile, pour que les CLSC, qui en ont déjà la mission et qui la font largement très bien... Pour un cas où il y a eu une fin malheureuse, comme celui auquel on a fait référence, il faudrait voir le nombre de cas où des situations comme ça ont été évitées parce que des gens du CLSC suivent bien les gens qu'ils connaissent dans leur quartier et qu'il y a des communautés qui sont assez bien organisées comme réseau social, aussi, pour, entre voisins, se supporter, se connaître et appeler à l'aide si une personne elle-même ne peut pas appeler à l'aide dans une situation comme ça. Alors, ça se passe, et, à côté d'une situation malheureuse qui est arrivée, il y a

des dizaines et des centaines de situations où ça ne s'est pas présenté et ça a pu être évité parce que le système fonctionne bien.

● (21 h 40) ●

Maintenant, là je ne veux pas entrer dans les détails, mais, selon l'information qu'on avait eue — le Protecteur du citoyen, d'ailleurs, et la curatrice s'étaient impliqués dans une situation comme ça — il y avait vraiment des situations et des conditions très particulières, dans ce cas qu'on a cité, qui rendaient la prise en charge particulièrement difficile. Alors, je ne veux pas, par respect pour la personne, entrer dans les détails, mais, encore là, non seulement on généralise avec l'échantillon de l'un, mais on prend un cas très exceptionnel. Il faut avoir beaucoup de respect pour la personne, parce que c'est une personne qui était dans une situation particulièrement difficile, qui n'était vraiment pas facile à aider, dans les circonstances. Alors, je pense que, tout en respectant cette situation-là, ce n'est pas du tout un symptôme de quelque chose qui existe à plusieurs exemples, au contraire.

M. Marsan: J'aurais peut-être le goût de faire un commentaire. Vous parlez de situations exceptionnelles, mais cette situation est exceptionnelle, celle de M. Kegle. La semaine passée, j'ai parlé du décès qu'il y a eu à l'hôpital Chauveau. C'est toujours des situations exceptionnelles, mais, si on regarde le nombre, on commence à être un petit peu inquiet. Dans le cas présent, celui que je viens de vous relater, nous pensons que le maintien à domicile aurait été suffisant. Si les ressources avaient été augmentées au CLSC qui en avait la responsabilité, on pense qu'il aurait pu sûrement y avoir... En tout cas, on aurait souhaité qu'il puisse y avoir un meilleur dénouement à cette situation-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'il y a d'autres questions sur les CLSC? M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, très brièvement. Dans la même direction que mon collègue, le député de Robert-Baldwin, je voudrais citer l'exemple du CLSC de Portneuf. Selon l'information que j'ai reçue, avec leurs nouvelles responsabilités, ils ont pensé avoir un budget additionnel de 1 200 000 \$ pour une vingtaine de postes supplémentaires. Mais, malheureusement, ils vont recevoir juste 285 000 \$ pour remplir toutes ces nouvelles responsabilités. M. le ministre, je voudrais juste savoir, compte tenu du grand écart entre 285 000 \$ et 1 200 000 \$ que le CLSC de Portneuf a pensé, l'enfant pauvre des CLSC de la région de Québec, qu'est-ce qu'on peut dire pour le futur? Est-ce qu'ils peuvent avoir l'espoir qu'ils vont avoir les ressources nécessaires pour remplir ces responsabilités?

M. Rochon: J'ai manqué le tout début, M. le Président. On parle d'un CLSC?

M. Williams: Oui, j'ai cité l'exemple du CLSC de Portneuf, qui touche...

M. Rochon: Portneuf?

M. Williams: ...qui vient de la région... Portneuf, oui.

M. Rochon: Je ne sais pas. Si on veut une information pointue sur un item de budget d'un CLSC, on va prendre en note, M. le Président, on va préparer une analyse de la situation puis on va vous la communiquer. Il y a 158 CLSC. Je ne peux pas vous donner toute l'information détaillée sur chacun des CLSC si on n'a pas le temps de vérifier un peu d'avance.

M. Williams: Mais peut-être que, pour l'année prochaine, M. le ministre, nous allons vous donner toutes les questions, parce qu'il me semble qu'avec le rôle important de nos CLSC, comme je l'ai mentionné l'autre fois, il y en a 158, mais leur financement et leurs besoins, c'est important quand nous sommes en train d'étudier les crédits. Effectivement, vous n'avez pas de réponse ce soir, mais aussitôt que vous aurez une réponse à cette question, nonobstant que c'est une question micro, c'est assez important pour les citoyens de Portneuf, et j'attends votre réponse.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée... Oui, M. le député. Toujours sur le même sujet?

M. Copeman: Toujours sur les CLSC, mais on peut faire l'alternance. C'est comme vous voulez, M. le Président.

Mme Malavoy: C'est sur un autre sujet.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est sur un autre sujet. Alors, allez-y, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Je reviens un peu à la question des services à domicile fournis par d'autres organismes que les CLSC. Ce que le ministre peut décrire comme une économie sociale, ce que le député de Taschereau et le député de Rimouski peuvent décrire comme une prise en charge par la communauté des personnes dans la communauté, on peut également le décrire comme un désengagement de l'État. Il y a certains risques, quant à moi, M. le Président, quand on parle de désengagement de l'État dans les services de maintien à domicile. Je vais vous donner un exemple très précis, puis j'aimerais entendre le ministre là-dessus après.

Il y a un article qui a paru dans *La Presse* de Montréal, jeudi 11 avril. Un monsieur qui est décrit comme lourdement handicapé, qui souffre de malformations congénitales, a fondé une compagnie qui s'appelle

Gesti-Soins. Pourquoi a-t-il fondé cette compagnie-là? Parce qu'il y a un an, il a constaté, en tant que client, un manque flagrant de respect de la part de certaines agences. Je le cite: «Je ne voulais pas me faire laver par 10 personnes différentes en l'espace d'un mois. Il est aberrant que des soins intimes soient donnés par autant de personnes, expliquait-il hier.»

En fondant cette compagnie-là, il s'est doté d'un guide des normes de prestation de services et d'un code d'éthique et de déontologie, et c'est là que vient ma question: Est-ce que le ministre ne reconnaît pas que, quand on confie des responsabilités aussi importantes et vitales et aussi intimes que ça à peut-être des compagnies privées ou même à des organismes communautaires à l'extérieur du réseau, on court un risque de créer des types de situations comme ça où le client, pour toutes sortes de raisons, a décidé de ne pas continuer avec les services de plusieurs agences à cause des difficultés? Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu soit d'axer ça un peu plus sur les CLSC, sur les organismes de l'État, qui ont, j'imagine, un certain code d'éthique ou de déontologie ou, au moins, à la limite, d'imposer un certain code de déontologie ou d'éthique à des compagnies privées ou à des organismes bénévoles qui vont faire ce type de travail? Parce que je peux vous dire, M. le Président, pour en avoir parlé avec les groupes représentant les personnes handicapées, que c'est une préoccupation majeure pour eux autres.

Encore une fois, est-ce qu'il est absolument essentiel que ce soient les CLSC qui le fassent? Peut-être pas. Je pense qu'il y a une préférence, mais, ça, on peut s'entendre, il y a peut-être d'autres possibilités. Mais, au moins, est-ce qu'il n'y aurait pas occasion pour le ministre et pour le ministre de développer un code de déontologie pour s'assurer que, si on confie ces mandats à des compagnies privées ou à des organismes communautaires, il y ait un certain respect minime des besoins humains comme ça?

M. Rochon: Alors, M. le Président, je pense que le député soulève un bon point. À ma connaissance, la façon dont les CLSC, en général, travaillent avec le réseau d'organismes communautaires, c'est qu'on assure ou qu'on fait tous les efforts pour assurer cette interface-là. On parlait tout à l'heure de la complémentarité entre les soins comme tels et les services de maintien à domicile. Les CLSC ont la responsabilité d'assurer les soins et de faire l'évaluation des besoins des gens aussi, et de la faire sur une base régulière et périodique pour suivre l'évolution d'une personne et d'être un point de contact et d'information pour que la personne qui, pour une raison ou pour une autre, veut modifier quoi que ce soit ou sent sa condition changer puisse communiquer avec quelqu'un qui est responsable au CLSC.

Le réseau d'organismes communautaires avec lequel travaillent les CLSC est un réseau d'organismes qui sont agréés. Le programme de soutien aux organismes communautaires des régions régionales a un mécanisme de reconnaissance et d'agrément d'organismes

d'abord. Comme vous le savez, on exige, selon certains critères bien établis, que ces organismes-là démontrent d'abord qu'ils sont gérés par un conseil d'administration représentatif du milieu et qu'ils peuvent être responsables dans la gestion des fonds publics et dans les services qu'ils vont offrir. Alors, il y a un agrément au niveau de la régie, le réseau travaille avec le CLSC, et c'est comme ça qu'on veut que ça se passe, et que ça se passe, de façon générale.

Là, comme on parlait tout à l'heure, selon les régions, selon les territoires des régions, il y a des ressources à développer de façon plus importante dans le réseau d'organismes communautaires, au CLSC, les deux ou l'un ou l'autre, pour que ce soit vraiment au niveau des besoins des gens, tout ça. Et, si une situation comme ça se produit dans un endroit où c'est à cause du manque de ressources et de cette interface-là que ça s'est produit, je pense, et c'est ce qu'on veut, c'est que le redéploiement de nos ressources nous permette de combler au maximum les ressources dans des domaines comme ça.

• (21 h 50) •

On veut aller plus loin que ça. Présentement, il y a un projet qui est très avancé, là, de la part du ministre, en collaboration avec les associations d'établissements, pour établir pour l'ensemble du réseau un mécanisme d'agrément des différents organismes du réseau, d'abord, mais aussi des différents organismes communautaires, comme tout le réseau d'organismes communautaires ou sans but lucratif ou privés dans le domaine des toxicomanies et de l'alcoolisme, par exemple; il y a tout un réseau, là, qui s'est développé. Et là on est à mettre sur pied — cette année, ça devrait pouvoir se compléter — une espèce de conseil d'agrément qui sera bâti avec les établissements pour s'assurer des règles d'éthique et qu'un minimum de supervision est fait de ce côté-là.

Maintenant, ceci dit, on sera toujours un peu à risque, dans une société démocratique, dans une société libre, dans une société de marché libre, encore une fois... En plus de ça, malgré la suffisance des ressources publiques, et gérées par le public, il y aura toujours la possibilité d'un marché qui va exister pour d'autres groupes privés qui veulent offrir ce service-là et qui trouvent un marché pour ça. Je pense que ça va toujours faire partie, ça, du fonctionnement d'une économie de marché libre. Là, évidemment, ce qu'on a dans notre société, c'est les mécanismes de protection du consommateur où quelqu'un qui achète un bien ou qui achète un service, au-delà de ce que le système peut offrir, a droit à des mécanismes de protection qu'une société démocratique offre. Alors là, il faut bien distinguer — puis je ne fais pas un jugement du cas particulier — dépendant d'une situation qui se présente, ou bien on est dans une situation où les ressources devraient être plus satisfaisantes pour que les personnes qui veulent, ou qui auraient voulu avoir les services du réseau public ou parapublic ou communautaire puissent les avoir, ou bien on est dans une situation où quelqu'un, pour une autre raison,

veut aller chercher un autre type de services ailleurs, dans un réseau privé, et là, il y a d'autres moyens de protection. Alors, encore là, c'est toujours difficile, à partir d'un cas, mais on est entièrement d'accord. Si le député voulait, par cette question ou cet exemple, montrer qu'il y a peut-être des situations encore — je n'en douterai pas — où on a des ressources à développer, à consolider, où on a un système d'agrément à améliorer... Oui. On ne prétend pas que tout est parfait dans ce réseau-là, mais il y a des choses en marche, et j'espère que, l'an prochain, on pourra rapporter qu'on a vraiment réussi à consolider une couple de choses dans ce sens-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière.

M. Copeman: Oui, oui. Les commentaires sur tout ce qui concerne l'agrément des organismes communautaires me rassurent en partie. Les commentaires du ministre quant à l'existence de ces services sur le marché privé me rassurent beaucoup moins. C'est vrai qu'on est dans une société avec un marché libre, mais on trouve les moyens, comme société, de réglementer beaucoup d'aspects de ce marché libre, dans beaucoup de domaines. Moi, je pense que si ces types de services se développent davantage, peut-être que le ministère devra penser à imposer, par règlement, puis trouver le moyen qu'il faut pour s'assurer un certain code de déontologie.

Vous me permettez un petit commentaire, M. le Président, en tant que critique également pour la protection du consommateur? J'ai passé, ce matin, deux heures et demie avec le ministre délégué aux Relations avec les citoyens, et, parce que le ministre a invoqué la protection du consommateur, il y a une conclusion d'un article écrit par André Bellemare, de *La Presse canadienne*, qui dit, en somme: Selon les propos du ministre Boisclair et du député Copeman, le simple consommateur qui se croit lésé dans ses droits et qui est laissé à lui-même a de moins en moins de chances de voir son dossier traité par l'Office de la protection du consommateur. C'est que, selon *La Presse canadienne* et le ministre responsable et votre humble serviteur, ne vous fiez pas à l'Office de la protection du consommateur pour protéger vos droits si vous croyez que vous êtes lésé. Il y a peut-être d'autres mécanismes plus importants, dans ces types de cas là, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. Mme la députée de Sherbrooke.

Services pour les jeunes en difficulté

Mme Malavoy: Merci. J'avais envie de changer de sujet, si vous le permettez. Non pas que celui-là ne soit pas important, mais il y en a beaucoup d'autres qui inspirent des questions. J'aimerais vous poser une question... Oui?

M. Marsan: On s'entend bien, il n'y a pas de problème à ce qu'on puisse changer de sujet. Mais on peut revenir aussi, si le temps le permet. D'accord. Excusez-moi, madame.

Mme Malavoy: Merci. J'aimerais aborder une question concernant les CPEJ, Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, parce que c'est un secteur, on le sait, qui a subi beaucoup de transformations au cours des années, un secteur qui est névralgique aussi, parce que c'est un secteur qui rend des services non seulement à des jeunes, mais à des jeunes qui sont en difficulté. Je remarque, dans le livre des crédits, que les budgets accordés en 1996-1997 auront diminué par rapport à l'année précédente. J'ai totalement confiance en vos orientations, M. le ministre, mais j'aimerais quand même que vous puissiez nous dire en quel sens cette diminution de crédits n'équivaut pas à une diminution de l'intérêt pour la clientèle desservie par les CPEJ et à une diminution de services. Autrement dit, j'aimerais savoir ce que vous entendez faire ou les moyens que vous entendez prendre pour qu'on puisse s'assurer que les enfants et les jeunes en difficulté, dans la société québécoise, continuent de recevoir des services appropriés et qu'il y ait la plus grande amplitude possible, même si on est dans une période difficile pour les finances publiques. Est-ce que vous voulez que je vous réfère à un endroit précis?

M. Rochon: Non. Ça va. Je pense, M. le Président, qu'on l'a dans... Vous réferez probablement aux crédits, renseignements supplémentaires des crédits, à la page 246, qui donnent le détail... excusez, 247, du programme 7, ou vous l'avez pris de façon plus globale?

Mme Malavoy: Moi, j'ai pris quelque chose dans un document plus synthèse, mais où on voit diminuer les frais d'exploitation concernant le programme 4. Mais, sans... Pardon? Moi, j'ai pris ça... Attendez. J'ai pris ça dans le cahier explicatif des crédits, au programme 4, l'élément 1, Frais d'exploitation... Les crédits pour l'année 1996-1997 sont inférieurs à ceux de 1995-1996 d'un peu plus de 4 000 000 \$.

M. Rochon: O.K. Pour bien comprendre...

Mme Malavoy: Mais, indépendamment du montant lui-même...

M. Rochon: Oui, oui, c'est ça.

Mme Malavoy: Si vous me confirmez qu'il y a bien une diminution pour l'année qui vient...

M. Rochon: Oui, oui. Ça va.

(Consultation)

M. Rochon: Pour bien comprendre plus en détail, ce serait utile de se référer aux Renseignements supplémentaires des crédits, à la page 246, où on a le détail du programme 4.

Mme Malavoy: C'est le tome I ou II, ça?

M. Rochon: C'est le tome... Je ne pense pas qu'on les identifie par tome, mais ça s'appelle Crédits, renseignements supplémentaires. De toute façon, je peux donner l'information, M. le Président.

Mme Malavoy: Oui.

M. Rochon: Il y a deux éléments. L'élément le plus fondamental, qui est un peu une distorsion, est un problème qu'on a avec la structure du livre des crédits où, encore cette année, tout le budget du secteur de la santé et des services sociaux est présenté en 10 programmes, qui sont essentiellement des classes d'établissements et qui sont identifiés à des établissements. Alors, le programme 1, les CLSC, les centres de longue durée, les centres pour la jeunesse, et le reste. De plus en plus, il y a des services qui sont donnés en dehors des établissements et qui ne sont pas comptabilisés dans les budgets des établissements.

Par exemple, pour tout le domaine de la jeunesse et des organismes communautaires qui s'occupent des problèmes des jeunes, il y a à peu près 1 500 000 \$ de transferts de ressources qui ont été faits dans différentes régions et qui n'apparaissent pas, à ce moment-là, qui sont en partie ce qui apparaît dans ce qui est augmenté pour les ressources communautaires ou augmenté dans les CLSC pour des programmes qui sont donnés en externe aux jeunes et qu'on ne retrouve plus dans les budgets d'établissements. Donc, le programme des établissements ne reflète pas, le premier point, l'ensemble des services qui sont faits, qui sont donnés ou qui sont développés pour un type de problème ou pour une clientèle comme les jeunes.

Maintenant, si on se réfère au deuxième élément de ça, cette légère diminution de 3 400 000 \$ qui est faite à ce programme, le programme 4 auquel vous référiez, c'est bien ça?

Mme Malavoy: Oui.

● (22 heures) ●

M. Rochon: Bon. Si vous avez pu retrouver les Renseignements supplémentaires des crédits, on voit qu'en fait il y a une partie de ça, pour 2 300 000 \$, qui est expliquée à la page 246, qui a été une correction qui a été faite au budget — c'est vraiment technique, un jeu de chiffres — pour des dépenses dans ce domaine-là, dans le domaine des développements des systèmes informatiques qui ont été capitalisés et sortis des budgets de fonctionnement. Alors, il y a un 2 300 000 \$, qui n'apparaît plus là mais qui n'a pas été enlevé, qui est compté autrement, en termes de dépenses de capital plutôt que de budget de fonctionnement. Au total, il y a eu une

diminution qui a été faite de la contribution... C'est-à-dire que le budget de cette année, avec la compression qui doit être faite pour le personnel, le coût de personnel dans le système amène une compression, une perte de 6 100 000 \$ à cet établissement, mais qui est corrigée en partie. Donc, si on avait un système qui fonctionnait en chaque établissement ou classe d'établissements, assumant le fait qu'on a des budgets qui n'augmentent plus et qu'on doit absorber le coût de la main-d'oeuvre qui augmente à chaque année, c'est 6 000 000 \$ qui est perdu, qui est compensé en partie par une répartition de ressources qui a été faite, comparativement à 1995-1996, de l'ordre de 4 100 000 \$. Alors, autrement dit, sans les efforts de réallocation de budgets qu'on fait là, la perte de ce programme-là aurait été beaucoup plus importante, et la perte réelle, la compression réelle est de 1 000 000 \$; 3 400 000 \$, si vous soustrayez à ça 2 300 000 \$ qui est une capitalisation de ce qu'ils ont déjà, il y a une perte réelle de 1 000 000 \$ seulement pour les établissements. Mais ça ne reflète pas les programmes qui sont développés pour la jeunesse et qu'on retrouve ailleurs, soit dans le secteur communautaire, soit au niveau des CLSC, parce que ce n'est pas développé dans les établissements.

Mme Malavoy: Est-ce que vous diriez que, au total, indépendamment des chiffres eux-mêmes, avec ce qui se développe dans le secteur communautaire, il y a de meilleurs services pour les jeunes en difficulté?

M. Rochon: Bon. Si on ratisse tout ce qu'on a comme programme, par exemple, tout ce qui est fait pour la toxicomanie, pour les problèmes de délinquance, en dehors des établissements, je pense qu'on n'arriverait d'abord sûrement pas à une diminution en 1996-1997 par rapport à 1995-1996, mais qu'au total plus de ressources sont dépensées pour les jeunes. Mais c'est plus difficile à cerner parce que c'est fait de façon beaucoup plus étendue, dans l'ensemble du programme. Mais la question est très bonne, et je pense qu'on va devoir, dans le suivi de notre transformation, être capable de plus en plus de sortir de nos établissements. Au niveau du ministère, comme je le disais cet après-midi, on fonctionne déjà au moins par grands champs d'activité: santé physique, santé mentale, santé publique, réadaptation sociale, et, avec les plans de transformation des régions, on devrait être capable, au cours de l'année prochaine, de mieux savoir ce qu'on dépense pour les jeunes et d'aller chercher partout. Mais, là, on a encore trois, quatre régions qui vont nous transmettre leur plan de transformation. Quand on va avoir tout ça, j'aimerais bien qu'on puisse vous faire rapport, sûrement l'an prochain, lors de l'étude des crédits ou même avant...

Mme Malavoy: Pour avoir une vision globale.

M. Rochon: ...puis que la vision globale de ce qu'on fait pour les jeunes dans la nouvelle façon d'utiliser les budgets, on l'ait. Et je pense que vous avez un

très bon point, il va falloir qu'on l'ait pour être sûr qu'on fait un bon suivi de la transformation et que l'argent qui part de certains points aboutit vraiment à des endroits et qu'il y a des synergies, là, entre les différents programmes soit de toxicomanie, soit de délinquance, soit de services communautaires, avec les maisons de jeunes, par exemple, ou quoi que ce soit, qu'il y ait vraiment une synergie et non pas un éparpillement de nos ressources.

Mme Malavoy: Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin.

Régime d'assurance-médicaments

M. Marsan: Oui. M. le Président, aujourd'hui, le président du comité sur l'assurance-médicaments a déposé son rapport, et j'aimerais savoir du ministre comment ce nouveau programme d'assurance pourrait venir supporter sa réforme. On a toujours dit que, pour faire un virage ambulatoire intéressant et intelligent, ça prenait au moins deux conditions essentielles. Une, c'était d'investir des sommes importantes dans le maintien à domicile, et l'autre, c'était d'avoir un bon programme d'assurance-médicaments. Alors, j'aimerais entendre le ministre sur la façon dont ça devrait évoluer maintenant, tout le dossier de l'assurance-médicaments par rapport à sa réforme.

M. Rochon: Bon. Le lien, M. le Président, du médicament comme technologie — parce que c'est une technologie, le médicament — avec le virage ambulatoire se manifeste au moins par trois points qu'on peut identifier. Si on peut maintenir des gens, leur permettre de vivre à domicile plus longtemps, de façon plus sécuritaire, c'est par différents moyens qui sont utilisés mais aussi par le médicament, médicament qui contrôle mieux la douleur, médicament qui permet à des gens d'être plus autonomes malgré un problème de santé chronique qui, autrement, générerait leur fonctionnement physique. Si c'est des gens qui ont des problèmes d'arthrite importants, par exemple, ou des gens qui ont des problèmes d'un diabète à garder bien équilibré, d'une insuffisance cardiaque à garder bien équilibrée, alors on a des médicaments, aujourd'hui, beaucoup plus performants qui gardent stables des états de santé qui, autrement, seraient des états de santé qui se dégraderaient facilement et pour lesquels les gens devraient courir dans les urgences, être hospitalisés pour de longues périodes, retourner à domicile une courte période de temps et recommencer.

Alors, je pense que, indéniablement, il y a de plus en plus de médicaments beaucoup plus performants qui permettent que des gens soient confortables malgré des problèmes de santé chroniques qui ne peuvent pas être guéris complètement mais qui peuvent être beaucoup mieux contrôlés et, encore une fois, de façon stable. Bon. Ça, c'est pour le maintien à domicile.

C'est aussi très souvent possible de raccourcir des séjours hospitaliers parce qu'on a des médicaments plus performants qui font que les gens peuvent retourner à la maison, et de façon tout à fait sécuritaire et avec un médicament qui peut être administré de façon beaucoup plus souple que ce qu'on devait être obligé de faire auparavant. Il faut dire que, en plus du médicament, il faut voir à associer au médicament tout ce qui est complément de technologie par lequel un médicament est administré, que ça soit la seringue dans le cas de l'insuline pour du diabète ou que ça soit certains appareils qui permettent de faire l'antibiothérapie à domicile, par exemple. Alors, on a des meilleurs produits pour l'antibiothérapie, on a des appareils qui permettent de les utiliser, et, au lieu de garder quelqu'un à l'hôpital pour une longue période, le même traitement peut être fait à domicile. Et on sait que, au-delà, donc, du maintien à domicile, de réduction de durée de séjour, ça a permis de développer beaucoup de formes plus ambulatoires de donner des services, que ce soit de la chirurgie d'un jour ou l'hôpital de jour, qu'on connaît de plus en plus.

Bon, au-delà de ça, il y a des hospitalisations qui sont complètement évitées et des gens qui sont gardés complètement autonomes et productifs dans leur communauté grâce aux médicaments. Qu'on pense à certains problèmes de santé mentale, par exemple, ou de maladie mentale, et je pense que, dans le domaine de la schizophrénie, c'est assez évident, dans certains problèmes bipolaires ou de syndrome maniaco-dépressif, où des gens peuvent être gardés dans un cycle d'oscillation beaucoup plus restreint, beaucoup plus stable. Et ces gens-là non seulement ne sont pas en établissement, mais ils sont productifs et fonctionnels dans leur société. Donc, c'est un certain nombre d'exemples, là, puis on pourrait en sortir beaucoup d'autres qui font que, effectivement, le médicament, s'il est bien utilisé, est une technologie qui vient appuyer et rendre possible dans certains cas — et dans beaucoup de cas appuyer — cette nouvelle orientation qu'on a appelée, au Québec, le virage ambulatoire.

Maintenant, on sait par ailleurs — et c'est ce qui nous amène, là, à l'importance d'avoir un programme comme ce qui nous a été proposé par le rapport du groupe Castonguay — qu'il y a des médicaments, et surtout que, plus ils sont performants et puissants, plus c'est aussi des technologies qui peuvent être dangereuses. S'ils sont trop utilisés ou à mauvais escient ou s'ils sont utilisés dans des combinaisons où il y a des interactions entre différents médicaments puissants, non seulement, parfois, ça n'aide pas, mais ça peut faire du tort. Et, là, de mémoire, je voudrais faire attention, mais j'ai vu un rapport il n'y a pas longtemps, dans le cadre de la fin des travaux du comité Castonguay, je pense, de la Colombie-Britannique, qui a un système comme celui qu'on met en place présentement, de révision de l'utilisation des médicaments utilisés autant dans les établissements que sur une base ambulatoire, et je pense — je vérifierai les chiffres, là, pour être sûr — que c'était de l'ordre de peut-être 10 000 hospitalisations qu'on avait

identifiées qui étaient dues à de la mauvaise utilisation de médicaments. Ça peut jouer aussi dans l'autre sens, et, dans certains cas, même des états, là, où les gens avaient vu leur vie un peu menacée à cause du résultat d'une mauvaise utilisation des médicaments. Donc, c'est essentiellement une technologie qui a énormément de positif, mais, comme toute technologie puissante, il faut l'utiliser pas n'importe comment si on veut être sûr de ne pas avoir des effets néfastes.

• (22 h 10) •

Ça nous ramène donc à l'importance d'avoir un programme qui est global et, d'abord, qui assure à tout le monde un service uniforme, et, ça, on a beaucoup d'outils qui ont été développés au cours des années, au Québec, qui vont nous permettre de mettre un programme comme ça en place rapidement. Ça ne pourra pas se créer de toutes pièces du jour au lendemain. On a le Conseil consultatif de pharmacologie qui constitue déjà, depuis un certain nombre d'années, une liste de médicaments qui est évaluée quant à leur efficacité pharmacologique, où on voudrait peut-être évaluer, de façon plus serrée aussi, le rapport coût-efficacité. Il y a par exemple, et les travaux du comité Castonguay l'ont très bien fait voir, dans tout ce qui est nouveau médicament, des médicaments qui, certains, sont vraiment des innovations et d'autres où, parfois, on a déplacé un carbone ou deux sur la molécule, et c'est une molécule nouvelle. Mais ce n'est pas vraiment un nouveau médicament qui a impliqué la recherche et le développement de véritables innovations, et c'est important de faire ces distinctions-là, autrement les coûts peuvent être disproportionnés par rapport à la valeur réelle du médicament.

Donc, ayant ce mécanisme, on peut avoir une liste qui est offerte à tout le monde sur le même pied, et, si on rajoute à ça le mécanisme de révision de l'utilisation des médicaments pour identifier des situations... Et on voit là tout le système qui est déjà en place, où, je pense, 90 % à 95 % des pharmacies du Québec, des pharmaciens sont déjà en lien direct informatique avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec. On se prépare à mettre en place, ça va nous prendre un système interactif où on peut vérifier, au moment de l'achat du médicament, non seulement où la personne en est rendue dans le paiement de ce qu'on aura décidé qu'est la prime, la franchise ou la coassurance, mais vérifier quel est le dossier de médicaments de la personne pour s'assurer que les doses qui sont prescrites et que la combinaison de médicaments ne risquent pas d'être néfastes.

Alors, c'est tout ça qui est le régime qu'on met en place. Il y a la partie du mécanisme financier pour supporter le régime, mais c'est vraiment tout un réseau de distribution et de contrôle de l'utilisation du médicament, ce qui va nous donner en bout de ligne, d'abord, une couverture globale, générale pour tout le monde, un produit où, encore là, notre concept du médicament requis est réalisé, où on retient sur la liste ce dont les gens ont besoin. Et, même avec le développement d'un nouveau médicament, on s'assure de l'avoir à un prix qui est le prix équitable pour le médicament et que

l'utilisation en est bien gérée, et, dans ces conditions-là, avec l'économie qu'on va faire en plus avec une meilleure utilisation du médicament, ça permet effectivement d'avoir... les 2 300 000 000 \$ que ça coûte présentement, la consommation de médicaments, peut-être d'en diminuer le coût globalement. On évalue peut-être une diminution de 5 % actuellement, et il semble que c'est probablement facilement au moins ça qui pourra se faire en termes d'utilisation. Combien plus? On verra. Et, si on a une meilleure répartition du coût — parce que, globalement, on ne va pas en consommer plus, on va en consommer moins — et si on le répartit plus selon la capacité de payer des gens, bien, c'est vraiment une situation un peu spéciale où on a un programme qui va compléter notre filet de sécurité en termes de services de santé et qui, en même temps, va permettre au gouvernement, effectivement, de faire une économie de dépenses et de réaliser une répartition beaucoup plus équitable pour absorber le coût de l'ensemble du programme.

Alors, c'est un peu comme ça apparaît, avec le rapport du groupe Castonguay, que la situation se présente. Bien sûr, dans les prochaines semaines, il reste du travail à faire, là. C'est le rapport du comité, c'est sa proposition, il y a trois scénarios qui ont été développés. M. Castonguay et son comité nous ont dit qu'ils en privilégient un. Ils ont un préjugé favorable pour un des scénarios, le scénario A, que vous verrez dans le rapport. Mais, là, il y a du travail à faire.

D'abord, on va voir la réaction au rapport Castonguay comme tel. Il y a un projet de loi qui va être préparé, finalisé pendant les prochaines semaines, où on va, sur la base des autres informations qu'on peut avoir — et il y a un tas de simulations qui sont faites depuis une semaine ou deux avec le ministère et la Régie de l'assurance-maladie du Québec et les banques de données qu'on a — voir comment on peut jouer avec le modèle A en mettant un peu plus de coassurances, un peu moins de franchises et le reste pour vraiment trouver le niveau optimal qui donne la protection à tout le monde et en ayant un coût qui ne risque pas d'être prohibitif, loin de là, pour aucun groupe de la société et une répartition du coût qui est vraiment équitable. Et ce qu'on va pouvoir trouver de plus optimal, ça va constituer la base du projet de loi qui va être préparé, qui va être présenté, qui va être discuté en commission parlementaire, et j'espère qu'on va être capable d'approuver un projet, d'approuver un nouveau programme avant la fin de la session, ce qui va nous permettre, encore une fois, de réaliser des économies très importantes et d'avoir finalement un régime beaucoup plus équitable pour assurer l'accès aux médicaments à tout le monde, selon ses besoins.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui. Merci pour l'entrée en matière dans le programme d'assurance-médicaments. Vous avez souligné quelque chose d'important, et c'est la

comparaison que vous avez faite, je pense, en Colombie-Britannique, mais, sous toute réserve, vous l'avez dit, peut-être 10 000 journées d'hospitalisation qui auraient été identifiées en fonction d'une mauvaise utilisation des médicaments. Bon, il y a des revues, là, et tout ça.

Mais, nous, on peut penser... En tout cas, on est craintifs. Si on prend le scénario A, où le premier 100 \$ va être assumé par tout le monde et, ensuite, le prochain 20 % du prochain 1 000 \$ va être à la charge de chacun des patients, on peut penser aussi, si on pense aux jeunes qui sont sur la sécurité du revenu ou aux personnes âgées qui sont des gros consommateurs de médicaments, que, à cause de cette franchise-là, il pourrait y avoir une incitation à ne pas prendre les médicaments et à retomber dans le même problème identifié plus tôt en Colombie-Britannique. Et je ne sais pas si cet aspect-là, c'est quelque chose qui vous a intéressé dans l'évolution de l'étude ou si vous avez l'intention, en tout cas, d'intervenir d'une façon particulière pour s'assurer que les gens qui ont le besoin, puissent recevoir ce besoin-là, cette prescription, puis prendre le médicament en fonction, vraiment, du besoin identifié par le médecin.

M. Rochon: Alors, M. le Président, pour bien apprécier cette situation, il faut voir comment se répartissent l'ensemble des Québécois et des Québécoises, en rapport avec les médicaments. Il y en a 4 500 000 qui ont déjà une assurance quelconque. Ce qu'il y a à améliorer de ce côté-là, c'est de s'assurer que tous aient une assurance qui couvre au moins un minimum, style scénario A qui est prévu, c'est-à-dire que, d'abord, tous les médicaments de la liste recommandée par le Conseil consultatif de pharmacologie soient couverts par le programme et que le prix qui est demandé corresponde, soit équivalent au programme de base qui serait retenu. Mais, globalement, pour ces 4 500 000 personnes, il n'y a pas de grand problème appréhendé parce que c'est souvent des gens qui sont assurés dans des régimes collectifs, aussi, où c'est des bons programmes qu'ils ont. On ne voit pas de problème de ce côté-là.

Ceux qui sont dans la situation la plus précaire, la plus vulnérable, la plus fragile, c'est le 1 200 000, 1 300 000 citoyens et citoyennes du Québec qui n'ont aucune protection, et, eux, ça leur coûte au-dessus de 900 000 000 \$ par année, si je me rappelle bien. C'est des gens qui dépensent, globalement, parce qu'ils ont des problèmes. Ils doivent acheter des médicaments même s'ils n'ont aucune couverture et, là, ils le font selon ce qu'ils peuvent faire avec les moyens du bord quand ça leur arrive. Alors, c'est pour eux que c'est important.

Et, quand on dit — on verra ce que sera le programme final, là — qu'on a une prime, une franchise, que ce n'est pas gratuit, qu'il y a une contribution, bien, il faut dire que, pour ces gens-là, les calculs qui ont été faits, c'est, je pense, que leur dépense moyenne, présentement, est de l'ordre de quelques centaines de dollars. Si on prend ce 1 500 000 et qu'on ramène, en moyenne,

pour chacun d'eux, ce qu'ils utilisent pour le médicament, ça va les ramener à peu près à zéro quand on l'aura réparti sur l'ensemble, ça. Ils vont bénéficier beaucoup plus, en termes de diminution de coûts que, collectivement, ils vont payer comme groupe. Et, ça, c'est vraiment, dans ce 1 500 000, d'après les informations qu'on a, beaucoup des gens qui sont des petits salariés, des gens qui sont juste au-delà des limites de l'aide sociale et qui sont dans une position très fragile, où avoir à payer une grosse note de médicaments dans l'année parce qu'un enfant est malade ou qu'une personne de la famille a un problème de santé qui coûte plusieurs centaines, voire milliers de dollars de médicaments, ça peut les amener dans une situation et les obliger à recourir à l'aide sociale. Alors, eux, ce qu'il est important de voir, c'est leur situation actuelle qui est excessivement précaire, par rapport aux quelques centaines de dollars qui vont être proposés.

Dans le scénario A qui est proposé pour ces gens-là, le maximum que ça coûterait à quelqu'un, c'est un plafond de 1 000 \$. Alors, il faut bien dire que, avec une coassurance de 20 % au-delà d'une première franchise de 100 \$, comme le modèle le propose, ça voudrait dire que, pour se rendre au maximum de 1 000 \$ de plafond, il faudrait avoir consommé pour à peu près 5 000 \$ de médicaments, et, si les gens, dans la situation actuelle, n'ont pas de protection, c'est 5 000 \$ que ça leur coûte. Mais, s'ils devaient se rendre à ce niveau-là, c'est seulement 1 000 \$. Donc, comparativement à la situation actuelle, ces gens-là, globalement, sont beaucoup mieux protégés.

Si on prend l'autre groupe de personnes qui sont les prestataires d'aide sociale, présentement, eux sont dans un autre genre de difficultés. Ils ont présentement une couverture complète pour le médicament, alors ce n'est pas ça qui leur cause un problème. Maintenant, il y a beaucoup de ces gens-là qui arrivent dans des situations où ils pourraient sortir du système de l'assistance sociale en prenant un boulot qui leur donne un niveau de rémunération intéressant, mais, pour beaucoup de cas, et ça a été documenté, il y a un problème, encore là, de quelqu'un de la famille qui a besoin de médicaments de façon importante, et, pour ces gens-là, il n'y a quasiment pas moyen de s'en sortir, de l'aide sociale, à moins de se faire offrir un travail très rémunérateur, parce que, autrement, le plus qu'ils auraient en salaire ne va pas nécessairement compenser le coût du médicament qu'ils vont devoir absorber.

● (22 h 20) ●

Il y a donc, en termes d'équité entre la personne prestataire de la sécurité du revenu et les gens qui ont un petit revenu, autour de 25 000 \$, par exemple, plus ou moins, une continuité qui manque, et le régime prévoit — les propositions qui sont faites — que les prestataires d'aide sociale, s'ils sont appelés à faire une contribution, seraient ajustés. Je pense, de mémoire, que ce qu'on propose pour eux, c'est un plafond qui serait de l'ordre de 300 \$. Donc, pour une personne de l'aide sociale, avec certains ajustements possibles au niveau de la prime

d'aide sociale, selon les recommandations avec lesquelles vont se recouper celles du rapport Bouchard-Fortin, s'il y a un rétablissement du côté de la prime de base d'aide sociale, une personne comme ça pourrait être obligée de dépenser quelque 100 \$, effectivement, par année. Mais, ça, pour dépenser quelque 100 \$, c'est ceux qui utiliseraient des médicaments pour plusieurs centaines, voire un millier de dollars, parce qu'on leur a mis un plafond à 300 \$. Alors, tous ceux qui utiliseraient plus ne dépasseront pas ça.

Ce dont il s'agit de s'assurer dans le régime final qu'on voudra approuver, c'est que la contribution qui est demandée, même au prestataire de l'aide sociale, c'est une contribution qui ne devient pas prohibitive pour l'accès aux médicaments, au contraire, mais que ça responsabilise les gens quand même dans l'utilisation du médicament pour que la consommation corresponde au besoin et que, si on les met dans une situation où on les protège pendant les premiers mois où ils vont prendre un travail, par exemple — c'est une modalité qu'on peut ajuster — que le passage d'une situation d'aide sociale à un emploi qui a un bon salaire mais qui n'est pas un gros salaire puisse devenir possible... et qu'on a enlevé le désincitatif à pouvoir se libérer de l'aide sociale.

Il reste, si on veut voir comment les citoyens sont touchés, le dernier groupe de personnes, qui est celui des personnes âgées, qui, actuellement, ont une protection complète, moins le 2 \$ de frais modérateurs. Les personnes âgées consomment en moyenne, à peu près, on nous dit, 45 \$ par année, je pense, actuellement, en moyenne. Avec un régime comme celui qui est proposé, en moyenne, si on prend tous les utilisateurs, y compris les gros, ça pourrait aller jusqu'à 230 \$, je pense, si ma mémoire des chiffres est bonne, plutôt que 45 \$. Donc, pour les personnes âgées, c'est en moyenne un paiement du médicament beaucoup plus important, par un facteur de quatre à peu près, comparativement à la moyenne actuelle.

Maintenant, malgré ça, il reste que ça peut avoir l'air paradoxal, mais ils sont ceux qui bénéficient le plus du régime qu'on propose parce que c'est eux qui sont les plus gros utilisateurs, et, pour une moyenne de consommation de 230 \$ par personne âgée, dans le régime proposé le scénario A, le régime va absorber 450 \$, je pense, deux fois plus. Donc, ils paient un tiers, et le régime paie deux tiers de ce qu'ils consomment vraiment comme médicaments. Maintenant, pour ceux qui vont payer cette moyenne de 250 \$, elle est modulée selon le revenu des personnes et leur capacité de payer. Alors, tous ceux qui ont un revenu en bas de 16 000 \$ sont exemptés complètement, il n'y a pas de frais pour eux. Entre 16 000 \$ et 25 000 \$, il peut y avoir une prime — et c'est ce qu'on propose, là, présentement — mais qui est ajustée selon le revenu, qui est progressive selon le revenu, et ce n'est qu'au-delà de 25 000 \$ de rémunération par année que, là, les gens assument le plein régime, mais toujours avec un plafond maximal qui est proposé à 1 000 \$.

Alors, quand on regarde chacun des groupes, moi, je pense sincèrement, M. le président, que tout le

monde sort gagnant de cette affaire-là. Tout le monde, comme groupe, est dans une meilleure situation, a une protection complète, doit contribuer. Alors, c'est évident que le groupe de ceux qui n'ont pas d'assurance du tout, qui ont la chance de ne pas être malades, qui n'utilisent pas de médicament, ça ne leur coûte rien à eux, mais la journée où il leur arrive un malheur, ça peut leur coûter un bras, puis il n'y a aucune protection. Donc, comme groupe, ils en profitent et, pour chacun de leur groupe, ils sont bénéficiaires. Où il y a une différence réelle, et, ça, il ne faut pas se le cacher, les personnes âgées ont les moyens, qui ont le médicament gratuitement, à l'avenir, avec un régime comme ça, vont devoir payer une partie du coût du médicament, contrairement à la situation actuelle. Ça, c'est sûr.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Nelligan, en vous rappelant qu'à 22 h 30 je devrai interrompre pour ajourner parce que je pense que tout le monde va mériter un bon repos. M. le député.

M. Williams: Merci, M. le président, de me laisser la parole et aussi pour cet avis amical. Avec ça, je ne ferai pas vraiment de commentaires sur les propos tels qu'on peut les trouver dans le rapport du comité d'experts parce que je pense que nous allons avoir plus de chances de discuter de ça, et je n'ai pas eu la chance de le lire au complet. Je voudrais savoir, au moins, M. le ministre, si j'ai bien compris vos propositions ou les propositions du rapport Castonguay dans la section qui touche les enfants à charge de 0 à 18 ans, si j'ai bien compris — peut-être que j'ai lu ça vite — certainement dans les plans A et C, et avec les nuances dans le plan B, vous proposez que tous les enfants soient assurés à 100 % sans aucune franchise et aucune coassurance et avec un certain plafond, si j'ai bien compris le guide, et tout ça, nonobstant le revenu de la famille. Est-ce que j'ai bien compris?

M. Rochon: Est-ce que le député pourrait répéter juste la fin de la question?

M. Williams: Oui. Tout ça, nonobstant le revenu de la famille?

M. Rochon: Oui. Ce que le scénario A propose — vous avez reçu vos copies du rapport; à la page 69, il y a un tableau — en termes autant de franchise que de coassurance, il n'y a aucun frais pour les enfants de 0 à 18 ans.

M. Williams: Avec ça, selon les plans, pour les familles qui ont des assurances privées pour leurs enfants, maintenant vous proposez que l'État paie pour ça malgré le revenu de la famille? Il y a une différence avec la proposition que vous avez proposée pour les personnes de 65 ans et plus, parce que vous y avez établi que c'est basé sur le revenu. Il y a une grosse différence entre ça...

M. Rochon: Pour les enfants...

M. Williams: ...et les recommandations pour les enfants. Selon ma compréhension — et c'est une lecture très vite, là — il n'y a aucune référence au revenu de la famille avec ça...

M. Rochon: Pour les enfants.

M. Williams: Pour les enfants. Est-ce que j'ai bien compris les recommandations?

M. Rochon: Alors, M. le Président, c'est aussi ma compréhension de la proposition qui est faite par le rapport. Maintenant, dans la réalité des choses, il faut voir ce que ça veut dire. Pour les 4 500 000 personnes qui ont déjà une assurance et qui, souvent, sont dans des régimes collectifs où il y a une protection qui est offerte pour la famille, de différentes natures — et c'est en général des régimes qui, au-delà d'un régime de base, comme ce qui est proposé ici pour la liste des médicaments, offrent d'autres choses — il va y avoir des frais dentaires, des frais optométriques, d'ambulance, si on en a besoin, des choses du genre, il y a un ensemble de bénéfices, en fait, qui sont offerts.

Et, là, en mettant en place un système comme ça, il faut s'assurer de deux choses l'une, et, ça, c'est en discussion présentement. Ou bien on demande à tous les assureurs, parce que ceux qui sont assurés privément restent avec leur assureur privé, et ce qui est demandé à l'assurance privée, c'est de leur offrir un régime de deux choses l'une: ou bien les assureurs privés doivent tous offrir le régime de base du public, doivent aussi l'offrir pour qu'il soit disponible si quelqu'un veut n'acheter que ce produit-là, ou bien on a un système d'agrément, là aussi, où il y a une évaluation qui est faite des régimes qui sont proposés pour s'assurer qu'il y a équivalence.

Alors, si certains régimes privés qui offrent un ensemble de services en plus du médicament ont une franchise différente, une coassurance différente et le reste, il va falloir qu'il y ait une analyse technique de faite pour voir si c'est équivalent. Or, dans ceux-là, il peut y en avoir pour qui le jeu de coassurance et de primes, il y a quelque chose qui est imposé pour les enfants de 0 à 18 ans. L'important, ce sera l'équivalence, ou qu'ils auront à choisir entre un système qui demande un paiement pour les enfants mais qui offre d'autres services en plus.

M. Williams: Mais vous voyez les contradictions entre les démarches proposées pour les personnes âgées de plus de 65 ans et celles proposées pour les familles avec des enfants de moins de 18 ans. Et je voudrais juste souligner la contradiction et deux stratégies complètement différentes qu'on voit...

M. Rochon: Oui. Non, exactement, M. le Président, je pense qu'il faudrait en discuter. On peut dire que c'est une contradiction, mais, si on regarde de

l'autre côté de la médaille, c'est un choix social qu'il faut faire. Est-ce que, effectivement, on veut...

M. Williams: ...

M. Rochon: Non, non, mais ce n'est pas une contradiction, là. Entendons-nous bien sur la signification des termes, c'est un choix. Ou on dit qu'on privilégie tous les enfants en bas de 18 ans et on dit: Là, on ne fait aucune distinction, ça ne coûtera rien pour eux, peu importe la situation de la famille... Mais c'est discutable, ça.

Est-ce qu'on voudra dire que, pour des revenus de 50 000 \$, 75 000 \$ ou plus, on va imposer quelque chose? On peut le faire, mais il va falloir en discuter. Cette proposition-là est un peu un modèle de base, et, là, on travaille déjà pour faire des modulations. La proposition que le gouvernement va faire va peut-être être différente de ça à certains égards. Elle ne sera peut-être pas identique, elle va être autour de ce genre de modèle là et, quand on aura eu la discussion sur le projet de loi, il y aura peut-être d'autres différences qu'on fera avant de l'adopter. Mais, là, la question est bonne, il y a un choix social à faire.

● (22 h 30) ●

M. Williams: Au moins, notre compréhension est la même pour le moment. Merci beaucoup.

M. Rochon: Pour le temps que ça va durer.

M. Williams: Oui, pas longtemps, mais...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il y a juste une question, parce qu'on ne veut pas revenir demain là-dessus, M. le ministre.

M. Marsan: C'est ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est simplement une question, à peu près 30 secondes.

M. Marsan: Est-ce que vous avez l'intention de présenter un projet de loi et, s'il y a lieu, est-ce que vous allez faire les consultations en commission parlementaire?

M. Rochon: On va présenter un projet de loi, j'espère qu'il pourrait être déposé avant la fin du mois de mai, le plus tôt possible en mai, et il va sûrement y avoir une commission parlementaire là-dessus. Maintenant, j'ai bien confiance, M. le Président, que, si on tient compte des travaux qui ont été faits par le comité Demers, des travaux techniques au ministère, du groupe Castonguay, qui a travaillé avec beaucoup de groupes aussi, de la consultation, des commentaires qu'on va avoir sur le rapport Castonguay, on va être capable de faire une liste de gens et de groupes qui doivent être entendus parmi ceux qui le demanderont et qu'on puisse avoir une bonne consultation, mais faite correctement, et qu'on puisse adopter le projet avant la fin de la session.

M. Marsan: Ça veut dire qu'il n'y aura pas d'annonce dans le budget?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. Merci, Mmes, MM. les députés. J'ajourne jusqu'à demain matin, 10 heures, au même endroit. Merci.

(Fin de la séance à 22 h 32)