



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 10 juillet 2003 — Vol. 38 N° 7

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (3)**

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

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, avenue Honoré-Mercier, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Société canadienne des postes – Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 40010195

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 10 juillet 2003 — Vol. 38 N° 7

Table des matières

Action communautaire	1
Remarques préliminaires	1
Mme Nicole Léger	1
M. Philippe Couillard	5
Discussion générale	6
Crédits alloués à l'action communautaire	7
Plan de financement de l'action communautaire	8
Arrimage des priorités des organismes communautaires à celles du gouvernement	9
Mesures visant à améliorer l'efficacité administrative des organismes communautaires	11
Priorités en matière de financement des organismes communautaires	12
Intentions du ministre concernant le programme	13
Soutien aux organismes communautaires	13
Répartition des crédits alloués à l'action communautaire entre les régions	13
Mesures envisagées pour corriger l'inéquité interrégionale du financement	14
Consultation des organismes communautaires autonomes	14
Document déposé	15
Plan d'action du ministre en matière de développement de l'action communautaire	15
Budget minimum pour les organismes communautaires	17
Respect de la politique en matière d'action communautaire par les régies régionales	17
Collaboration entre les organismes communautaires et les agences régionales	18
Crédits alloués aux organismes d'aide aux femmes victimes de violence conjugale	18
Stratégie en matière de soutien aux femmes victimes de violence conjugale et aux familles d'accueil	19
Mode de gestion des crédits alloués à l'action communautaire	20
Investissements prévus pour les services de maintien à domicile	21
Santé	
Discussion générale (suite)	
Ententes de gestion avec les hôpitaux	22
Stratégie en vue de favoriser l'implantation des groupes de médecine de famille (suite)	23
Financement de la formule de clinique réseau	24
Nombre de groupes de médecine de famille prévu à Montréal	24
Soutien informatique à l'intention des groupes de médecine de famille	24
Subventions gouvernementales accordées au magazine <i>Médecine/Sciences</i> (suite)	25
Régie de l'assurance maladie du Québec	
Discussion générale	
Confidentialité des dossiers	25
Mesures visant à freiner l'augmentation des coûts des médicaments et du régime d'assurance médicaments	28
Non-gratuité des médicaments pour les personnes âgées ne recevant pas le supplément de revenu garanti maximum	30
Annulation de l'assurance médicaments de personnes de 65 ans et plus par des assureurs collectifs privés	31
Non-gratuité des médicaments pour les personnes âgées ne recevant pas le supplément de revenu garanti maximum (suite)	32
Financement du coût des médicaments pour les prestataires de l'assistance-emploi et les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti maximum	33
Mesures envisagées pour freiner l'augmentation du prix des médicaments génériques	34
Subventions gouvernementales accordées au magazine <i>Médecine/Sciences</i> (suite)	35
Projet de régionalisation de la gestion des enveloppes budgétaires de la Régie	35
Effets de la spécialisation des centres hospitaliers en région sur les déplacements des patients	38

Table des matières (suite)

Projet de carte santé	
Suites données à l'étude coûts-bénéfices de la Régie	38
Documents déposés	39
Intentions du ministre concernant le dépôt d'un projet de loi	40
Bilan des travaux de la Société générale des industries culturelles	
sur la création d'une banque centrale d'informations	40
État d'avancement des volets clinique et technologique	40
Niveau d'appui des corporations professionnelles	41
Rapports entre les médecins et les compagnies pharmaceutiques	42
Projet de carte santé (suite)	
Étude coûts-bénéfices sur l'intégration de la carte santé à la réorganisation	
des structures des services de santé et des services sociaux	43
Effets des regroupements des services de première et	
de deuxième ligne sur la prestation de services en CLSC	45
Niveau d'appui de l'Association des CLSC et des CHSLD au projet de réorganisation	
des structures des services de santé et des services sociaux	46
Mesures visant à percevoir des primes non payées et à récupérer des	
montants payés en trop par des usagers de l'assurance médicaments	46
Remboursement des frais de soins de santé dispensés	
aux citoyens canadiens non résidents du Québec	47
Entente pancanadienne sur les frais d'hospitalisation des citoyens canadiens	48
Rémunération des professionnels de la santé	48
Opinion du ministre sur la rémunération à l'acte des médecins spécialistes	49
État des négociations en vue du renouvellement de la convention	
collective des employés du secteur parapublic	50
Décentralisation de la négociation des clauses normatives	
des conventions collectives en santé et services sociaux	50
Intentions du ministre concernant le maintien des accréditations	
et des conventions collectives dans le réseau de la santé	50
État des négociations en vue du renouvellement de la convention	
collective des employés du secteur parapublic (suite)	50
Décentralisation de la négociation des clauses normatives des conventions	
collectives en santé et services sociaux (suite)	51
Intentions du ministre concernant le maintien des accréditations et	
des conventions collectives dans le réseau de la santé (suite)	51
Décentralisation de la négociation des clauses normatives des conventions	
collectives en santé et services sociaux (suite)	51
Intentions du ministre concernant le maintien des accréditations et	
des conventions collectives dans le réseau de la santé (suite)	51
Représentation des personnes handicapées, des anglophones, des autochtones	
et des communautés culturelles au sein de l'effectif	52
Le point sur les indicateurs de rendement convenus	
entre les ministres de la Santé au Canada	53
État de la situation aux soins intensifs de l'Hôpital Sainte-Justine	54
Mesures visant à assurer la complémentarité des services	
des hôpitaux pédiatriques surspécialisés de Montréal	54
État d'avancement du projet de rénovation de l'Hôpital de Saint-Hyacinthe	55
Chefs de cabinet au ministère	56
Mesures visant à diminuer le délai d'autorisation des projets d'immobilisations	56
Priorités du ministre en cas d'obtention de crédits supplémentaires	57
Stratégie en matière de prévention	57
Plan d'action en matière de soins palliatifs	58
Intentions du ministre concernant la mise en place de la ligne Info-Social	59
Intentions du ministre concernant le programme Ça bouge après l'école	60
Suites données aux conclusions du rapport Bernier	
touchant les soins chiropratiques	61
Adoption des crédits	62

Table des matières (suite)

Autres intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante
Mme Charlotte L'Écuyer, présidente suppléante

Mme Sylvie Roy
Mme Solange Charest
M. Russell Williams
M. Vincent Auclair
Mme Louise Harel
M. Daniel Bernard

- * M. Pierre Roy, Régie de l'assurance maladie du Québec
- * Témoin interrogé par les membres de la commission



Le jeudi 10 juillet 2003 — Vol. 38 N° 7

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (3)*(Neuf heures trente-cinq minutes)*

Le Président (M. Copeman): Alors, le quorum est constaté, et je déclare ouverte la séance de la commission des affaires sociales.

Je vous rappelle le mandat. Nous sommes réunis afin d'étudier les crédits budgétaires sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière courante, c'est-à-dire 2003-2004.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Bouchard (Vachon) est remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); M. Charbonneau (Borduas) est remplacé par Mme Charest (Rimouski); et M. Valois (Joliette) est remplacé par M. Cousineau (Bertrand).

Le Président (M. Copeman): Merci. Je prends pour acquis que les téléphones cellulaires ont été mis hors tension. Et je vous rappelle l'organisation brièvement des travaux de ce matin.

Action communautaire

Nous avons un bloc de deux heures de temps, c'est-à-dire en principe jusqu'à 11 h 30, sur les éléments 3 et 4 du programme 2, c'est-à-dire le Soutien aux organismes communautaires et Activités connexes. Par la suite, à 11 h 30, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 14 heures pour reprendre... et nous allons reprendre, entre autres, avec l'étude du programme 4, et j'ai cru comprendre qu'il va y avoir des membres du personnel de la Régie de l'assurance maladie du Québec qui seront présents cet après-midi. On n'est pas limités à ce sujet-là, mais, entre autres, nous allons discuter des crédits de la RAMQ cet après-midi.

Je vous rappelle que, cinq minutes à peu près avant la fin de la période allouée pour l'étude des crédits, nous allons entreprendre les votes sur les quatre programmes et sur le ministère dans son ensemble. Et je termine en vous rappelant que nous avons convenu de procéder avec des blocs de 20 minutes, incluant questions et réponses.

Et j'ai cru comprendre également qu'il y a une demande de faire des remarques préliminaires sur ce volet du ministère de la Santé et des Services sociaux et, compte tenu que les remarques préliminaires ont déjà été faites au moment où nous avons débuté nos travaux mardi matin, ça requiert le consentement des membres. La suggestion est faite pour qu'on permette à Mme la députée de Pointe-aux-Trembles de faire des remarques préliminaires, suivie par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Est-ce qu'il y a un consentement pour ces remarques préliminaires?

Des voix: Consentement.

Remarques préliminaires

Le Président (M. Copeman): Consentement. Alors, sans plus tarder, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles et porte-parole de l'opposition officielle en matière des services sociaux, je vous cède la parole pour un maximum de 20 minutes.

Mme Nicole Léger

Mme Léger: Merci, M. le Président. Alors, bonjour à vous tous et à vous toutes, ce matin, à M. le ministre, toute l'équipe ministérielle, les gens qui sont là pour nous écouter aussi aujourd'hui. Alors, il me fait plaisir de faire quelques remarques préliminaires qui m'apparaissent absolument, je pourrais dire, essentielles pour toute la partie de l'action communautaire, dossier qui m'est très cher. Je remplace, il faut quand même le dire, la députée de Marie-Victorin qui est à l'extérieur du pays et qui a le dossier de l'action communautaire. Mais c'est un dossier que je demeure très, très proche et très sensible pour la suite des choses malgré tout.

Je vais faire un peu un historique parce que, je ne sais pas, le ministre qui arrive quand même dans ses fonctions, s'il y a, je pense, des éléments importants à pouvoir se rappeler et, à travers tout ça ensuite, de pouvoir poser les questions au ministre concernant vraiment la vision de l'action communautaire au Québec.

D'abord, évidemment, j'ai eu comme fonction... comme ministre déléguée à la Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, j'ai eu toute la responsabilité de l'action communautaire. Donc, il s'est fait quand même beaucoup de choses les dernières années.

● (9 h 40) ●

Le milieu communautaire est un milieu très vivant, est un milieu qui, depuis les 40 dernières années au Québec, ont revendiqué beaucoup d'éléments, ont voulu davantage être reconnus par l'action gouvernementale.

Alors, si vous voulez bien, je vais vous rappeler un petit peu la dernière politique que nous avons mise de l'avant, voilà déjà deux ans, qui est la première politique d'action communautaire au Québec. Cette première politique là, il faut quand même se rappeler qu'il n'y en a pas vraiment d'équivalente à travers le monde; c'est une politique assez unique, assez particulière aussi. Mais ce n'est pas parce qu'elle est unique et particulière qu'elle n'a pas toute sa place qu'il faudrait ici, au Québec, par rapport aux demandes du milieu communautaire et de l'action communautaire.

La politique, telle quelle a été, là, s'est faite en collaboration avec le milieu communautaire, mais avec aussi tout le réseau institutionnel et tout l'appareil gouvernemental. Donc, ça a été une politique assez, je pourrais dire... qui a assez d'envergure, même si l'action communautaire a souvent... Avec les gens, on parle de

l'action communautaire. Bien, les gens ne savent pas nécessairement ce que c'est, de l'action communautaire; alors, on va avoir l'occasion d'en parler.

On connaît les groupes communautaires ou les organismes communautaires parce qu'ils ont... parce qu'on y a peut-être fait référence dans notre quartier ou dans notre milieu, on a eu besoin d'une ressource particulière. Alors, c'est souvent comme ça qu'on reconnaît ou on connaît l'action communautaire ou bien comme députés, d'une part, chacun dans nos circonscriptions. Tous les membres de la commission parlementaire, comme députés, ont des relations assez privilégiées avec les groupes communautaires de nos circonscriptions.

D'abord, la politique reconnaît l'autonomie des organismes. Ça, c'est absolument essentiel. C'est une politique structurante qui repose sur la concertation, d'une part. C'est l'aboutissement, dans le fond, d'une démarche qui a mobilisé le milieu communautaire, réseau institutionnel et l'appareil gouvernemental évidemment, pendant de longues années, et principalement les dernières années.

Elle jette, cette politique-là, ce qui est important, c'est qu'elle jette une base de relation entre le milieu communautaire et le gouvernement. On est, particulièrement en Santé et Services sociaux, qui est un ministère qui a été modèle, pour l'accès au communautaire, en tout cas, la relation avec l'action communautaire; on en reparlera tout à l'heure. Modèle veut aussi dire qu'il y a une tradition, une culture dans le ministère tel quel avec la relation avec les organismes communautaires. Ce qui fait aussi qu'on a besoin aussi d'ajuster notre tir aussi par rapport à la politique de reconnaissance.

Je rappelle que la politique de reconnaissance, c'est... je pourrais dire, le titre de cette politique-là, c'est L'action communautaire: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et du développement social du Québec.

C'est pourquoi que, la dernière fois, j'avais des questions plus particulières sur le développement social, mais l'action communautaire vient camper aussi toute la partie du communautaire dans le développement social du Québec. Concrètement, dans le fond, ce qu'on peut dire, autant que ça jette des nouvelles bases de relation entre le milieu communautaire et le gouvernement, mais on reconnaît aussi par cette politique-là l'apport des organismes communautaires au développement social du Québec.

Elle vise particulièrement, cette politique-là, à structurer les programmes gouvernementaux et à harmoniser les pratiques que nous avons dans le quotidien de nos différents ministères, ce n'est pas juste Santé et Services sociaux, qui est l'ensemble des ministères, mais particulièrement Santé et des Services sociaux, puis on reviendra tout à l'heure.

Ce qui veut dire, dans le fond, il y a quatre aspects importants: valoriser, promouvoir et soutenir l'action communautaire dans son ensemble. Valoriser, soutenir et consolider l'action communautaire dite autonome — on en reparlera — et assurer la consolidation des organismes à travers l'établissement de balises nationales pour tous les ministères et reconnaître et soutenir évidemment toute la partie de l'action bénévole.

Au Québec, nous avons plus de 8 000 organismes communautaires, dont près de 5 000 que nous

soutenons un peu plus financièrement comme équipe gouvernementale. Il y a des milliers de personnes qui y travaillent, vous le savez, 1 million de bénévoles qui agit à travers le Québec dans différents domaines, que ce soient les secteurs communautaire, culturel, environnemental, domaine de la santé, la jeunesse, les femmes, les aînés, le domaine sportif et loisirs, habitation, l'éducation, la famille. C'est aussi venir en aide aux personnes handicapées, c'est aussi la lutte à la toxicomanie, à différents problèmes sociaux. Ça aide les jeunes en difficulté, les personnes démunies telles quelles, l'aide à l'itinérance, la prostitution, les travailleurs de rue, pour contrer la violence. En tout cas, on pourrait énumérer plusieurs aspects de notre société où les organismes communautaires viennent donner une aide plus que ponctuelle, mais viennent vraiment donner des ressources qui sont illimitées, je pourrais dire.

La politique évidemment ne... on aura parlé de soutien financier, c'est pour ça qu'on va en parler tout à l'heure avec le ministre. Le financement a été quand même assez adéquat, mais il y a des grandes demandes dans le milieu communautaire, particulièrement de vouloir financer les organismes communautaires autonomes dans leur mission de base et leur mission globale.

Il y a trois modes de soutien financier qu'on connaît bien. Le ministère de la Santé et Services sociaux les connaît bien. Ce n'est pas évident dans l'ensemble de l'appareil gouvernemental. Il y a un soutien financier qu'on a mis sur pied particulièrement, là, pour la mission globale telle quelle, donc le financement de base des organismes communautaires; celui par ententes de services; et l'autre, qui est par projets. Ce sont trois façons de financer les organismes communautaires. Évidemment, les organismes communautaires autonomes ont beaucoup revendiqué, exigé à ce que le financement puisse être d'abord et avant tout un financement de base, donc leur mission globale de base. Il y a beaucoup de ministères et il faut quand même prendre... il faut quand même, en tout cas, je pourrais dire, s'assurer, par rapport à la Santé et Services sociaux, que la majorité du financement doit être particulièrement financement de base, que celui des ententes de services et celui de par projets... par la nouvelle politique de reconnaissance. À l'époque, moi, je m'étais engagée à ce que l'ensemble des nouveaux budgets ou des nouveaux investissements se fasse particulièrement à la mission globale, la mission de base.

La politique aussi nous amène à ce que les organismes communautaires puissent s'enligner particulièrement vers un ministère-parrain, donc un genre d'accréditation vers un ministère. Parce que vous savez que plusieurs de vos organismes, comme membres de la commission parlementaire, souvent ont à remplir beaucoup de papiers, remplir beaucoup de documents pour avoir du financement et du financement par projets, d'une part, mais beaucoup de financement. Ce qui fait qu'ils pouvaient faire appel au ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Éducation, ministère de la Culture, bon, différents ministères. Avec la politique de reconnaissance, on s'est donnés trois ans — nous sommes dans la troisième, la dernière année — alors je vais vouloir entendre le ministre tout à l'heure, comment on voit cette dernière année là et la suite des choses.

Pendant tout ce processus-là, évidemment, c'est important de s'assurer que le soutien financier puisse se faire vraiment par la mission globale de base mais d'être accrédité par un ministère. Donc, il a fallu faire tout le transfert de ces ministères-là — je vais revenir tout à l'heure — transfert des organismes pour arriver à un ministère-parrain. Ce ministère-parrain-là, ça s'est fait toute l'année dernière. Donc, comme députés et membres de l'Assemblée, nos organismes communautaires devront remplir des formulaires, particulièrement à un ministère tel quel pour avoir le financement de base. Rien n'empêche qu'ils puissent avoir du financement par les autres ministères, mais par des financements par projets. Par contre, de base, c'est important qu'ils puissent payer leur loyer, leur électricité, toutes les ressources qu'ils ont besoin pour fonctionner, pour vivre, pour donner de l'avant... donner ces ressources-là à leur communauté. Donc, le financement de base est absolument essentiel, et je m'en fais la porte-parole à ce niveau-là particulièrement.

Le financement maintenant. J'écoutais le député de Laval-des-Rapides, voilà deux jours, qui a posé une question au ministre de la Santé et des Services sociaux particulièrement sur les organismes communautaires. Je n'ai pas relevé ce qu'il a dit, mais on a établi le financement triennal, c'est-à-dire pour trois ans. Le ministère de la Santé et Services sociaux, ça fait un bout de temps qu'il avait le financement triennal. Mais ce n'est absolument pas comme ça dans l'ensemble des autres ministères pour les organismes communautaires. C'est donc d'avoir un financement pour trois ans. Donc, ça aide les organismes communautaires à ne pas revenir à chaque année et remplir les formulaires puis remplir tout ce qu'il y a... Donc ça, ça fait partie de l'harmonisation avec l'appareil gouvernemental pour alléger le fardeau des organismes communautaires qui font des demandes de subventions, d'une part.

Évidemment, vous en avez parlé, le ministre de la Santé et Services sociaux en a parlé un petit peu la dernière fois qu'on s'est rencontrés, voilà deux jours, particulièrement sur la reddition de comptes. Évidemment, les organismes communautaires étaient en accord. J'entendais le député de Laval-des-Rapides dire que, maintenant, il y a de la reddition de comptes. C'est une lutte, je pense, c'est une dure bataille qui s'est faite pendant les dernières années pour arriver à s'entendre avec le milieu communautaire pour avoir cette reddition de comptes là, parce que le milieu communautaire, l'action communautaire se disent et disent souvent: Nous, on donne des services ou on donne des ressources à la population, on n'a pas besoin de l'État pour nous dire quoi faire nécessairement. Vous l'avez entendu, plusieurs d'entre vous et tous les gens qui travaillent avec le milieu communautaire. Même si c'est passionnant, travailler avec le milieu communautaire, il reste que parfois il y a certains petits irritants, qui est celui de la reddition de comptes. Donc, quand on reçoit de l'argent de l'État, évidemment il faut aussi avoir une reddition de comptes. Donc, ça, c'est en place. C'est en place dans la nouvelle politique de reconnaissance.

● (9 h 50) ●

Évidemment, je m'étais engagée particulièrement, moi, à l'époque, que les nouveaux investissements, soit particulièrement aux groupes communautaires autonomes,

dits autonomes... parce qu'il y a plusieurs groupes communautaires qui ne sont pas nécessairement autonomes, c'est-à-dire qui font directement... une collaboration directe avec l'État, particulièrement Santé et Services sociaux, que ce soient des maisons des greffés, des centres de toxicomanie, bon, peu importe, qui, eux, particulièrement connaissent déjà leurs clientèles. Ils ont déjà des subventions bien attachées avec le client ou avec le dispensaire du service, n'ont pas vraiment besoin d'aller chercher du financement autre que ce que l'État leur donne. C'est souvent de l'action communautaire qui sont par ententes de services avec le gouvernement.

Ce n'est pas la même chose dans les groupes d'action communautaire autonomes qui, eux, c'est absolument important, même si souvent ils demandent à la hauteur... la hauteur de leurs demandes est parfois grande — effectivement, il y a des grands besoins — mais, en même temps, c'est absolument important qu'ils conservent cette autonomie-là, c'est-à-dire de l'argent de l'État qu'ils peuvent recevoir, mais en même temps d'avoir un pourcentage d'argent. Et ça, c'est en discussion à savoir quel est le pourcentage pour qu'ils puissent s'assurer que la population puisse intervenir, les entreprises, les gens du milieu puissent aussi contribuer financièrement pour venir aider le groupe communautaire.

Donc, s'il y a une hauteur, je vous donne un exemple, si le financement d'un groupe communautaire peut se retrouver à 60 % de subventions de l'État, c'est une hauteur qui est à discuter. Mais il y a 40 % qu'il est absolument fondamental qu'il vienne du milieu, du milieu de vie où l'organisme communautaire est pour faire participer la population. Parce que, c'est là la base et, je pourrais dire, la source même du dynamisme d'un groupe communautaire.

Maintenant, évidemment il arrive parfois qu'on a, avec les organismes communautaires, davantage le goût de faire des ententes de services, ce qui arrive parfois aussi par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Donc, du financement par ententes de services, du financement par projets. Le milieu communautaire demande de plus en plus qu'on puisse financer leur mission de base principalement. Donc, c'est sûr qu'il y a des interrogations qui doivent se faire au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux par rapport à cette forme de soutien financier et de vouloir développer davantage le soutien financier en rapport à leur financement de base ou à leur mission globale, qui est davantage plus importante que ententes de services et par projets.

Maintenant, je peux quand même dire que la dernière année a été une année assez mouvementée au niveau de l'action communautaire, particulièrement pour le transfert des organismes. Alors, le ministère de la Santé et des Services sociaux est celui qui a le plus d'organismes communautaires au Québec. Il y a différents chiffres qui vont de l'avant. Je veux peut-être écouter ceux du ministre tout à l'heure, mais, nous, on avait avancé à l'époque 3 500 organismes à peu près qui sont soutenus par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Donc, sur 8 000 organismes au Québec dont 5 000, 6 000 qui sont financés par le gouvernement du

Québec — donc, c'est plus de la moitié en Santé et Services sociaux — donc, il y a une importance capitale, je pourrais dire, de toute la philosophie du développement communautaire du Québec. La santé et services sociaux évidemment a été un modèle de comment travailler en étroite collaboration avec le ministère, le réseau institutionnel, l'appareil gouvernemental, avec les groupes communautaires.

Je pourrais vous dire que j'ai reçu, les dernières années, beaucoup de critiques. J'ai eu à travailler avec mes collègues à ce niveau-là, particulièrement au niveau des organismes communautaires dans la santé et services sociaux. J'imagine que vous les avez rencontrés à date, sinon, bien, on se reparlera quand même tout à l'heure. C'est un apport, je pourrais dire, très important pour le Québec, mais aussi tout le développement de l'action communautaire dans la santé et services sociaux.

Si vous détenez plus de la moitié des groupes communautaires, évidemment je pense qu'il y a des ressources absolument importantes à y mettre pour faire la suite des choses pour développer l'action communautaire au Québec. Plusieurs critiques étaient particulièrement celles... Bon. Parce que c'est des enveloppes qui sont régionalisées et, dès qu'il y a de l'investissement de l'argent, comment on répartit les choses... l'inéquité entre les régions, d'une part.

Vous savez, il y a des organismes communautaires qui se retrouvent avec... la hauteur de leur financement peut être de 4 000 \$ et il y en a d'autres qui sont à 300 000 \$. Alors, vous imaginez le travail qui doit se faire pour réussir à garder un équilibre entre les organismes communautaires et le financement qui va avec les organismes communautaires. Bien, il faut s'assurer aussi, avec le milieu communautaire, de voir comment on peut mieux répartir, plus répartir les investissements qui se feront, mais surtout aussi d'essayer d'aller trouver ce qu'on appelle particulièrement un plancher au niveau du financement des organismes communautaires.

Qu'est-ce que c'est, de base? Quel est le montant de base que la Santé et Services sociaux compte mettre de l'avant pour s'assurer que tous les organismes communautaires du domaine, du secteur de la santé et services sociaux aient un minimum pour leur financement de base et leur mission globale? Alors, ça, c'est une question que je poserai particulièrement au ministre tout à l'heure, d'une part.

Il y a aussi des problématiques qui se sont vues à Santé et Services sociaux, particulièrement pour la partie des CLSC, dans le sens que la collaboration immédiate se fait avec les régies régionales par une enveloppe qui est le SOC — on se reparlera tout à l'heure — mais il reste que, je pourrais dire, le travail quotidien, la collaboration quotidienne se fait beaucoup aussi avec les CLSC. Et le ministère de la Santé et des Services sociaux avait, à l'époque — c'est pour ça que je vais revenir avec M. le ministre tout à l'heure — à l'époque, voulu parler de partenariat avec le groupe communautaire, mot indigne pour le milieu communautaire, mot qu'on ne doit pas employer avec le milieu communautaire; c'est une collaboration, puis je pense que c'est important de le garder ainsi. Et souvent, il y a un terme qui a galvaudé un peu partout, je pourrais dire,

dans le milieu communautaire face à l'institution ou face au gouvernement, c'est celle de faire du «cheap labor», qui est un terme qui est souvent utilisé mais qui agace évidemment le milieu communautaire. Ce n'est pas parce qu'ils sont parfois sous-financés ou qu'ils n'ont pas toutes, je pourrais dire, les ressources gouvernementales qu'ils ne peuvent pas faire de l'excellent travail. Je pense qu'on en convient tous, qu'ils font de l'excellent travail. Mais il faut aussi, comme gouvernement, réussir à, je pense, les reconnaître à la hauteur de ce qu'ils sont et reconnaître aussi la mission qu'ils peuvent faire au niveau de l'ensemble de la société québécoise.

On a aussi une autre partie que la Santé et Services sociaux doit être en collaboration, celui avec le SACA tel quel, qui est le Secrétariat d'action communautaire autonome, qui est sous la responsabilité de votre collègue le ministre de la Solidarité sociale, la partie du SACA. On a effectivement, dans tout le transfert des organismes, les 5 000 organismes qui ont dû aller de l'Éducation à la Santé, de Santé à la Culture, bon, de toutes les formes, là, pour savoir quel est le ministère qui correspond le plus à leur mission de base. Donc, ça a été tout un travail de transfert assez énorme.

Evidemment, tous les groupes de défense collective des droits sont maintenant sous la responsabilité, la coordination, je pourrais dire, parce que ce n'est pas la responsabilité comme telle, c'est des groupes autonomes, mais qui sont sous la responsabilité et la coordination du SACA. Donc, normalement, dans les groupes de santé et services sociaux, les groupes communautaires à la santé et services sociaux, les groupes de défense de droits, il va y avoir des discussions qui vont se faire pour davantage... durant la prochaine année, pour les diriger vers le SACA.

Il y a des groupes de défense de droits, je parle de ceux des femmes, bon, il y en a plusieurs, qui préfèrent rester à la Santé et Services sociaux. Il y a eu beaucoup de discussions à l'effet que, quand vous déménagez, quand vous allez vers un autre ministère, l'argent suit. Alors, évidemment, on maintient les acquis, et tout ça. Alors, il y a eu beaucoup de discussions à la Santé et Services sociaux à faire cet exercice-là laborieux. Et je pense qu'on est encore en plein dedans parce que c'est le début, malgré tout, de ces transferts-là.

Je pourrais vous dire aussi, au niveau du SACA, tous les organismes qui ont plusieurs missions qui se retrouvent autant à la Santé, autant ils peuvent se retrouver à la Culture ou ailleurs, si on les appelle les «sans port d'attache», ceux-là sont vraiment à la Santé et Services sociaux. On me dit que je suis vers la fin.

Le Président (M. Copeman): En conclusion, oui.

Mme Léger: Je termine avec évidemment le comité interministériel qui fait partie de l'ensemble de l'action communautaire. Donc, il y a des membres que je reconnais ici, qui font partie de cette action pour aider le milieu communautaire à avoir une meilleure relation avec le gouvernement, donc le comité interministériel. J'espère que le ministre pourra, tout à l'heure, un petit peu, me glisser s'il participe toujours et si leur collaboration va être encore plus étroite avec le SACA.

Alors, je reviendrai avec toutes les questions parce que j'en ai plusieurs à donner au ministre, par rapport particulièrement à tout ce dossier de l'action communautaire.

Le Président (M. Copeman): Je n'en doute pas, Mme la députée. Merci beaucoup. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour un maximum de 20 minutes.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. J'aimerais saluer à nouveau ma consœur députée de Pointe-aux-Trembles que j'ai plaisir à retrouver ce matin, Mme la députée de Lotbinière, aujourd'hui, vous voyez, je ne l'oublie pas, et certainement mes collègues députés ministériels dont la participation a été particulièrement active, je crois, dans cette commission et que je remercie beaucoup pour leur contribution.

Nous abordons donc aujourd'hui l'étude des crédits du programme 2 et, dans le programme 2, plus particulièrement les éléments 3 et 4 qui concernent le Soutien des organismes communautaires et les Activités connexes du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2003-2004. J'aimerais ici faire quelques courts commentaires.

● (10 heures) ●

Les organismes communautaires offrent une diversité de services dans les secteurs de la santé et des services sociaux, que ce soient des services d'écoute, d'entraide, d'hébergement pour femmes violentées, de réhabilitation, de désintoxication, et j'en passe — Mme la députée a également décrit ces activités — et il est certain, et tous le reconnaissent, que ces organismes contribuent de manière significative à l'amélioration de notre qualité de vie et au développement social au Québec. Je pense que l'unanimité est faite à ce sujet.

J'aimerais ici prendre quelques instants pour vous parler de quelques organismes communautaires qui sont dans mon comté. On en a tous, on est tous des députés ici, autour de la table, et on a tous des organismes communautaires. Moi, je viens du comté de Mont-Royal qui, comme je l'ai dit lors de mes remarques d'introduction, comprend le quartier Côte-des-Neiges de Montréal, qui est un quartier extrêmement défavorisé. Alors, j'ai eu l'occasion de rencontrer ces gens qui sont des gens extraordinaires et très dévoués et qui font des grandes choses pour les gens les plus démunis de notre société, par exemple le groupe PROMIS dirigé par soeur Ménard, qui est une ancienne missionnaire du Japon qui est revenue ici et qui a commencé, dans une pièce d'appartement, à accueillir les immigrants, qui aujourd'hui se retrouve avec une organisation très bien rodée, qui est titulaire de l'Ordre national du Québec, titulaire de l'Ordre du Canada et qui a fait énormément pour notre société, et je profite de l'occasion aujourd'hui pour lui rendre un hommage particulier; également, le groupe Genèse, qui s'occupe de la défense des droits des locataires, surtout dans le problème des logements sociaux ou à prix modique; le Baobab du souper familial — c'est un nom intéressant — où on regroupe des familles d'immigrants qui sont arrivées et qui se trouvent dans un état

d'isolement assez prononcé autour d'une table commune pour leur permettre de faire des liens. Il y a le groupe Multi-écoute, qui sert à donner des services d'écoute en situation de crise aux immigrants — encore une fois, on sait que le quartier Côte-des-Neiges de Montréal est celui où la vague d'immigration est la plus forte année après année à Montréal; le groupe Multi Caf, qui donne des repas à prix modiques pour des gens défavorisés; le groupe OEIL, qui sert à vérifier le problème des logements insalubres.

Et j'ai eu l'occasion d'aller avec eux visiter deux de ces logements dans le quartier Côte-des-Neiges puis aussi dans Parc-Extension, où on a des familles immigrantes — j'ai trouvé ça absolument effrayant — qui viennent souvent du sous-continent indien, Inde, Bangladesh, Pakistan, qui paient 450 \$, 500 \$ de loyer par mois pour des logements où il y a des champignons qui tombent du plafond, des écoulements d'eau, un tiroir plein d'eau et de cadavres d'insectes dans la cuisine. J'ai trouvé ça absolument révoltant que, dans une société comme la nôtre, on ait encore à faire face à des situations semblables.

Il y a également l'organisation Mountain Sights, qui garde les enfants des immigrants, qui leur permet d'apprendre le français, qui aide à ces enfants à faire leurs devoirs après l'école. Il faut réaliser qu'une famille d'immigrants qui arrive chez nous, qui ne parle pas la langue, l'enfant est tout de suite envoyé à l'école puis il arrive le soir avec ses cahiers pour faire ses devoirs: Maman, veux-tu m'aider à faire mes devoirs? Bien, maman, elle ne comprend pas les devoirs; elle n'est pas capable de lire le cahier de devoirs. Alors, voilà le genre d'activités qui se font par les organismes communautaires, et je tenais à prendre quelques minutes pour témoigner de mon admiration pour ce qui se fait dans ces bureaux-là.

Une section particulière de la Loi sur les services de santé et les services sociaux définit ce qu'on entend pas les organismes communautaires et précise que ceux-ci définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches. C'est ce à quoi on faisait allusion tantôt en parlant de l'autonomie des groupes communautaires et du fait que la loi permet actuellement un mécanisme d'introduction ou de reconnaissance de ces groupes-là. Il va falloir peut-être rediscuter cet aspect des choses, compte tenu de certains aspects que je discuterai plus tard au cours de la matinée. Ces organismes communautaires apportent une contribution alternative et essentielle à notre système de santé et de services sociaux. Nous respectons l'autonomie du milieu communautaire en ne nous immisçant pas dans la détermination des missions propres aux organismes. D'ailleurs, la loi offre certaines garanties en définissant les critères d'admissibilité et d'attribution des subventions — on y faisait allusion tantôt.

Le programme Soutien aux organismes communautaires existe depuis 1973. Et, si je peux me permettre de donner ici une perspective historique qui, je pense, sera intéressante pour les membres de la commission et pour le public, en 1973, il y avait 31 organismes communautaires financés au Québec avec un financement moyen par organisme de 38 224 \$. On se retrouve maintenant... Et là j'ai les chiffres pour 2002-2003, on n'a pas encore finalisé les chiffres pour

2003-2004, mais, pour 2002-2003, 3 110 organismes, près de 100 fois plus finalement qu'en 1973, mais un financement par organisme qui est de 87 195 \$. Donc, on a augmenté par 100, par un facteur de 100 le nombre d'organismes communautaires et, le financement, à peu près du double ou un peu plus du double.

Alors, est-ce qu'on a une réflexion à se faire ici, autour de la table et dans le public? Est-ce qu'on n'est pas en train de créer des situations de difficultés et de misère financière, entre guillemets, en ajoutant de plus en plus d'organismes année après année pour un effort budgétaire qui est quand même important? En 2002-2003, le gouvernement du Québec a investi 271 175 000 \$ pour le soutien aux organismes communautaires. En 2003-2004, c'est 280 930 000 \$, soit une augmentation de plus de 4 %, ce qui est quand même appréciable compte tenu de l'effort général d'augmentation de dépenses du gouvernement. Mais je pense qu'il faut retenir cette évolution avec le nombre d'organismes et puis l'évolution du financement moyen par organisme. Je pense que c'est un élément de réflexion qui mérite réflexion.

La gestion des organismes communautaires a été décentralisée, pour plusieurs d'entre eux, en 1994 avec les trois objectifs suivants: reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires; offrir le soutien et l'information nécessaires aux organismes en question; et apporter à ces organismes également un soutien financier. Donc, en 2002-2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux consacrait plus de 274 millions à 3 110 organismes communautaires. Et on note que 75 % des fonds publics consentis à des organismes communautaires, tous ministères et organismes gouvernementaux confondus, provient du ministère de la Santé et des Services sociaux. Et, si on regarde particulièrement les sommes accordées dans le cadre du financement de la mission globale, à laquelle faisait allusion Mme la députée, 78 % des sommes totales accordées par le gouvernement du Québec en appui à la mission globale et 71 % des organismes communautaires soutenus en mission globale par le gouvernement du Québec sont, je dirais, dans le giron du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Donc, pour l'année financière 2003-2004, alors que l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement augmentent de 3,8 %, le taux de croissance pour le programme Soutien aux organismes communautaires atteint 4,32 %. Bien que cette augmentation soit significative, nous ne prétendons pas qu'elle corresponde à celle souhaitée par les organismes communautaires. On sait que les demandes des organismes communautaires actuellement en termes de financement, via leurs représentants, avoisinent les 200 millions de dollars supplémentaires, soit près du double de ce qu'on accorde actuellement dans le financement.

Parlant du financement, on a fait allusion tantôt à la politique cadre ou financement triennal qui avait été débuté, je pense, lorsque madame était ministre déléguée du secteur. Il faut réaliser que le financement triennal existe au niveau gouvernemental général, mais les organismes individuels ne bénéficient pas encore d'un financement stable de type triennal. Qu'on me corrige si ce n'est pas le cas, mais, ceux que j'ai rencontrés, ils ont des financements à aller chercher

chaque année individuellement. Et on pourra peut-être me donner des contre-exemples, mais il n'y a pas un seul organisme que j'ai rencontré à Côte-des-Neiges qui avait un financement triennal.

Il y a eu effectivement un ajout de sommes pour le financement des organismes communautaires à partir de 2001-2002, on parle de 50 millions de dollars, mais, malheureusement, tout ça se termine. Tout ça se termine cette année. Alors, je serais intéressé d'entendre Mme la députée me dire qu'est-ce qu'ils pensaient faire, eux autres, après 2003-2004. C'était quoi, le plan? Parce que, maintenant, on doit assurer la récurrence de cette somme-là. On ne peut pas laisser en plan ce qui a été fait. Quel était le plan? Il devait y avoir une philosophie derrière ça, puis je serais heureux de l'entendre, ou est-ce qu'on avait décidé que ce serait, par définition, non récurrent? De la même façon, il devait y avoir, par l'ancien gouvernement, un plan d'action déposé au printemps, mais il n'a pas été déposé, le plan d'action. Alors, on est encore en train de faire des travaux et des réflexions.

Je tiens à rassurer cependant la porte-parole de l'opposition officielle sur le fait que la situation des finances publiques ne compromet pas la réalisation de nos engagements en faveur des organismes communautaires. On a reconduit les sommes qui étaient prévues avec donc une augmentation de dépenses supérieure à l'augmentation générale des dépenses du gouvernement. La stabilisation de leur financement est une condition au maintien de leur qualité de services, et nous devons offrir à ces organismes un financement stable et adéquat. Toutefois, il est important de préciser qu'en vertu du principe de saine gestion publique qu'est la transparence nous demanderons à ces organismes, en contrepartie, une gestion transparente et imputable.

Je pense que le mot «partenariat», ce n'est pas un mot tabou; je pense qu'on devrait l'utiliser. Moi, je pense que c'est un très beau mot de la langue française. Si on veut lui accorder des connotations péjoratives ou de mainmise ou de contrôle, soit, mais ça ne correspond pas à sa définition dans le dictionnaire. Si on ouvre le dictionnaire, on regarde ce que ça veut dire, «partenariat», c'est plutôt positif comme définition. Et, si quelqu'un d'entre vous a un *Larousse* ou un *Petit Robert*, on le fera au cours de la matinée. Ce serait intéressant de voir qu'est-ce que ça veut dire, le mot «partenariat». Alors, lorsqu'on finance des organismes... Vous n'avez pas de dictionnaire, M. le Président? C'est triste. Lorsqu'on finance des organismes au sujet de missions ponctuelles ou d'objectifs définis, je ne vois pas en quoi le mot «partenariat» est rébarbatif, personnellement.

Alors, je vous remercie de votre attention et je souhaite que nous poursuivions, au cours de la matinée, des échanges aussi constructifs que ceux des deux derniers jours. Merci, M. le Président.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre, pour ces remarques. Alors, je suis prêt maintenant à céder la parole, j'imagine, à Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

● (10 h 10) ●

Mme Léger: Oui, merci, M. le Président. Alors, j'étais contente d'entendre le ministre me faire un peu le portrait d'où en est, je pourrais dire, l'action communautaire au Québec dans la santé et les services sociaux. Je vais vous relever la balle évidemment sur le partenariat. Je n'ai rien contre ce mot-là moi non plus, hein, sauf que je vous invite à la prudence avec le milieu communautaire parce qu'on parle plus de collaboration, qui est un terme important. Parce que, vous savez, au niveau de l'action communautaire, ce qui est important, c'est qu'ils ne veulent pas se substituer à l'État, d'une part, et ils ne veulent pas faire ce que l'État leur dicte de faire nécessairement. Donc, il faut quand même faire attention parce que le milieu communautaire lui-même a déjà l'expertise, parce qu'ils viennent du milieu. Alors, souvent, l'État, on a... Par tradition, parfois l'État dicte que c'est comme ça qu'on doit faire les choses: Bon, bien, maintenant, on met dans l'analphabétisation ou on met, bon, dans la lutte de n'importe quelle forme, et l'organisme a vraiment à s'ajuster à ça. Ça, vraiment, c'est pour ça qu'on arrive avec le financement par projets. Mais, je pense que c'est important, M. le ministre... Bien, ce n'est pas le mot, je pense qu'on s'entend sur le mot «partenariat», mais c'est un mot peut-être que vous pourriez éviter avec le milieu communautaire.

Crédits alloués à l'action communautaire

D'une part, je veux revenir au financement. Vous me parlez particulièrement... Bon, il y a eu du financement assez adéquat, les dernières années. On est partis, dans l'ensemble des ministères, de près de 270 millions à près de 500 millions, près d'un demi-milliard de dollars qui a été donné aux organismes communautaires. Donc, c'est un bond de plus de 55 %, là, qui s'est fait dans le milieu communautaire. Vous venez de me soulever, particulièrement en santé et services sociaux, le financement, vous me parlez particulièrement du 4 % de financement présentement, c'est-à-dire de 271 millions à 280 millions. Est-ce que ça veut dire que c'est l'investissement que vous avez cette année? Mais quelle sera-t-elle l'année prochaine, votre intention pour davantage investir? Vous connaissez les groupes, il y a des groupes qui sont... Je ne sais pas si vous les avez rencontrés. J'aimerais ça savoir si vous avez rencontré les groupes. Je vois, en tête, les TROC, qui sont des organismes qui demandent beaucoup. Leur hauteur de leurs demandes de financement la dernière fois était de 400 millions, juste en santé et services sociaux, vous imaginez la hauteur de cette demande. Et j'imagine que, bon, vous avez réfléchi à ces investissements-là.

Quand vous me parlez du 4 %, je veux quand même être sûre qu'on se parle de la même chose, là. L'année passée a été une année de transfert. Alors, quand il y a des organismes qui se sont retrouvés à aller vers santé et services sociaux, ou ceux de santé et services sociaux vers ailleurs, lors de toute la mécanique de transfert, est-ce que cet argent-là, c'est l'argent qui vient effectivement du transfert? Donc, vous ne pouvez pas me dire nécessairement que ça a été, je pourrais dire, une augmentation de l'investissement que vous faites au niveau des organismes communautaires de 4 %, c'est plutôt l'argent qui a suivi d'ailleurs pour venir

à la santé et services sociaux. J'aimerais ça que vous me précisiez cette information-là.

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

M. Couillard: Oui. Alors, plusieurs choses intéressantes... Je m'excuse, j'étais en train de me perdre dans des réflexions, là, fort intéressantes. L'augmentation de financement, il y a une partie qui est l'indexation, donc l'augmentation des dépenses des organismes existants, qui est pour plus de 6 millions de dollars. L'autre, c'est le réaménagement des crédits. Je suppose que c'est par là qu'on entend la présence de nouveaux organismes qui reviennent dans le giron du ministère ou la certification du financement de nouveaux organismes ou l'attribution de nouvelles missions à certains organismes, etc. Je pense que c'est un mélange des deux effectivement.

Je reviens sur le mot «partenariat». Vous savez que j'ai un amour particulier pour notre langue, puis c'est un de mes passe-temps de discuter de ses subtilités. Je regarde ici le document de mon prédécesseur, *Pour faire les bons choix*, que madame connaît certainement. Je lis un extrait: «Par ailleurs, d'autres formes de partenariat devront se poursuivre, notamment avec le milieu communautaire autonome.» Alors, je vois qu'on n'avait quand même pas peur des mots à l'époque, et j'espère que ça va continuer. Dans... Ici, j'ai le dictionnaire *Robert I*, page 1365: «partenaire: personne avec qui on est allié; personne associée à une autre pour la danse; personne avec qui on tient conversation; personne qui a des relations sexuelles avec une autre — non; pays avec lequel un autre pays a des relations et des échanges». Moi, je vois... En tout cas, je ne vois rien de négatif, là, dans tout ça. Alors, effectivement, il va falloir se poser la... Hein?

Le Président (M. Copeman): Ça dépend. Ça dépend de la définition qu'on choisit, M. le ministre.

M. Couillard: Oh! Allez-vous nous entraîner, là, M. le Président, sur un sujet fort glissant?

Le Président (M. Copeman): Ce n'était pas de mon intention. Allez-y.

M. Couillard: Alors, il s'agira effectivement de réfléchir à ce qu'on veut faire pour le financement. Il y a d'ailleurs plusieurs réflexions actuellement à l'intérieur du gouvernement. Et je pense que madame tantôt faisait allusion au comité ministériel avec les TROC, que j'ai rencontré d'ailleurs. Un organisme, les représentants très intéressants, on a eu une belle conversation il y a quelques semaines au cabinet de Québec. Ce comité va effectivement fonctionner. Cependant, il est apparu que le premier ministre, notre premier ministre, député de Sherbrooke, a donné le mandat à mon collègue du ministère de la Solidarité sociale d'assumer la responsabilité transversale des orientations du gouvernement dans ce qui est de l'action communautaire autonome, de sorte qu'il faudrait être prudents d'avoir une cohérence d'action et de réflexion. Et on va vouloir arrimer les travaux de notre comité avec celui de mon collègue, de façon à ce que les conclusions ne soient pas dissonantes. Il ne s'agirait pas d'avoir des orientations différentes,

alors qu'on tient au contraire à avoir une attitude transversale.

Mais je serais quand même intéressé — je n'ai malheureusement pas compris ou perçu la réponse: Qu'est-ce que le gouvernement précédent avait prévu après 2003-2004? Il y a certainement dû y avoir une réflexion, et, moi, ça m'aiderait de bénéficier de l'expérience de mes prédécesseurs au gouvernement. S'il y a des pistes de solution qui étaient envisagées, qu'on me les communique, et je pense que les membres de cette commission seraient extrêmement intéressés également à obtenir cette information. Et on pourra utiliser, j'espère, une partie de ces orientations ou la totalité, si elles sont valides, pour définir les nôtres.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Oui, merci, M. le Président. Évidemment, ça va me faire plaisir de m'asseoir avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. le Président, pour voir la suite des choses qu'on peut faire avec l'action communautaire. Comme nous sommes ici à l'étude des crédits, je pourrais prendre le temps de voir la suite des choses, les perspectives qu'on avait prévues. S'il veut s'asseoir avec un membre du Parti québécois, ça va me faire plaisir de lui dire un peu notre vision sociale-démocrate, notre vision progressive du Québec.

M. Couillard: Vous pouvez nous le dire aujourd'hui. Vous pouvez nous le dire tout de suite, madame.

Mme Léger: Ah! je peux vous en dire des bouts. Effectivement, il y avait des pistes de solution évidemment: de reconduire évidemment le financement et particulièrement d'arriver avec des balises nationales, que vous allez avoir cette année particulièrement, parce que ça s'est fait durant la dernière année. Le plan d'action est presque mis sur place, il était... C'est la campagne électorale qui nous a empêchés vraiment de le mettre à jour. Alors, je pense que vous pourrez vous asseoir avec le ministre de la Solidarité sociale. Le plan, il est déjà dans ses cahiers, il est prêt à être sur la table. Ça demande du travail de collaboration avec vous. Il y a toute la discussion et la réflexion sur ce que c'est, un plancher, et ça va être ma question avec vous particulièrement à ce niveau-là.

Je veux juste vous rappeler que... Vous avez beau avoir fait des définitions sur le partenariat, je vous rappelle et vous redis que le mot «partenariat» est pour moi très intéressant, et je n'ai rien contre ce mot-là; je vous dis juste d'être prudent, quand vous travaillez avec le milieu communautaire, particulièrement avec ce mot-là, parce qu'on n'a pas la même définition. Alors, vous pourrez apporter votre dictionnaire devant le milieu communautaire et dire ce que c'est, du partenariat, vous allez avoir des discussions pendant plusieurs heures avec le milieu communautaire. C'est tout simplement un avis.

Plan de financement de l'action communautaire

Je vais terminer, M. le ministre, si vous voulez bien. J'aimerais voir auprès de vous particulièrement...

Je vous ai demandé tout à l'heure... par rapport au 4 % que vous nous dites de financement, vous m'avez dit: Bien, effectivement, c'est l'indexation et puis la reconduction des crédits ou le réinvestissement par les crédits. Quelle est votre vision pour la suite des choses? Vous n'avez pas besoin de moi, comme députée du Parti québécois, pour vous dire ça, là. Qu'est-ce que vous allez faire, les prochaines années, pour développer davantage l'action communautaire et d'investir dans l'action communautaire? Quand vous voyez juste le TROC ou les organismes en santé et services sociaux qui demandent une hauteur de 400 millions, qu'est-ce que vous allez faire, comme ministre de la Santé et Services sociaux — ce n'est pas, moi, là, qui l'est, ministre de la Santé et Services sociaux, c'est vous — qu'est-ce que vous allez faire pour investir en action communautaire? Allez-vous investir en action communautaire? Allez-vous mettre des sous davantage en action communautaire pour les prochaines années qui viendront?

Le Président (M. Copeman): Dans cet esprit commun de partenariat, M. le ministre de la Santé.

M. Couillard: Ah! je vais terminer puis je promets que je termine sur le mot «partenariat», je n'en parlerai plus après. Je promets à Mme la députée de prendre toutes les précautions nécessaires dans tous les types de partenariats que j'établirais au cours des prochaines années, M. le Président.

Pour ce qui est de notre action, je pense que ce qu'il faut faire logiquement, c'est d'assurer d'abord la récurrence des sommes, hein? De façon logique, si... On veut bien continuer à financer plus, financer plus d'organismes, mais, si on fait ça d'un côté sans assurer la récurrence de ce qui est déjà là, on va accentuer le phénomène que j'ai décrit tantôt, qui est finalement quoi? Celui d'un appauvrissement individuel des organismes. Alors, je pense que la priorité devrait être donnée à la récurrence des sommes qu'on engage, qu'on avait engagées jusqu'à maintenant.

● (10 h 20) ●

Mme la députée fait état des demandes très élevées des organismes communautaires. Effectivement, elles sont très élevées, compte tenu de ce qui est déjà investi, compte tenu de l'ampleur des missions qui nous sont confiées et des financements qui y sont attachés. Dans nos échanges d'avant-hier, on notait qu'on avait beaucoup de priorités de financement. On les rappelle: les soins de proximité, la santé mentale, l'oncologie, les soins de santé et de services sociaux pour les populations autochtones. Voici les grandes priorités d'investissement, et celles-ci sont véritablement des priorités. Alors, il va falloir être prudent dans l'atteinte ou, je vous dirais, la fixation d'objectifs de financement accrus, quoiqu'on ne nie pas du tout, encore une fois, l'importance du milieu communautaire autonome. Mais, quand on me parle de faire passer d'un seul coup le financement des organismes communautaires autonomes de 280 millions de dollars à près de 500 millions de dollars, j'ai un peu de difficultés avec le concept, et je pense que, vous-même, dans le gouvernement précédent, vous aviez la même difficulté avec le concept en question.

Donc, les conversations vont se poursuivre. Le comité ministériel dont on faisait mention tantôt va se réunir à l'intérieur du ministère. Il y a également le comité interministériel, présidé par mon collègue de la Solidarité sociale, qui va assurer l'aspect le plus transversal possible des actions et des investissements, et tout ça va se faire sous l'égide du Secrétariat à l'action communautaire autonome, autrement connu sous le nom de SACA — on en a parlé tantôt — et bien sûr nous participerons à ce comité.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée.

Mme Léger: Oui, M. le Président. Tout à l'heure, vous m'avez dit que la hauteur, la moyenne... en tout cas, vous avez 3 110 organismes. J'avais parlé, moi, d'une moyenne de 3 500, donc je suis contente d'avoir le chiffre actuellement, mais... malgré qu'il est évolutif, là, je sais que ce n'est pas toujours très, très campé parce que ça bouge beaucoup dans le milieu communautaire. Vous parlez de la hauteur des groupes, de 30 et quelques à aujourd'hui 3 000. Bon, c'est sûr que c'est à la hauteur des besoins aussi, mais effectivement parfois il y a du dédoublement. Alors, il y a eu beaucoup de travail qui s'est fait les trois dernières années pour réussir à ce que les gens n'aient pas nécessairement la même mission. Je le vois dans ma propre circonscription, quand il y a un nouvel organisme qui arrive et qui vient me voir comme députée et qui me demande d'avoir du financement comme organisme, ma première réaction est toujours: Est-ce que vous avez été consultés le milieu communautaire de la circonscription avant tout? et d'avoir des lettres d'appui du milieu communautaire avant que ce soit un organisme communautaire qui a du financement, parce qu'il va voir qu'il va peut-être se frapper à un mur, qu'il y a un autre organisme qui fait le même travail ou qui fait un travail similaire. Il peut avoir une collaboration. Donc, c'est sûr que c'est important dans les prochaines années. Alors, j'invite le ministre, c'est sûr, de s'orienter davantage, pas dans le but d'avoir plus d'organismes, mais ceux qui sont là, de mieux les financer, d'une part.

Vous me faites une moyenne de 87 195 \$, c'est ce que vous m'avez dit tout à l'heure. Je veux juste que vous fassiez attention à ces moyennes-là. Ça ne veut pas dire que tous les organismes se retrouvent avec 87 000 \$ parce que c'est une moyenne, ça veut aussi dire... Je vous inviterais à regarder l'autre forme de moyenne qu'on a établie avec le SACA à l'époque aussi, qui est celle... parce qu'il y en a qui ont peut-être 5 000 \$ puis il y en a qui ont 300 000 \$, et, surtout à Santé et Services sociaux, il y a des organismes qui se retrouvent avec un montant de 200 000 \$. Alors, c'est sûr que, quand vous faites la moyenne avec celui de 3 000 \$, je veux dire, ça fait une moyenne de 85 000 \$. Alors, je vous invite à faire attention à ce niveau-là, pour la moyenne, mais ça nous donne quand même un ordre de grandeur, mais avec d'autres indices pour mieux rééquilibrer les choses.

Arrimage des priorités des organismes communautaires à celles du gouvernement

Vous parliez tout à l'heure de vos priorités, vous m'avez énuméré les priorités que vous avez: bon,

oncologie, bon, d'autres formes — on en a vu mardi dernier. Je pense qu'on est très content de ces priorités-là, mais quel est le rôle que vous allez attribuer aux organismes communautaires dans ces priorités-là?

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

M. Couillard: Bien, ce sera le rôle qu'ils ont actuellement, c'est un rôle de soutien et de... ah! j'ai failli utiliser encore le terme «partenariat», mais d'alliance. Qu'est-ce que vous pensez du mot «alliance» pour aider à nos gens du milieu, du réseau à remplir leurs missions? Je pense que c'est la façon dont on doit aborder la question.

C'est exact — puis je remercie la députée de ses remarques — qu'une moyenne, on doit la considérer avec attention. Mais, comme elle l'a dit elle-même, c'est quand même indicatif, il y a une tendance lourde, là. Quand même, si on regarde la moyenne par organisme entre 2001-2002 et 2002-2003, il y a eu une diminution de la moyenne en question. Donc, ça témoigne, quelque part, d'un phénomène, là, je dirais, d'appauvrissement relatif de certains groupes. Mais c'est certain qu'une moyenne... puis on est conscient qu'il y a des groupes qui sont très financés par rapport à d'autres.

Il y a également, pour expliquer l'augmentation du nombre de groupes... Et je suis content d'entendre que le gouvernement précédent avait fait l'effort d'éviter les duplications puis de faire un examen serré, et je suis également très impressionné de voir que la députée fait le même exercice dans son propre comté. Et je pense que c'est quelque chose qu'on devrait tous faire parce qu'on a énormément d'organismes communautaires qui viennent frapper à nos portes, et, avant de donner une réponse rapide de financement, ce qu'on veut toujours faire pour faire plaisir aux gens finalement puis leur donner ce qu'ils demandent, bien s'assurer qu'effectivement il n'y ait pas de duplication.

Pour ce qui est également de l'augmentation du nombre d'organismes, quand je parle qu'il y avait, en 1973, 31 organismes, je ne veux pas dire que maintenant il y en a nécessairement trop, parce qu'il y a de nombreuses missions auxquelles on n'avait même pas songé en 1973 qui sont maintenant remplies par les organismes communautaires. Alors, ça, c'est clair, mais je pense que la démarche est déjà commencée de vérifier la validité des missions qui sont proposées, de vérifier qu'il n'y ait pas de duplication, de vérifier que les sources de financement sont bien coordonnées, d'où l'intérêt d'une approche transversale interministérielle actuellement. Et je crois probablement que le gouvernement précédent, eût-il été réélu — ce qui n'est pas arrivé, heureusement pour nous et malheureusement pour eux — aurait probablement adopté la même attitude de transversalité ou de collaboration interministérielle dans l'approche au secteur communautaire autonome.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Oui, M. le Président. Je veux revenir avec vos priorités que vous m'avez dites tout à l'heure. Comment vous allez pouvoir faire la corrélation entre les besoins des organismes communautaires qui vont se manifester au fil des mois qui viendront et les priorités que vous avez au niveau de la santé et de

services sociaux? Est-ce que les organismes communautaires vont collaborer dans les priorités que vous avez? Si vous dites que vous avez une priorité particulièrement dans la lutte au tabac, bon, peu importe la forme de priorité que vous avez, si les priorités vont en fonction du ministère mais que vous n'allez pas non plus en fonction des priorités des organismes communautaires — les organismes communautaires en ont, des priorités, puis ils ont des besoins — est-ce que vous allez les écouter, les organismes communautaires, sur les besoins qu'ils ont, particulièrement en santé et services sociaux, qui est votre mandat, ou ils auront à s'adapter avec les priorités du ministère?

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

M. Couillard: Bien, la réponse à ça est double. D'une part, comme on va mettre énormément, j'espère, beaucoup plus d'investissements dans la question des soins de proximité à laquelle on a largement fait allusion au cours des deux derniers jours, donc maintien à domicile, soins de première ligne, etc., en nature même, si on fait ça, on sait qu'on va augmenter la pression sur les groupes communautaires. Donc, il va falloir tenir compte de ça et prévoir également un investissement parallèle pour les groupes communautaires autonomes qui assurent des rôles importants dans ces secteurs dans lesquels on investit. Si on fait plus de maintien à domicile, forcément il va y avoir plus de groupes communautaires mis à contribution. Puis, si on investit plus en santé mentale puis on veut qu'environ les deux tiers ou un petit peu moins des deux tiers de l'investissement en santé mentale soit pour la pratique en milieu communautaire, forcément on va mettre plus de pression sur les groupes communautaires. Et on va s'attendre à ce qu'ils fassent plus, et eux-mêmes, de façon légitime, vont s'attendre à être mieux financés.

Mais je dirai quand même qu'on s'attend également, puis là il n'est pas question du tout d'empiéter sur leurs prérogatives, mais on s'attend également que les organismes communautaires, surtout les nouveaux qui voudraient voir le jour, vont essayer d'avoir une cohérence ou vont vouloir être cohérents avec les priorités gouvernementales qui seront connues à ce moment-là parce que c'est là que les besoins les plus grands seront. D'autre part, il faut quand même mentionner que, si on parle de santé mentale et de soins de proximité, pour une large part, ça correspond à des activités prioritaires pour les groupes autonomes, les groupes communautaires autonomes. Je ne dis pas que ce n'est que ça qu'ils font, là, il y a beaucoup de ce qu'ils font qui est en rapport, de façon directe ou indirecte, avec ce qu'on peut appeler les services de proximité et la santé mentale particulièrement et même l'oncologie. Si on pense, par exemple, aux soins palliatifs et au maintien à domicile des personnes en fin de vie, bien, voilà un élément également où les groupes communautaires peuvent jouer un rôle.

Donc, encore une fois, on va s'assurer, puis de façon à être cohérents, d'abord qu'on assure la récurrence des sommes qui ont été engagées jusqu'en 2003-2004, il va falloir donc s'assurer de le faire, et on va tenir compte, lors du financement accru de certains volets de la mission santé et services sociaux, de l'impact sur les groupes communautaires autonomes

— on en est très conscients — et je suis certain de toute façon qu'ils nous en feraient part rapidement dès l'annonce d'un investissement, par exemple, en soins à domicile ou en maintien à domicile de plusieurs millions de dollars. Je suis certain que, le lendemain, le téléphone sonnerait puis les groupes communautaires nous diraient: Bien, comment on va faire, nous, pour absorber tout ce surplus d'activités?

On disait hier que le... C'était intéressant, on parlait hier avec Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve du programme de maintien à domicile où il y a, d'après la politique, pour rejoindre la moyenne canadienne en termes d'investissement par habitant en maintien à domicile au Québec, un investissement total étalé de près de 300 millions de dollars. C'est la politique de maintien à domicile qui est bien connue, qui est souhaitée et qui, semble-t-il, est avalisée par les gens qui ont étudié le problème. Si on prend un chiffre un peu inférieur de 285 millions de dollars d'investissement de plus en maintien à domicile, ça signifierait, de façon théorique, l'ajout de 7 000 postes à temps plein, en gros. Bien, les personnes... on sait qu'ils ne sont pas là, dans le réseau, les 7 000 postes en question, puis on n'aurait probablement pas de possibilité même de recruter les gens pour combler tous ces postes-là. Donc, ces postes correspondant à un besoin puis à une activité, il est certain que le mouvement communautaire va vouloir investir ces champs-là puis s'y intégrer de façon plus grande. J'emploie le mot «intégrer» avec prudence, là. Je veux dire y participer ou y collaborer avec plus d'activité. Puis on est très soucieux de ça.

● (10 h 30) ●

Donc, encore une fois, en conclusion: d'une part, s'assurer de l'impact et considérer l'impact sur les groupes communautaires, lorsqu'on investit dans les secteurs; d'autre part, je m'attends quand même quelque part à ce que les groupes communautaires, sans vouloir leur dicter leur conduite, recentrent leurs priorités de façon à ce qu'elles soient congruentes ou cohérentes avec les priorités d'action du gouvernement.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, ça termine ce bloc de trois minutes. J'imagine qu'on va revenir sur quelques-unes de ces questions. Mme la députée de Pontiac, maintenant.

Mme L'Écuyer: M. le Président, bonjour. Ma question s'adresse à M. le ministre. Je veux d'abord saluer le travail des organismes communautaires, les organismes de mon comté, mais aussi l'ensemble des organismes communautaires de la province. Ce sont des personnes qui s'impliquent très activement auprès de nos clientèles vulnérables, qui sont en complémentarité avec les services qui sont offerts par nos établissements. Ce sont des organismes qui permettent de donner une qualité de vie aux personnes qu'elles desservent. Ils ont permis de créer des sentiments d'appartenance. Ils brisent l'isolement autant de nos personnes âgées que de nos jeunes. Et je trouve tout à fait approprié de leur consacrer deux heures dans une commission. Et ça démontre l'importance que notre réseau attache et que le gouvernement attache à ces gens-là qui, sans compter les heures, se consacrent au bien-être des gens de leur communauté.

J'ai oeuvré pendant 20 ans auprès des organismes communautaires et je sais à quel point ça peut être exigeant. Je sais aussi à quel point on a tendance à les interpellier pour nous aider dans des distributions de services difficiles. Je sais aussi que souvent ce sont les seuls qui ont accès à certaines clientèles à cause du lien de confiance qui s'établit entre les personnes qui donnent les services dans la communauté et la personne qui a besoin d'aide. Et ça, pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est très important, d'une part parce que ça permet souvent d'éviter des situations de santé qui se détérioreraient auprès de certaines clientèles vulnérables.

Mesures visant à améliorer l'efficience administrative des organismes communautaires

Ceci étant dit, j'ai cependant plusieurs questions et interrogations quand je prends le temps de regarder un peu l'évolution de nos organismes communautaires. D'abord, les chiffres de 1973 à 2003 nous interpellent... de voir cette multiplication. Et je sais aussi, quand on parle de multiplication d'organismes communautaires, on doit regarder où se situe, dans la gamme de services qu'on a à offrir, ce créneau de distribution de services.

Les organismes communautaires qui veulent à tout prix maintenir leur autonomie... Et je n'ose plus utiliser le mot «partenaire», je vais prendre le mot «complémentarité», avec nous. Quand on parle de complémentarité, on essaie... À partir du moment où on est en situation de demande de financement, c'est tout à fait approprié que les gens qui contribuent à financer ou à permettre à ces organismes-là de s'organiser et de donner des services demandent une reddition de comptes. Et ce n'est pas que le gouvernement, parce qu'on n'est pas sans le savoir... que l'ensemble de nos organismes communautaires tirent leurs revenus d'une multitude de bailleurs de fonds. On peut penser à Centraide. Bien, laissez-moi vous dire que, Centraide, avant qu'il donne des argentés à un organisme communautaire, va aller sur le terrain, va aller vérifier que les argentés qui sont donnés à l'organisme communautaire sont bel et bien utilisés aux fins pour lesquelles il donne du financement. Et je peux vous nommer plusieurs bailleurs de fonds qui, avant de donner des argentés, vont exiger que l'argent donné est bel et bien pour un service direct à la clientèle.

J'ai toujours eu beaucoup de difficultés avec les commentaires des organismes communautaires parce que le gouvernement leur demandait des comptes. Tout à coup, on devenait les gens qui voulaient les encadrer, qui voulaient leur enlever leur autonomie, qui voulaient les empêcher de fonctionner. Et, à côté de ça, il y avait d'autres bailleurs de fonds qui leur demandaient des comptes, et c'était tout à fait correct.

Moi, pour avoir, comme je disais, travaillé avec ces gens-là pendant des années, je leur disais: Bien, écoutez, quand on vous donne du financement, c'est nos taxes. On ne peut pas donner comme ça sans leur demander. Et les débats durent, je pense, depuis les 20 dernières années et, à chaque fois qu'on leur en parle, ça devient... c'est difficile.

Moi, j'aimerais ça savoir, dans un premier temps, M. le ministre, quand on voit cette multitude

d'organismes communautaires là qui demandent des argentés, est-ce qu'on va continuer sans questionner ce qui se passe, est-ce qu'on va multiplier à l'infini, au gré des volontés des gens qui se regroupent? Parce qu'il faut être bien conscients que souvent, dans les organismes communautaires, c'est un groupe de personnes qui décident d'aller se chercher une charte et, tout d'un coup, vont donner des services ou se préparent à donner des services.

Quand on regarde dans nos comtés, moi, je regarde le comté que je représente, il y a plusieurs organismes communautaires, bien, on a fait une multiplication de structures administratives. Comme on est très autonomes, comme organismes communautaires, il ne faut surtout pas parler à l'organisme à côté pour voir s'il n'y aurait pas des mises en commun possibles à faire au niveau, que ce soit la gestion financière ou des choses comme ça, parce qu'on est très autonomes. Mais on est très autonomes dans cette façon de s'organiser. Et il ne faut pas leur poser des questions là-dessus.

Et je comprends que la loi est très restrictive dans notre capacité d'intervenir. Mais, moi, j'aimerais savoir si, dans les plans du ministre, on va, dans un premier temps, questionner ou faire une révision de ces articles de loi qui, dans le fond, permettent aux organismes communautaires ou empêchent, jusqu'à un certain point, les organismes communautaires — parce que je pense qu'il pourrait y avoir une question assez légale là-dedans — de faire ces mises en commun là pour qu'on puisse au moins s'assurer que l'ensemble des argentés sont mis au niveau des services, plutôt que des structures. Ça, c'est ma première question. Puis je reviendrai avec l'autre après.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, Mme la députée. M. le ministre.

M. Couillard: Bien, effectivement, et je pense qu'on y a fait allusion tantôt, l'effort, je dirais, de filtrage ou d'examen, là, des nouveaux organismes qui pourraient se manifester sera probablement plus serré que ce qui a déjà existé dans le passé. Et ça avait déjà été débuté d'ailleurs par le gouvernement précédent, s'assurer qu'il n'y a pas de duplication. Parce que, avec ce nombre d'organismes, de plus de 3 000, ça va prendre une bonne dose de coordination pour s'assurer qu'il n'y a pas de services qui sont donnés en double ou de façon, là, artificiellement ajoutés, alors que le besoin n'est peut-être pas nécessairement validé par le milieu.

Vous parlez de l'encadrement législatif, évidemment la grande partie de l'autonomie ou de la liberté qu'on donne aux groupes communautaires est encadrée dans la Loi médicale du Québec qui... D'ailleurs, on me dit que ces articles avaient été proposés par M. Marc-Yvan Côté alors qu'il était ministre de la Santé et des Services sociaux.

Alors, il n'y a pas lieu de revenir sur le caractère d'autonomie, encore une fois, de ces groupes communautaires. Mais on devrait peut-être songer à réexaminer le cadre législatif pour ce qui est du mécanisme d'introduction de nouveaux groupes, définition de priorités, etc. Je pense que, ça, ça devra faire l'examen d'une réflexion. Mais on n'a pas actuellement d'orientation précise dans ce domaine-là.

Mais c'est certain que, si on constate la tendance en termes de nombre de groupes de défense publics, bien, il faut avoir à un moment donné un regard, je dirais, plus perçant et plus précis sur ce qui est en train de se passer, surtout qu'on s'engage déjà à la récurrence de sommes qui sont importantes, qu'on a des demandes encore plus importantes qui sont présentées à nos tables. Il ne serait pas responsable de notre part de ne pas examiner tous les aspects de la question.

Mais, encore une fois, on n'a aucun plan précis actuellement pour modifier la Loi médicale. On va juste s'assurer qu'il n'y a pas dans la loi, telle qu'elle est écrite actuellement, d'éléments qui viendraient en contradiction avec un sain exercice de gestion et de vérification pour ce qui est du nombre de groupes qui seraient autorisés ou financés.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, Mme la députée.

• (10 h 40) •

Mme L'Écuyer: Quand on parle de la quantité d'organismes communautaires que nous retrouvons en 2003 et qu'on sait aussi qu'on a l'émergence de nouveaux besoins de support dans la communauté, on n'a qu'à penser à la problématique du sida, tout en étant bien conscients que les organismes communautaires sont très souples, s'adaptent relativement bien aux nouvelles problématiques qui se présentent sur un territoire, j'aimerais... et je ne veux pas de réponse aujourd'hui, là, mais, quand je regarde de 1973 à 2003, est-ce que l'ensemble des organismes de 1973 qui étaient présents, les 30, sont encore aujourd'hui là? On a un écart de presque 30 ans. Et est-ce que, dans 30 ans, il n'y a aucun de ces organismes communautaires qui s'est dissous pour la création d'un nouvel organisme pour répondre aux besoins d'aujourd'hui? Et je pense que c'est tout à fait approprié dans la révision de ce qui se vit au niveau de la croissance des organismes communautaires. Autant au niveau de la santé et des services sociaux on a à prioriser et à s'adapter aux nouvelles problématiques, je pense que ce serait une démarche intéressante avec les organismes communautaires de réviser, avec l'ensemble de ces organismes-là, est-ce que, aujourd'hui, tout le monde est encore pertinent?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre. Oups! allez-y, madame, oui. Excusez.

Mme L'Écuyer: J'aimerais savoir: Dans votre vision et dans la façon de prévoir le financement, est-ce que c'est un volet que le ministère va regarder?

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

M. Couillard: Oui, bien, ça fait partie des travaux de réflexion qui vont être menés de façon interministérielle. On va s'attarder à la question de la pertinence encore une fois pour la non-duplication. Mais il faut quand même, encore une fois, noter qu'il y a des besoins nouveaux, qui n'étaient pas même imaginables il y a quelques années.

Vous parlez du problème du VIH. Bien, en 1973, 1975, 1976, moi, je me souviens d'avoir été dans

les hôpitaux quand les premiers cas se sont manifestés au début des années quatre-vingt à Montréal, puis on se demandait tous: Qu'est-ce qui est en train d'arriver? Puis jamais personne n'aurait pu prédire, là, le fait qu'on ait à répondre à un aussi grand nombre de malades dans des conditions aussi difficiles en l'espace de quelques années. De sorte qu'on ne peut actuellement prévoir quels seront les besoins dans cinq, 10, 15 ans, 20 ans. Et il serait très téméraire, à mon avis, de vouloir encadrer de façon trop rigide, là, le processus de nouvelles activités, compte tenu de l'incertitude dans laquelle on est.

Prenons, par exemple, les problèmes de santé publique auxquels nous sommes maintenant confrontés. L'exemple récent de la pneumonie atypique, si on avait une épidémie importante et qu'il fallait garder les gens à domicile en quarantaine, en maintien à domicile plutôt qu'en milieu hospitalier pour éviter les contagions, voilà ce qui augmenterait, je pense, la pression sur certains groupes communautaires. Le virus du Nil occidental auquel on a fait quand même un examen... duquel on a fait un examen hier qui était intéressant, qui montre qu'il s'agit d'une situation encore très rare heureusement, et qui ne devrait pas faire l'objet d'une inquiétude de la part de la population. Mais ça montre qu'il y a des nouvelles menaces à la santé qui se présentent maintenant, qui n'étaient même pas envisagées il y a quelques années.

Alors, soyons prudents, laissons-nous quand même beaucoup de latitude pour permettre qu'on réponde le plus efficacement possible à ces nouveaux besoins.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, Mme la députée.

Priorités en matière de financement des organismes communautaires

Mme L'Écuyer: J'ai été, je pense, heureuse d'apprendre qu'on était pour prioriser le financement de base pour assurer la survie avant d'accepter peut-être de financer de nouveaux organismes communautaires. Je pense qu'aussi les organismes communautaires vont apprécier ce volet de s'assurer et de voir, si le plan triennal s'installe, qu'au moins ils n'ont pas à recommencer à toutes les années à compléter les formulaires. J'aimerais cependant avoir l'assurance du ministre que, compte tenu de ce que vous venez de dire, qu'il y a des nouveaux besoins qui apparaissent que, dans le financement de base de ce qui existe toujours, on se garde une possibilité de pouvoir accepter, s'il y a lieu, de nouveaux organismes communautaires pour répondre possiblement aux nouveaux besoins auxquels on est souvent confrontés. Est-ce que, dans l'enveloppe budgétaire actuelle, il y a de la place... Advenant, comme vous disiez tantôt, qu'on ait une épidémie de SRAS puis que les gens du communautaire s'impliquent dans la collaboration avec le maintien à domicile, est-ce qu'il de la place de prévue pour ce type de nouveaux organismes qui pourraient voir le jour, là, assez rapidement?

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

M. Couillard: Actuellement, les crédits sont déposés tels quels, il n'y a pas d'autres crédits de prévus

dans ce volet de l'activité gouvernementale. Puis, encore une fois, vous faites bien de noter que la priorité doit être assurée, attribuée d'abord au maintien des fonds existants puis des missions existantes avant de songer à en ajouter de nouvelles. Dans le cas où il se produirait un événement important, majeur sur le plan de la santé publique tel qu'une épidémie de type SRAS, bien là il faut penser qu'on aurait probablement accès à des crédits additionnels autant au niveau du gouvernement à Québec que du gouvernement fédéral, et que c'est là qu'on puiserait les sommes nécessaires à la mise en place d'une action qui devrait être rapidement déployée sur notre territoire. Donc, tout est possible en cas d'urgence, quel que soit l'état actuel des crédits.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée de Lotbinière.

Intentions du ministre concernant le programme Soutien aux organismes communautaires

Mme Roy: M. le ministre, ma première question, c'est concernant le PSOC, le programme de Soutien aux organismes communautaires. J'aimerais savoir si le ministre compte le maintenir, le modifier ou le bonifier.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, le programme de Soutien aux organismes communautaires est maintenu, on veut assurer sa récurrence. Il est surtout géré au niveau régional, le SOC, auquel on parlait tantôt, et puis, en fait, ce niveau de gestion régional nous permet de, vraiment, là, nous ajuster aux priorités de chaque région. Alors, je pense qu'il faut continuer et l'orientation de la gestion au niveau régional et la récurrence des sommes pour ce programme-là.

Répartition des crédits alloués à l'action communautaire entre les régions

Mme Roy: Eu égard à votre régionalisation ainsi qu'à vos priorités, qui sont notamment la santé mentale... Et, comme je vous l'ai déjà dit, j'ai travaillé en concert aussi avec les intervenants du milieu de la santé mentale. J'ai aussi, dans mon expérience, travaillé dans plusieurs régions comme La Tuque, incluant les deux réserves indiennes, Trois-Rivières, et maintenant je suis dans Lotbinière, qui est une partie Centre-du-Québec et une partie Chaudière-Appalaches. Puis je me rends compte que les organismes de santé mentale, pour en faire un exemple, interviennent de façon différente compte tenu des besoins, compte tenu aussi de la place que les CLSC ont prise, qui sont différents d'une région à l'autre où, admettons, comme à Trois-Rivières, on a le Centre d'intégration communautaire, qui est un organisme gouvernemental. On va voir que Le Havre, qui est un organisme communautaire, va prendre un autre domaine. Par contre, dans Lotbinière, on a Oasis, c'est un organisme qui, depuis 10 ans, s'occupe de la réintégration des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Je pense que, depuis 10 ans, c'est la meilleure accréditation, la population les a toujours soutenus.

Et, lorsqu'on parle d'organismes communautaires, on parle souvent de souplesse et de proximité. Mais il ne faut pas aussi oublier qu'il y a une grande expertise qui se développe lorsqu'un organisme survit comme ça puis donne des services, et puis aussi aide beaucoup le réseau de la santé en empêchant que ces personnes-là retournent dans le milieu psychiatrique.

La question que je me pose, là, quand vous parlez d'implication au niveau de la santé mentale, ou d'autres domaines, allez-vous... si vous donnez, là, admettons, partout la même chose sans tenir compte des ressources qui sont déjà en place, vous allez, admettons, à Trois-Rivières, donner aux CIC, puis ça va parce que Le Havre, il est actuellement complémentaire. Mais, si vous donnez aux CLSC — admettons, je vous donne un exemple, là — dans Lotbinière, bien, vous allez évacuer, faire un vacuum des responsabilités que déjà Oasis occupait. Je vous demande si vous allez faire une approche mur à mur ou, dans chaque région spécifiquement, vous allez faire l'inventaire des ressources et des services qui sont déjà donnés par le milieu communautaire, pour donner ces sommes-là aux organismes communautaires plutôt que les envoyer vers le réseau gouvernemental. Autrement dit, reconnaître ces organismes-là.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, allez-y.

M. Couillard: Bien, il y a plusieurs aspects dans l'intervention de notre consœur la députée de Lotbinière. D'abord, pour ce qui est du financement régional puis l'organisation régionale, 98 % du financement actuellement est accordé au niveau régional. Alors, déjà, je pense, qu'on a fait un bon pas quant à la décentralisation, et ce qui explique ou ce qui promet, je pense, l'absence d'une approche mur à mur. Ce n'est certainement pas notre intention d'avoir une approche mur à mur dans quelque catégorie que ce soit dans notre mission de santé et services sociaux.

Vous avez également brièvement fait allusion à deux éléments, d'abord l'impact de notre nouveau plan d'organisation régional sur les groupes communautaires. Je tiens à les rassurer, rassurer la population que les groupes communautaires auront leur représentation et leurs moyens d'intervenir autant au niveau des réseaux locaux d'établissements qu'au niveau de l'Agence régionale de coordination, s'il y en a une.

Vous parlez également de l'expertise qui est développée par le personnel. Ça, c'est un problème que j'ai trouvé intéressant, qui m'a été soulevé dans les organismes que j'ai visités, particulièrement les groupes de femmes pour les maisons, les centres d'hébergement, où ces gens, avec le financement qu'elles reçoivent, prennent des intervenantes, les forment finalement, en font des gens extrêmement compétents, des personnes extrêmement compétentes et dotées d'une expérience qui est finalement rare dans notre société pour intervenir auprès de ce genre de clientèle là. Et il arrive malheureusement que le réseau public vient cannibaliser en quelque sorte le personnel des groupes communautaires au moment où il est bien formé pour les intégrer dans leur structure avec des niveaux de revenu plus élevés, de sorte que la roue tourne puis il faut recommencer à

trouver du personnel puis en reformer d'autre. Alors, je pense que ça, c'est quelque chose qui est excessivement important à considérer.

● (10 h 50) ●

Pour ce qui est de la santé mentale, une de nos grandes priorités d'investissement au cours des prochaines années, on a adopté l'attitude suivante: c'est que, dans les nouvelles sommes qui seraient allouées pour la santé mentale, environ 40 % serait alloué en milieu institutionnel et au moins 60 % en milieu communautaire. Qui dit communautaire veut dire non seulement les CLSC, qui auront à prendre une grande part de l'action à ce niveau-là via leur programme de soins ou services psychosociaux, mais également les groupes communautaires. Donc, comme je l'ai dit tantôt, qui dit financement accru dans tout ce qui est soins de proximité, tout ce qui est soins en communauté dit, par définition, pression accrue sur les organismes communautaires, et on va en tenir compte dans l'établissement de la distribution de nos financements.

Encore une fois, dernier élément, pour ce qui est de l'approche mur à mur et du financement, il faut tenir compte des éléments actuels de disparité et d'inégalité interrégionales. Je vais vous donner un exemple: pour les soins psychiatriques ou les soins en santé mentale par habitant au Québec, la moyenne du Québec, l'ensemble du Québec, c'est 110 \$ par habitant qu'on dépense en santé mentale; Montréal-Centre, 146 \$ par habitant; Montérégie, 58 \$ par habitant. Alors, c'est la raison qui explique, par exemple, qu'on a ciblé fortement la région de la Montérégie dans l'attribution des sommes pour la santé mentale comprises dans l'annonce du mois de mai dernier. Alors donc, adaptation des investissements, d'une part, aux situations d'inégalité interrégionale; d'autre part, adaptation également des missions lorsque les investissements publics augmentent dans certains secteurs d'activité.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, Mme la députée.

Mesures envisagées pour corriger l'inégalité interrégionale du financement

Mme Roy: Oui. Puisque vous parlez d'inégalité interrégionale et qu'on a parlé des TROC, il y a le TROCCA — c'est le TROC Chaudière-Appalaches — qui, dans notre région, se retrouve quasi dernier en termes de TROC, là, au niveau du financement. Bien que la régie régionale ait reconnu publiquement qu'ils étaient sous-financés, ils mentionnent qu'ils sont dans l'impossibilité de faire autrement et de rétablir la situation. On ne demande pas, là, qu'ils soient les mieux financés, de rétablir le manque à gagner des années précédentes, mais plutôt de les remettre à niveau. Est-ce que le ministre entend intervenir sur cette disparité-là qui est vraiment évidente?

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: M. le Président, ce qu'on veille à faire, c'est assurer l'équité entre les régions du Québec, accorder le plus gros des soins aux régies régionales ou

aux agences régionales éventuellement. L'arbitrage intrarégional des sommes qu'on leur alloue est de leur ressort, puis il va être de plus en plus de leur ressort, également de façon autonome, si je fais un parallèle avec les groupes communautaires. Alors, la reddition de comptes, en ce qui a trait à la distribution des sommes, n'est pas uniquement au niveau ministériel, elle est également au niveau régional, puis l'arbitrage se fait également là.

Alors, je vous invite à discuter d'abord au niveau régional. Si vous ne trouvez pas les réponses satisfaisantes, bien, je serais heureux de me pencher sur le problème que vous soulevez, puis vous pourriez peut-être correspondre avec moi à ce sujet-là plus précisément.

Mme Roy: Et maintenant...

Le Président (M. Copeman): Allez-y, madame.

Consultation des organismes communautaires autonomes

Mme Roy: ...comme dernière question. Dans une lettre datée du 31 mars 2003 et signée de la main du premier ministre — dont je déposerai, si j'ai la permission du président — il affirmait qu'il entendait «consulter les organismes communautaires autonomes — ce que je vous demande, c'est quels organismes communautaires — avant la mise en oeuvre d'une nouvelle politique gouvernementale. Il entend aussi donner un meilleur accès au financement et une plus grande transparence dans son attribution.»

Ce que je voulais savoir: Est-ce qu'il y a seulement le SACA, ou vous allez aussi demander les tables sectorielles dans le milieu communautaire? Aussi, j'aimerais savoir, parce que vous savez que j'ai une grande sensibilité au milieu communautaire, j'aimerais être informée des démarches que vous allez faire dans cette consultation-là. Et puis j'aimerais aussi savoir... que ce ne soit pas tout fait pendant cet été, là, pendant que tout le monde est en vacances, qu'on ait la chance de vraiment parler à tous ceux qui sont intéressés ou, en tout cas, les majeurs intervenants qui sont intéressés à donner leur opinion sur le sujet.

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

M. Couillard: Alors, je rassure madame, le plan va être déposé à l'automne. On prévoit que M. Béchard... pardon, mon collègue le ministre de la Solidarité prévoit déposer son plan en octobre 2003. Donc, ce n'est pas quelque chose qui sera fait pendant l'été. Je suppose qu'il va y avoir un débat public par la suite.

De notre côté, au ministère de la Santé et des Services sociaux, on a rencontré les TROC et on continue d'avoir des conversations avec ce groupe-là via le cabinet, également via la fonction publique, et c'est notre interlocuteur actuel, et on entend participer, comme ministère, à cet exercice de coordination interministérielle que mon collègue de la Solidarité et de l'Emploi va entreprendre. Je vous inviterais à le contacter pour obtenir, si vous le désirez, un calendrier

ou un échancier pour les travaux; il en sait probablement plus que moi au moment où nous parlons actuellement.

Document déposé

Le Président (M. Copeman): Alors, dans un premier temps, la lettre est déposée. Ça va, Mme la députée de Lotbinière?

Mme Roy: Oui, oui.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Merci, M. le Président. Vous pouvez me dire un peu combien de temps qu'il nous reste?

Le Président (M. Copeman): Bien, compte tenu de l'organisation des travaux, Mme la députée, moi, je suis disposé à vous donner un bloc de 20 minutes et, par la suite, on irait à ma droite pour essentiellement terminer le débat.

Mme Léger: Merci, M. le Président. Là, tout à l'heure, la députée de Pontiac — je crois bien que c'est Pontiac — a élaboré beaucoup sur le milieu communautaire, particulièrement sur l'émergence de nouveaux groupes, d'une part. Je voudrais rappeler que vous avez, en fin de compte, répondu justement à ce niveau-là, c'est qu'il y aura toujours des groupes qui seront en émergence, puis tant mieux. Et l'État ne pourra pas contrôler ça. Puis c'est important aussi parce que les groupes viennent du milieu. Et c'est par les besoins du milieu puis d'une communauté qu'il y a l'émergence de toute forme de groupes. Puis je pense que c'est important de respecter ça. Mais on a, comme État, aussi, à évoluer avec les groupes. Alors, je pense que je voulais rappeler ça à la députée de Pontiac, je pense, cette émergence-là de l'ensemble des groupes au Québec.

Plan d'action du ministre en matière de développement de l'action communautaire

Il reste que j'ai entendu le ministre depuis tout à l'heure me parler puis parler aux autres membres de la commission de ce qui se fait présentement, de ce que vous avez en main autant au niveau de l'investissement ou de la récurrence, que vous voulez essayer d'aller chercher les sous particulièrement pour maintenir cette récurrence-là. J'aimerais entendre le ministre par rapport à toute, je pourrais dire, l'approche du développement de l'action communautaire dans la santé et services sociaux.

Vous avez un représentant au comité interministériel. Je fais le souhait que vous puissiez le rencontrer de temps en temps, comme ministre. Parce que c'est sûr que vous avez beaucoup de dossiers, des dossiers qui sont prioritaires, comme vous avez dit tout à l'heure, mais vous avez aussi toutes les urgences, les listes d'attente. Bon. Le milieu de la santé est un milieu assez prenant, je pourrais dire, pour un ministre de la Santé et des Services sociaux.

Et il reste que le milieu communautaire est souvent un des derniers, parfois, dossiers qu'on s'occupe. Puis c'est très malheureux parce qu'il y a une très, très belle collaboration qui peut se faire avec l'action communautaire puis qui vient vers l'arrimage avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Donc, quelle est votre approche pour les prochaines années ou même, disons, juste l'année prochaine, d'une part? Outre le montant, les investissements d'argent évidemment — parce que le milieu communautaire a des grands besoins d'argent, ne me répondez pas sur la partie de récurrence et tout ça — j'aimerais vraiment connaître votre vision du développement de l'action communautaire dans les prochaines années. La politique de reconnaissance a été là. Vous avez dit tout à l'heure que c'est le ministre, votre collègue le ministre de la Solidarité sociale qui coordonne effectivement, mais c'est dangereux, aussi. Pas dangereux que ce soit le ministre qui coordonne, c'est dangereux qu'on laisse la suite des choses ou qu'on laisse le développement de l'action communautaire dans les mains d'un seul ministre, puisque l'action communautaire, c'est assez horizontal et c'est gouvernemental, mais il y a une grande partie qui est dans de la santé et les services sociaux.

Alors, il est pour moi important que le ministre de la Santé et des Services sociaux puisse être impliqué, je pourrais dire, beaucoup impliqué dans ce développement-là de l'action communautaire. Mais qu'est-ce que vous allez faire pour maintenir effectivement la relation avec le milieu communautaire? Mais qu'est-ce que la Santé et les Services sociaux veut faire, pour les prochaines années, de relation et d'harmonisation avec le milieu communautaire?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre.,

M. Couillard: Quelques remarques préliminaires brèves. Effectivement, on a beaucoup de dossiers à gérer, mais ce n'est pas une mauvaise chose nécessairement, d'avoir beaucoup de dossiers à gérer. Ça permet d'avoir vraiment une préoccupation transversale pour les choses puis d'assurer la continuité. Alors, le fait d'avoir les dossiers de santé et services sociaux regroupés... Vous savez qu'au Québec on a cet avantage-là par rapport aux autres provinces, ou plusieurs autres provinces, où ils ont séparé le ministère de la Santé de celui des Services sociaux, alors là il y a un bris de continuité évident qui se fait dans les services qui sont, à mon avis, par définition, continus.

Je sais que c'est difficile d'impliquer ou d'inclure une vision, je dirais, précise du soutien aux organismes communautaires dans une politique. La preuve en étant, s'il en est que, dans le document auquel je faisais allusion tantôt, *Pour faire les bons choix*, de mon prédécesseur, on retrouve un petit paragraphe sur l'action et le soutien aux groupes communautaires. Donc, ce n'est pas évident, pas facile de faire ça parce qu'on est pris entre deux feux: on est, d'un côté, entre la nécessité de bonne gestion puis d'encadrement rigide des processus de notre programme de santé et services sociaux et, de l'autre côté, le désir légitime des organismes communautaires de demeurer autonomes et d'avoir le moins de liens formels possible avec

l'appareil, là, bureaucratique. Alors, c'est ce qui présente une difficulté.

● (11 heures) ●

Je relève les suggestions de Mme la députée qui s'appuie, je pense, sur une expérience prolongée du gouvernement puis du fonctionnement des ministères. Je peux l'assurer que, étant donné le fait que le ministère de la Santé et des Services sociaux représente près des trois quarts des sommes investies en action communautaire, on aura une action très active au niveau du commentaire du comité interministériel présidé par mon collègue. Je n'ai pas l'intention du tout de dire: Bien, mon collègue va faire le travail puis, quand il aura terminé, il m'appellera. On va participer à l'élaboration du processus. D'autant plus que, comme je l'ai indiqué tantôt, on l'espère, on est à la veille d'enclencher, pour la prochaine année budgétaire, des investissements très importants en santé et services sociaux, et on voudra bien s'assurer du respect des impacts ou de la considération des impacts de ces investissements sur le milieu communautaire, entre autres.

Alors, je remercie Mme la députée de sa suggestion et de son rappel. Je me ferais une discipline particulière de suivre ce dossier-là. Il y a des gens dans le cabinet qui sont spécifiquement chargés du suivi de la relation avec les groupes communautaires, et je compte avoir des rencontres fréquentes avec mon collègue. D'ailleurs, je le vois très fréquemment. Étant président du Comité ministériel de développement social sur lequel il siège également, on se voit régulièrement autour d'une même table pour discuter des dossiers communs. Alors, je pense que c'est un excellent rappel, je ne dirais pas un rappel à l'ordre parce que j'avais déjà cette préoccupation, mais un rappel qui m'est fait que je prends, là, positivement. Et, si on veut avoir en bout de ligne une politique qui soit efficace et cohérente, il faut absolument qu'on participe à l'élaboration de ce cadre-là. Et j'accueille à l'avance positivement les remarques ou les suggestions que Mme la députée pourrait me faire, compte tenu de sa vaste expérience dans le domaine.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: J'espère qu'il ne l'invitera pas à être partenaire, là. À dire... à charmer comme ça.

Le Président (M. Copeman): ...le moins d'hésitation possible, Mme la députée.

Mme Léger: M. le ministre, bon, je vois vos bonnes intentions de faire, je pourrais dire, dans le fond, une bonne collaboration avec le milieu communautaire. C'est sûr que le représentant du ministère, le fonctionnaire particulièrement qui a la fonction d'être sur le comité interministériel, il suit de très près, je pourrais dire, toute l'action communautaire dans l'appareil gouvernemental. Alors, il faut absolument que le ministre soit toujours, je peux dire, très au fait de ce qu'il fait. Donc, vous avez l'air à m'assurer que vous allez faire la suite des choses, que vous allez avoir une oreille plus qu'attentive avec votre représentant, d'une part. Je viens le soutenir, là, aujourd'hui parce que je sais que ce n'est pas nécessairement facile, avec tous les dossiers qui sont sur la table du ministre, mais vous m'avez rassurée.

Au niveau du plan d'action, tout à l'heure vous avez parlé du plan d'action de votre collègue, qui viendra, je ne sais pas si on parle du plan d'action de l'action communautaire ou si on parle d'un plan d'action jumelé avec la lutte contre la pauvreté, là. Est-ce qu'on parle du même plan d'action, là? Je veux être sûr que... Puis est-ce que gouvernement libéral va nous arriver avec un plan d'action communautaire, bénévolat, lutte à la pauvreté, tout ça dans le même panier, là? Ça, ça me fait peur. C'est un plan bien large que peut-être on n'y verra rien, là. Alors, je veux être sûre qu'on parle du plan d'action de l'action communautaire tel quel, j'aimerais que vous me rassuriez à ce niveau-là.

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

M. Couillard: Alors, d'abord, pour ce qui est du suivi avec le comité interministériel, il n'est pas seulement au niveau de la fonction publique, il y a des membres du cabinet. Je suis certain que, vous-même, dans votre cabinet, vous aviez des gens spécifiquement chargés du lien avec les organismes communautaires. On a la même structure et on va également suivre ça au niveau politique.

Pour ce qui est du comité... pas du comité mais de la politique qui va être déposée à l'automne, oui, effectivement, il ne faudrait pas que ce soit une immense politique panier qui regroupe tous les problèmes en essayant d'en faire une soupe qui serait probablement indigeste, là. Il s'agit de deux choses différentes: la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, d'une part; d'autre part, le soutien aux organismes communautaires. Mais vous comprendrez bien, bien sûr, que c'est important que les deux soient arrimés et cohérents, parce qu'il ne faudrait pas avoir des orientations qui soient divergentes.

J'ai ici le document... je lis mes notes, là, sur un document qui m'a été transmis au sujet des... lors de l'étude des crédits, là, de mon collègue et qui résume un peu les éléments ou le cadre de référence de cette politique qui va être déposée à l'automne. Alors, on y lit qu'à l'automne 2003 le gouvernement du Québec — dans les notes qui me sont transmises et que je prends moi-même sur la question — entend déposer un plan d'action consolidé qui présentera les gestes structurants qu'ils présenteront et qu'ils poseront, les organismes visés, pour assurer un meilleur soutien aux organismes de leurs secteurs... les ministères et organismes visés plutôt.

Le cadre de référence sur les balises nationales sera également adopté pour permettre une application harmonisée et transversale de la politique gouvernementale. À partir du portrait du soutien gouvernemental au milieu communautaire, un plan d'investissement sera également élaboré pour répondre aux besoins des organismes communautaires sur la base du principe de l'équité entre les secteurs et entre les régions — sujet qu'abordait notre consœur tantôt. Et, dans un souci de transparence, le gouvernement du Québec s'est engagé à travailler en étroite collaboration avec le Comité aviseur de l'action communautaire autonome. Alors, voici le cadre de référence de ce travail qui est en cours, dont on espère voir les fruits ou récolter les fruits à l'automne, et on sera à ce moment-là en mesure d'en discuter. Et je

suis certain que mon collègue a également prévu un élément de consultation publique autour de cet objet-là.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Oui. Je suis très, très contente de l'entendre parler du cadre, des balises nationales, d'un plan d'investissement. Je suis fière du travail qui s'est fait par notre gouvernement avant puis que, là, bien, il y a des aboutissements puis que vous allez donner suite. Pour moi, c'est une belle continuité, c'est une continuité pas partisane, c'est une continuité, dans le fond, pour les organismes communautaires, pour l'action communautaire puis pour le monde puis les citoyens du Québec, dans le fond.

J'ai une grande passion pour l'action communautaire, vous l'avez dit. J'ai appris au fil des années aussi, ayant contribué dans... ayant aidé des organismes communautaires moi-même par ma présence puis par mon soutien que j'ai pu faire dans mon milieu personnel. Il reste que, comme ministre, à l'époque, ça a été... ils m'ont donné cette passion-là pour l'action communautaire. C'est une passion, je pourrais dire, qui m'a inspirée tout le long de ma démarche dans le gouvernement précédent. Et vous pouvez être sûrs que, même si parfois on n'entend pas beaucoup parler de l'action communautaire, je pense que c'est incommensurable, l'apport du milieu communautaire au Québec puis au... En plus, je pourrais dire, d'exercer la citoyenneté des Québécois, parce qu'on retrouve toujours... on dit toujours: Bon, notre démocratie va où? Le citoyen, où a-t-il sa place pour participer dans nos débats que nous avons en politique, d'une part, mais les débats démocratiques puis les débats qui sont sur la place publique? Les organismes communautaires ont cette place-là et exercent vraiment leur citoyenneté, puis je pense qu'il faut les écouter puis il faut prendre le temps, avec eux, de pouvoir faire la suite des choses.

Budget minimum pour les organismes communautaires

Quand vous me parlez de cadre de référence, de balises nationales, plan d'investissement, c'est sûr qu'il va falloir que... j'aise le ministre qu'il va falloir des discussions avec vos collègues par rapport à l'ensemble, je pourrais dire, de la suite des choses en action communautaire. Le plan d'investissement, il faut s'assurer qu'on puisse avoir, avec les organismes communautaires, un genre de plancher pour la partie financement. C'est quoi, un plancher des organismes communautaires au Québec? C'est quoi, le montant? Est-ce que c'est 60 000 \$, 80 000 \$, 100 000 \$, 120 000 \$? Il y a un plancher qui doit être discuté, qui a eu de grandes réflexions qui se sont faites. J'espère que vous pourriez aboutir à ce plancher-là par peut-être le plan d'investissement que vous parlez pour cet automne. Idée intéressante.

Respect de la politique en matière d'action communautaire par les régies régionales

Mon autre question, M. le Président, pour le ministre, c'est particulièrement au niveau des régies régionales. Vous avez glissé tout à l'heure quelque peu.

Vous avez dit qu'il va y avoir des... les organismes communautaires auront leur mot à dire ou auront leur place dans les agences que vous prévoyez mettre sur pied. Il reste que toute l'interrégionalité, les régies régionales telles quelles, il y avait des grands questionnements... en tout cas des grandes questions qui avaient été soulevées, particulièrement par l'action communautaire, les groupes communautaires, que, lorsque les décisions sont décentralisées, c'est une chose, c'est bon, il y a des bons côtés à toute la décentralisation, mais il y a aussi... on échappe parfois les balises nationales qui sont... et le cadre de référence et les balises nationales qui doivent, quand on construit une politique puis quand on élabore une nouvelle harmonisation avec les groupes communautaires dans l'appareil gouvernemental... on ne veut pas nécessairement qu'une régie régionale, que ce soit au Lac-Saint-Jean, au Saguenay ou que ce soit à Sherbrooke ou ailleurs, qu'ils puissent s'en aller n'importe comment non plus.

Je pense que les gens sont sérieux, mais j'ai eu beaucoup de critiques à ce niveau-là, que, lorsque les régies régionales, ou que ce soit l'agence, là, je ne sais pas comment vous allez voir les choses... comment on pourra s'assurer que la politique de reconnaissance ou la continuité de la politique de reconnaissance puisse garder cette continuité-là dans toutes les régies régionales. Les critiques que j'avais eues particulièrement par rapport aux régies régionales, c'est... Bon. C'est sûr qu'il y a un conseil d'administration à la régie régionale, c'est important puis il faut respecter ça, mais il reste qu'il y a des démarches puis il y a des... je pourrais dire, avec le milieu communautaire, par le Comité avisé que vous avez parlé tout à l'heure puis que vous... au niveau de la santé et services sociaux, il y a des démarches qui se font au niveau de la santé et services sociaux. Alors, comment, dans les régies régionales, il va y avoir le respect de cette continuité-là de cette politique-là?

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

M. Couillard: M. le Président, je prends le dernier mot au vol, «continuité». Ça doit être extrêmement rassurant, je pense, pour la population qui nous écoute aujourd'hui de voir le contraste dans notre conversation d'aujourd'hui, où on montre toute la continuité d'action qui existe entre nos actions et celles qui avaient été débutées par le gouvernement précédent dans plusieurs secteurs, entre autres dans le secteur de l'action... du soutien à l'action communautaire... Et ça contraste, pour moi, de façon très agréable avec le ton, je dirais, presque apocalyptique de certains commentaires qui ont suivi le discours inaugural et le discours du budget de mon collègue le ministre des Finances. Et j'espère que c'est un bon augure, c'est l'augure ou le présage du ton qu'auront les débats à l'Assemblée nationale à l'automne prochain.

• (11 h 10) •

Pour ce qui est de la question que vous soulevez, qui est, je pense, très pertinente, la question de la nécessité d'une coordination interrégionale, je ferais un parallèle, pour cette question, avec ce que j'ai dit hier pour l'organisation des soins médicaux: c'est le concept de hiérarchisation des services, c'est-à-dire qu'il y a des services qui sont strictement des services locaux, qui

doivent être coordonnés au niveau local, et des services qui sont régionaux, donc qui doivent être coordonnés dans la région même, entre les divers établissements, puis il y a également des services de niveau national ou un rôle de coordination nationale qui doit être préservé. Alors, quand je disais qu'il y a une représentation des groupes communautaires ou, je dirais, un contact avec les groupes communautaires au niveau local ainsi qu'au niveau régional, je n'excluais en rien le niveau ministériel ou le niveau central où les arbitrages nationaux ou interrégionaux devront se faire, et c'est très important, puis vous avez raison de le souligner.

Donc, ce concept qu'on applique pour les soins médicaux, c'est exactement le même que ce qui devrait, à mon avis, s'appliquer pour les groupes communautaires.

Collaboration entre les organismes communautaires et les agences régionales

Mme Léger: C'est intéressant. J'ai hâte de voir comment, par les agences... quelle est la collaboration qu'aura... que vous aurez avec l'action communautaire. Vous avez dit tout à l'heure qu'ils vont contribuer, mais comment? Comment ça va se faire? Parce que vous savez que les groupes communautaires, leur financement d'ailleurs venait du SOC régional, donc par les régies régionales. Il y avait un lien puis une collaboration qui s'est faite par les répondants ou les fonctionnaires qui sont attirés au SOC dans chacune des régies régionales, il y avait une collaboration puis, je pourrais dire, une relation qui s'étaient établies avec eux par rapport à leurs missions propres d'action communautaire et parfois, bon, toutes les difficultés que pouvait vivre un organisme communautaire par son financement mais par sa raison d'être telle quelle. Alors, il y avait une belle collaboration qui se faisait.

Comment, avec l'agence, vous allez la faire, cette collaboration-là? Est-ce que les enveloppes du SOC vont rester dans les agences? Ça, d'une part. Est-ce que le milieu communautaire va avoir son mot à dire? Vous dites: Oui, ils vont collaborer. Mais à quel niveau? Est-ce que ça va être décisionnel, est-ce qu'ils vont faire partie du conseil d'administration? Comment vous voyez l'apport du communautaire avec ces agences-là? Ce n'est pas clair pour moi, là.

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

M. Couillard: Alors, encore une fois, le mot «continuité», M. le Président, est important. On a déjà établi qu'il y a plusieurs des missions qui sont assurées au niveau régional qui continueront à être assurées au niveau régional; exemple: la santé publique. J'ai déjà expliqué qu'on conserverait notre structure actuelle, qui fait l'envie de beaucoup de personnes dans le reste du Canada, avec un directeur national de la santé publique puis des directeurs régionaux. Ça, c'est un exemple qui montre qu'il y a beaucoup de choses qui sont actuellement prises en charge par les régies régionales qui vont continuer à être prises en charge au niveau régional. Et la même chose s'applique pour le Soutien aux organismes communautaires, communément appelé le SOC. Je pense que c'est essentiel d'ailleurs, comme je disais,

d'avoir un arbitrage régional des programmes ou des organismes qui agissent au niveau local, et ça, également, on va préserver ce lien-là. Il y a également d'autres structures régionales qu'on va préserver, comme, par exemple, le Département régional de médecine générale, qui est un acquis important, une bonne idée, bon concept développé par, je crois, mon prédécesseur député de Rousseau.

Lorsqu'on parle de représentation, bien, il faut, là, être cohérent. Bien sûr, on veut que les groupes communautaires soient en lien étroit avec les niveaux décisionnels, autant au niveau local, régional que ministériel, mais il faut également voir, je dirais, quelle réalité ou quel visage prendra cette implication, compte tenu du fait, encore une fois, que les groupes communautaires veulent garder leur autonomie et ne veulent pas être inscrits dans les normes rigides du réseau de la santé et des services sociaux. Donc, là, on a une sorte de message contradictoire entre vouloir participer de façon étroite au processus décisionnel et également vouloir conserver une autonomie complète. Mais ce que je pense qu'il est important de préserver, c'est le lien organique, là, entre le réseau de la santé et des services sociaux et l'action communautaire, aux trois niveaux: autant au niveau local qu'au niveau régional qu'au niveau national.

Pour ce qui est de la définition de ces liens-là, comme je l'expliquais hier à notre consœur la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, les conversations sont actuellement en cours là-dessus. Alors, on n'a pas encore finalisé notre modèle. Mais ce que je pourrais déjà dire, c'est que ce qu'on appelle actuellement le SOC — et il n'y a pas de raison de changer de nom, c'est un acronyme que tout le monde connaît dans le milieu — va demeurer au niveau de gestion régional.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Rimouski, brièvement, s'il vous plaît.

Crédits alloués aux organismes d'aide aux femmes victimes de violence conjugale

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Bonjour, M. le ministre. Ma question est très simple: On retrouve où, et combien, dans vos crédits les 30 millions qui ont été promis par votre chef, le premier ministre du Québec actuel, lors de la dernière campagne électorale, pour les maisons d'aide et d'hébergement pour les femmes en situation de violence conjugale? Si je me souviens bien, c'est dans un communiqué de presse du 2 avril 2003 que M. le chef du Parti libéral a confirmé son intention de consolider le réseau d'aide directe aux victimes de violence et d'accroître ces ressources de façon importante: «Et nous augmenterons le financement de ces centres d'hébergement de 30 millions de dollars», a précisé le premier ministre. Alors, est-ce qu'on les retrouve dans vos crédits, M. le ministre?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Alors, M. le Président, je remercie Mme la députée, à laquelle je souhaite la

bienvenue, de me donner l'occasion encore de rappeler un de nos engagements que je trouve être un engagement très positif et même d'illustrer une réalisation qui fait qu'on a devancé notre engagement.

Le Président (M. Copeman): Mais succinctement, M. le ministre.

M. Couillard: Oui, mais c'est tellement positif, comme intervention, de me permettre d'illustrer nos actions dans ce domaine-là que je ne peux pas me retenir d'exprimer une certaine satisfaction.

Le Président (M. Copeman): Peut-être sur le temps à ma droite, si vous voulez élaborer, mais je vous demande d'être succinct pour l'instant.

M. Couillard: Alors, l'engagement de notre parti et de notre chef, qui est maintenant premier ministre de tous les Québécois et les Québécoises, c'était d'augmenter effectivement le soutien financier aux groupes qui s'occupent des femmes victimes de violence conjugale de 30 millions de dollars sur la durée du mandat. Vous savez que le cadre financier débutait en 2004-2005, et on a néanmoins débuté cette action dès cette année en ajoutant 8 millions de dollars récurrents — je tiens à le dire parce que c'est nouveau le mot «récurrent» dans ce genre d'action là — 8 millions de dollars récurrents, dans toutes les régions du Québec, pour les femmes victimes de violence. Donc, on a devancé notre engagement, et je remercie Mme la députée de me permettre de répéter cet engagement et cette réalisation.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Malheureusement... M. le député de Nelligan.

Stratégie en matière de soutien aux femmes victimes de violence conjugale et aux familles d'accueil

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Et le ministre peut avoir un peu plus le temps de donner plus d'information parce que j'avais eu l'intention d'aller sur ce sujet un peu parce que, effectivement, M. le Président, nous avons respecté nos engagements et dans un délai exceptionnel. Peut-être je peux aller un peu plus en arrière. Et je sais que mon collègue veut demander une question aussi, je vais regrouper deux sujets dans le même temps.

Mais d'abord je voudrais féliciter le ministre pour sa compréhension dans le dossier de l'action communautaire et services sociaux. Il y a quelques... nous à l'Assemblée nationale qui poussent toujours la deuxième partie de ce titre, services sociaux et action communautaire, et je vois que nous avons un ministre qui comprend ça très, très bien. Je voudrais aussi... Pendant la campagne électorale, nous avons eu une chance de parler assez souvent, et nos engagements sont assez clairs.

Mais j'arrive avec un... on ne discute pas les définitions aujourd'hui, mais la question était plus sur le mouvement communautaire, action communautaire et pas nécessairement sur l'action du programme SOC, etc.

C'est deux programmes, un pour les résidences des victimes de violence conjugale, un peu comme la députée a déjà questionné, mais aussi les familles d'accueil, et c'est deux engagements que nous avons pris pendant la campagne électorale. J'avais rencontré les groupes, les deux: Groupe provincial des maisons d'hébergement et de transition pour les femmes victimes de violence conjugale et la Fédération de ressources d'hébergement. Je les ai rencontrés comme adjoint parlementaire, nous avons donné nos engagements, nous avons travaillé avec eux autres. Mais aussi il y a un problème d'équité, M. le ministre, équité régionale, il y a un problème de... une certaine façon que l'ancien gouvernement a continué de donner l'argent sur une base historique, et je sais que vous avez essayé de corriger ça. Il y a la même question pour les familles d'accueil, les «foster homes» parce que, encore une fois, je me rappelle quelques journées ici, à l'Assemblée nationale, même, je pense, le salon rouge ici, que nous avons eu beaucoup des représentants des familles d'accueil qui se sont déplacés pour pousser le gouvernement afin de faire quelque chose pour eux.

Je voudrais vous entendre un peu sur la grande stratégie: Comment nous allons travailler, dans mon opinion, en partenariat avec eux? Je suis complètement... Nonobstant toutes les définitions que nous avons entendues, moi, je trouve que c'est... j'embarque sur le sens de ce mot pour les centres d'hébergement mais aussi pour les familles d'accueil. C'est quoi, votre stratégie nationale, comme on dit, mais aussi régionale? Quels critères est-ce que nous allons utiliser? Comment nous allons faire la répartition des fonds, parce qu'il me semble que vous avez essayé de commencer à corriger le problème historique? Et je voudrais savoir un peu... parce qu'il y a quelque chose qui a sorti dans les médias qui est que peut-être on devrait clarifier notre approche. Et aussi, selon vous, ça va être quoi, notre approche long terme? Parce que, avant le 14 avril, nous avons souvent eu une réponse gouvernementale qui était une réponse non récurrente, et je voudrais juste vous entendre sur votre stratégie pour les deux groupes que j'ai mentionnés.

• (11 h 20) •

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. La question de notre collègue député de Nelligan me permet de clarifier certains points ou de les répéter: d'une part, le problème de financement des organismes assurant les services aux femmes victimes de violence conjugale; d'autre part, la question des familles d'accueil. Je pense que ce sont là les deux questions que notre collègue a voulu toucher.

D'abord, les sommes, encore une fois, affectées cette année à cette mission sont récurrentes, et ça, c'est une bouffée d'oxygène ou une bouffée d'air frais importante pour les gens qui oeuvrent dans le milieu. Mais on a eu, je dirais, au ministère, un débat assez profond sur la façon dont on affecterait les sommes au niveau régional. La façon traditionnelle était de financer les régions selon les maisons existantes ou plutôt les centres d'hébergement existants. L'approche nouvelle était une approche populationnelle où on accorderait les sommes en vertu de la densité de population et de

l'incidence observée de crimes violents chez les femmes de 12 ans et plus. Évidemment, les deux extrémités étaient représentées au niveau de la discussion, qui donnaient des scénarios très, très différents en termes de distribution. Alors, on a pris la décision d'adopter l'attitude un peu que je qualifierais de Salomon et d'aller dans une approche 50-50. C'est qu'on a distribué les fonds 50 % d'après l'approche selon les centres d'hébergement existants et 50 % selon l'approche qu'on appelle populationnelle ou liée à la population.

Et, avec ça, je pense qu'on a fait un pas vers l'équité, parce qu'il faut réaliser qu'il y avait des biais des deux côtés. Le biais de ne financer que l'approche populationnelle, bien, c'est qu'on arrête de financer, à ce moment-là, plusieurs maisons qui sont déjà en activité. Le biais de ne financer que les maisons existantes, c'est de ne pas reconnaître que la population a des besoins qui n'ont pas été comblés partout et dans toutes les régions de façon adéquate. Alors, c'est une façon, pour nous, de lier les deux éléments. On pourra voir au cours de l'année comment ce mode de répartition fonctionne sur le terrain, quels en sont les résultats. S'il existait des effets négatifs ou pervers que nous n'avions pas prévus, pour la répartition de l'année prochaine, on verra à corriger le tir, mais cette façon de répartir les sommes nous semblait socialement juste et nous semblait également respecter le fait que la population devait être servie, dans tout le Québec, selon l'importance réelle du problème et qu'on ait des services partout, au lieu de continuer à financer l'inéquité. Alors, c'est la façon dont on a abordé la situation.

Pour ce qui est de la question des familles d'accueil, bien, on a des travaux très avancés qui devraient permettre de dégager d'autres crédits récurrents supplémentaires de plus de 8 millions de dollars pour les familles d'accueil, autant pour le barème de base que pour ce qu'on appelle, en termes techniques, le barème éclaté, qui sert pour les dépenses personnelles, surtout pour les familles d'accueil recevant des enfants. Alors, évidemment, cette conversation ou cette attribution de crédits devrait être bientôt confirmée, et ça me fait énormément plaisir de l'annoncer parce que je pense que ces familles d'accueil, depuis très longtemps, attendaient qu'on rehausse ces deux barèmes-là, autant le barème de base que le barème éclaté. Encore une fois, il s'agit de sommes récurrentes. Donc, j'espère avoir répondu à votre question, et je pense que c'était important de faire la mise au point que j'ai faite sur la logique derrière le financement qu'on a fait.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, merci beaucoup, M. le Président. Et juste un bref commentaire avant que je demande respectueusement de passer la parole à mon collègue.

Le Président (M. Copeman): On verra.

M. Williams: Merci beaucoup pour la réponse, je pense que c'est très clair, et aussi, M. le ministre, comme j'ai mentionné, que nous avons respecté notre parole, nous avons fait ça plus vite, c'est beaucoup plus

différent que le Parti québécois avant les élections, qui a refusé d'augmenter le niveau de financement pour les maisons d'hébergement. Merci beaucoup. Et je demande, M. le Président, de passer la parole à mon collègue.

Le Président (M. Copeman): Avec grand plaisir. M. le député de Vimont.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Mon premier commentaire va être, et c'est vraiment un commentaire, sur l'état de la procédure. J'apprécie beaucoup l'approche de la députée de Pointe-aux-Trembles, puis je pense que tout le monde ici, dans la salle, tous les intervenants, ont... nous avons tous une chose à coeur, c'est justement le bien-être de nos populations... et dont les organismes communautaires contribuent grandement.

Mode de gestion des crédits alloués à l'action communautaire

Moi, j'aimerais souligner... Peut-être qu'il y en a qui vont me taxer d'être régionaliste, mais je vais revenir un peu à mon comté... dans Laval et dans le comté de Vimont. J'aimerais, juste pour reconfirmer avec vous... Parce que, dans le passé, et ce n'est pas là une attaque sur les politiques antérieures mais plus un constat, on a vu à quelques reprises, M. le ministre, des décisions qui venaient de Québec, des décisions qui, dans le fond, encourageaient, bon, certaines... pour corriger certains déséquilibres, soit, par exemple, justement dans les centres jeunesse ou encore dans les maisons violentées, dans lesquelles on retrouvait, dans une politique annuelle, une mise de fonds majeure de nouveaux argents pour justement aider — un peu le principe qu'on pourrait voir dans le principe des services des lignes d'attente — pour aider, pour désengorger, pour aider les organismes, et ces montants-là étaient distribués dans les régions régionales sur le principe un peu, bon: voici la politique annuelle dans laquelle on aimerait encourager le développement.

Cependant, après trois années, certains de ces organismes-là se retrouvaient dans des situations où les fonds n'étaient pas... qui devaient... semblaient être récurrents n'étaient plus récurrents. Et j'ai, bon, des exemples, par exemple à Laval, dans le comté de Vimont, où un organisme qui a... encouragé d'une mise de fonds importante, s'est vu, après trois années... s'est retrouvé, dans le fond, avec les mises de fonds ou les sommes d'argent qui n'étaient finalement plus récurrentes parce que le gouvernement a décidé d'encourager ou d'investir dans un nouveau besoin dit provincial. Est-ce que... Et une partie de votre réponse, dans le fond, m'encourage beaucoup, lorsque vous dites qu'une partie des fonds vont être dirigés sur le processus de suivre la population.

Est-ce que vous avez l'intention de maintenir le type de programmes mur à mur au sein de Québec et donc de le descendre, en ce moment, dans nos régions régionales ou dans ce qui existera dans l'avenir, ou est-ce que vous voulez donner, à ce niveau-là, beaucoup plus de marge de manoeuvre aux organismes qui disposeront de ces sommes-là?

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. La question de mon collègue le député de Vimont permet de donner des exemples concrets du résultat d'adopter une attitude ou une politique plus populationnelle pour l'affectation des fonds. Je vais donner deux exemples pratiques: d'une part, la santé mentale; d'autre part, le financement pour les femmes victimes de violence conjugale.

Si je prends la question de Laval, la région de Laval spécifiquement — attention, on parle de nouveaux crédits, on ne parle pas du financement total pour la décision en question, on parle de nouveaux crédits récurrents cette année — si on avait basé uniquement le financement sur les maisons existantes à Laval, on aurait attribué 153 246 \$; si on avait attribué le financement sur une approche populationnelle, on aurait attribué 289 313 \$; donc, un écart très important. Si on fait l'équilibre entre les deux comme on a fait, on se trouve à attribuer 221 279 \$. Donc, je pense qu'on a un juste équilibre ici.

Le même exercice s'est fait au niveau de la santé mentale, où la région de Laval, pour la première fois depuis longtemps, se trouve dans le premier tiers, en termes d'allocation nouvelle de sommes d'argent pour les soins en santé mentale, alors qu'auparavant, perpétuant l'approche historique basée sur les anciens cadres budgétaires, on avait un important retard, autant à Laval qu'en Montérégie, pour ce qui est du financement en santé mentale.

Alors, je pense que ces deux éléments témoignent de l'utilité pratique et du bénéfice pour la population, lorsqu'elle est très concentrée dans certains endroits, surtout en périphérie de Montréal, d'avoir une attitude plus populationnelle dans la distribution des fonds.

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, M. le député.

M. Auclair: Donc, si je comprends, dans votre réponse, c'est que nous allons dans l'avenir, justement comme la Montérégie ou Laval, grâce à votre nouvelle approche, être avantagés. Parce qu'on a connu beaucoup, nous, à Laval entre autres... le fait d'être voisins immédiats de Montréal, il y a beaucoup de... on a... en tout cas, pour nous, au niveau des organismes communautaires, on avait l'impression que beaucoup de fonds étaient dirigés à Montréal et qu'on sait très bien que, dans la réalité des organismes communautaires, les fonds et les services, je dirais, sont très local. C'est très rare qu'on va déborder des régions. Comme, par exemple, Montréal, c'était très rare que nous avions la possibilité d'obtenir des fonds pour des services qui se donnaient à Laval.

Investissements prévus pour les services de maintien à domicile

J'aimerais revenir sur un point peut-être qui fait partie des organismes communautaires, sur le soutien... ou le maintien à domicile, qui est un point quand même très important aussi. On voit qu'il y a une augmentation mineure dans le passé, de 2001 à 2003, une augmentation d'environ 11 000 \$ seulement pour le soutien à domicile à Laval. C'est quand même un budget impor-

tant, je ne veux pas diminuer, dénigrer le budget qui est un budget quand même de 1 million, près de 1 250 000 \$. Est-ce qu'il y a des intentions, de notre part, de maintenir et d'aller dans cette évolution quand même? Parce qu'on sait que le maintien à domicile est important pour le volet aussi qui touche un autre de vos portefeuilles ou de votre réalité, qui est la santé. Est-ce qu'on a une intention de se diriger et continuer les investissements?

● (11 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): Je vous avise, chers collègues, que nous avons eu l'information qu'on peut poursuivre pendant quatre minutes afin de terminer le bloc de deux heures sur les questions dont on discute ce matin. Alors, allez-y, M. le ministre. Nous avons jusqu'à 11 h 35.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, encore une fois, la question est pertinente parce qu'elle permet d'illustrer de façon concrète les résultats d'adopter une attitude plus populationnelle dans la distribution des fonds. Si je peux me permettre de donner un exemple concret pour la santé mentale, pour Laval, Laval représente environ 5 % de la population du Québec, a reçu cette année 10 % environ des sommes nouvelles en santé mentale. Alors, ça, ça veut dire qu'on est en train de corriger le tir, de ramener Laval au niveau de financement où il devrait être compte tenu de sa population, mais c'est sûr qu'on ne continuera pas comme ça éternellement, parce qu'on ne veut pas créer une inéquité inverse de celle qu'on avait auparavant. Lorsqu'on aura atteint un niveau de financement qui nous semble correspondre aux besoins de la population, ceci étant pondéré par l'âge moyen, le profil économique, etc., bien là on aura une stabilisation du financement, qui deviendra récurrent et puis qui sera par la suite ajusté selon la population et non pas selon des critères abstraits ou arbitraires.

Je pense que c'est une évolution très souhaitable dans le mode d'allocation des ressources financières, autant en santé qu'en services sociaux, parce que la même philosophie va également s'adopter... s'appliquer pour la santé, la mission santé de notre ministère.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le ministre.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, je pense que ça met fin à cet échange. Je voulais juste informer les membres de la commission que j'étais avisé un peu plus tôt ce matin du décès d'un employé d'une quinzaine d'années ici, à l'Assemblée nationale. Il s'agit du constable Philippe Roy, qui est décédé très tôt ce matin. Et je tenais à, au nom de nous tous, exprimer nos sympathies et condoléances à la famille de M. Roy, qui a donné d'excellents services pendant 15 ans à notre institution parlementaire et aux membres de l'Assemblée nationale. Alors, en votre nom, j'exprime mes sympathies et condoléances à sa famille. Et on la remercie, sa famille, le fait qu'eux ont partagé la vie de M. Roy avec nous pendant ces 15 ans.

Alors, cela étant, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 14 heures précises, en cette même salle. Merci.

(Suspension de la séance à 11 h 33)

(Reprise à 14 h 6)

Le Président (M. Copeman): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! La commission des affaires sociales reprend ses travaux. Je suis convaincu que tous les téléphones cellulaires ont été mis hors tension même avant de rentrer dans la salle du Conseil législatif, et je suis prêt à céder la parole de nouveau à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. Mme la députée, la parole est à vous.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, nous allons donc cet après-midi, disons, particulièrement examiner les crédits relatifs au programme de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Santé

Discussion générale (suite)

Ententes de gestion avec les hôpitaux

Mais, avant de débiter, j'aimerais clore sur les différents dossiers que nous avons discutés depuis le début de nos travaux hier, notamment à l'égard des contrats de performance. Est-ce que je comprends bien que, jusqu'à maintenant, le ministre n'a pas signé de tels contrats de performance mais qu'il entend le faire dans les meilleurs délais?

Et j'ai peut-être une question très particulière qui me vient, en fait, dont l'idée me vient à la lecture d'un article paru dans le journal *La Tribune*, à l'égard du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke qui, m'indique-t-on, attend avec impatience la signature de tels contrats de performance. Alors, quand le ministre a-t-il l'intention, là, de donner suite à un tel contrat?

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Nous allons continuer effectivement à récompenser la bonne gestion et la saine gestion dans les établissements du réseau. Je ne pense pas qu'il serait approprié de continuer à utiliser le terme «contrat de performance» dans ce cas. Ce qu'on fait maintenant, c'est qu'on cible avec les établissements, on développe avec les établissements des cibles budgétaires et l'effort demandé en termes budgétaires est, entre autres, proportionnel à la performance de l'institution. Également, on utilise la performance de l'institution pour bonifier certains programmes d'investissement en équipement — on en a eu justement l'exemple avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke récemment — de sorte qu'on veut certainement lier la performance budgétaire au financement de l'institution, d'une part, et également à ce qu'on appelle les bonis au rendement pour les cadres des hôpitaux; ça, ça demeure. Mais, je ne pense pas qu'on a l'intention... On n'a pas l'intention de continuer à établir des contrats de performance de la façon où Mme la députée semble l'entendre. On va établir avec chaque institution et chaque élément du réseau une cible budgétaire qui tiendra compte de l'élément de la performance.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: D'abord, vous allez appeler ça comment maintenant et quand entendez-vous signer de telles ententes, quel que soit leur nom que vous leur donnez?

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Bon. Appelons-les ententes de gestion ou établissement de cibles d'atteinte budgétaire. Ce qu'on a actuellement fait, c'est qu'on a transmis aux institutions des grandes lignes — surtout aux régions — des grandes lignes de retour réaliste à l'équilibre budgétaire. Les premiers résultats des opérations en cours vont nous parvenir à l'automne, et c'est là qu'on va intervenir de façon plus individualisée avec les établissements. Il faut également dire que, pour inclure la performance au financement, on attend également l'introduction des nouveaux modes de financement qui devraient débiter, comme je l'indiquais hier, autour d'avril 2004.

● (14 h 10) ●

Alors, cette année, la performance est reconnue de façon, je dirais, un peu différente de l'an dernier. Il faut se souvenir que, l'an dernier, le gouvernement précédent avait donné ce qu'on appelle des bonis de performance aux hôpitaux les plus méritoires, mais ceci était contenu dans l'enveloppe de 50 millions, qui était le seul rehaussement budgétaire en santé et services sociaux dans l'année qui a précédé. Ce 50 millions, nous, il s'ajoute au rehaussement qu'on a fait et aux annonces récurrentes qu'on a faites. Et on a donné, cette année, 50 millions également, mais pour juguler la hausse des coûts reliés aux médicaments et aux technologies, par exemple.

Mme Harel: Donc, je dois comprendre qu'il n'y aura pas de bonis de performance cette année et qu'il n'y aura pas non plus signature de contrats de performance ou quel que soit le nom, là, donné. Je comprends parfois qu'il y a des changements cosmétiques, qu'on change les noms pour les mêmes réalités, mais je comprends que, quel que soit le nom, il n'y aura rien de ça avant la nouvelle allocation de répartition, là, des budgets, en 2004.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

M. Couillard: C'est partiellement exact, ce que la députée vient de mentionner. Ce qu'on a ajouté, c'est que, dès l'automne, on va commencer l'opération d'accompagnement individuel des établissements pour fixer une cible réaliste de retour à l'équilibre budgétaire, et l'établissement de cette cible et le moyen dont on va l'atteindre va dépendre de la performance de l'institution. Donc, en aucun cas on n'interrompt la continuité, là non plus, de la reconnaissance de la performance de l'institution et de l'impact de ladite performance dans la bonification ou non du financement d'une institution ou la priorisation de certains projets. Je pense que, ça, il faut que ce soit bien clair, et on l'a bien expliqué aux représentants des institutions hier.

Mme Harel: Attendez, pour que ce soit bien clair, il me semble qu'il faut que ça s'énonce facilement: Est-ce qu'il y aura ou pas l'équivalent de contrats de performance?

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

M. Couillard: M. le Président, oui, il y aura l'équivalent de contrats de performance, mais ce ne sera pas marqué en haut de la page «contrat de performance».

Mme Harel: Mais il y aura des bonis.

M. Couillard: Je dirais des améliorations du financement des institutions liées au financement ainsi que des bonis pour les cadres méritoires qui ont fait preuve de discipline budgétaire. Et je rappelle encore une fois que l'opération consiste également à scinder les déficits d'établissement en deux: d'une part, la partie qui n'est pas attribuable à des pratiques de gestion particulière, qui est la majorité des déficits accumulés, et, d'autre part, l'autre partie qui peut être attribuable à des gestions déficientes ou parfois la prise en charge de certaines activités sans qu'elles aient été auparavant priorisées au niveau régional, donc on a assuré les frais sans qu'il y ait eu d'autorisation préalable. C'est ce genre de choses là qu'on veut vérifier avec les institutions.

Stratégie en vue de favoriser l'implantation des groupes de médecine de famille (suite)

Mme Harel: Merci. Alors, cette fois-ci, sur la question des groupes de médecine familiale. Alors, le ministre nous a dit hier qu'il entendait poursuivre la mise en place de groupes de médecine familiale, y compris à Montréal. Combien de groupes entend-il mettre en place?

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

M. Couillard: Je profite de l'occasion pour répéter ce que j'ai dit hier et atténuer l'effet, je dirais, malheureux qu'un titre de journal a pu avoir hier dans la région de Montréal. Il n'y a jamais été question d'abolir les groupes de médecine de famille à Montréal, non seulement les groupes existants — il y a actuellement deux groupes qui sont fonctionnels à Montréal, un autre groupe au moins qui est en cours d'accréditation — on ne veut pas non plus empêcher les groupes futurs de présenter des dossiers de groupes de médecine de famille. Mais ce qu'on constate encore une fois, c'est que la formule a de la difficulté. Il y avait ce matin une lettre ouverte, d'ailleurs fort intéressante, dans les journaux, je pense que c'était dans *Le Devoir* — je pense que c'était dans *Le Devoir*, mais je pourrais me tromper, là — d'un médecin qui explique justement la difficulté avec la formule et la façon de démarer un groupe de médecine de famille. Alors, il y a cet aspect qui nous préoccupe. Et on veut vraiment recentrer ou redéfinir la façon dont on va atteindre les objectifs que les groupes de médecine de famille nous permettraient d'atteindre dans les régions métropolitaines à haute densité. Parce qu'il y a cette question d'une population à desservir et d'un style de pratique médicale qui est différent de ce qu'on retrouve en région.

D'autre part, il y a des réalités qui ne sont pas actuellement prises en charge par le concept de groupe de médecine de famille tel qu'il existe. Je donne comme exemple la clinique L'Actuel — je pense que j'en ai parlé hier — avec le docteur Réjean Thomas que j'ai rencontré récemment, qui prend en charge et suit de façon continue une clientèle extrêmement vulnérable: on parle de gens infectés par le VIH, des toxicomanes, etc., et, lui, il ne peut pas se qualifier, d'après les critères actuels, pour les groupes de médecine de famille. Mériterait-il cependant d'être encadré puis d'être financé comme quelqu'un qui assure un suivi continu pour les clientèles vulnérables? La réponse est oui. Alors, c'est ce genre d'adaptation de la formule au milieu métropolitain qu'on veut faire. Mais, encore une fois, s'il y a des médecins à Montréal qui veulent développer des groupes de médecine de famille d'après le concept original du groupe de médecine de famille, nous les accompagnerons là-dedans et nous serons très heureux que ça se fasse.

Ce qui est essentiel et central dans le concept — et je pense que la question de Mme la députée me permet de le répéter à bon escient — c'est que, même si on change la formule et qu'on l'adapte à la réalité de la pratique médicale en milieu métropolitain, l'élément central du concept de groupe de médecine de famille, on ne l'abandonnera pas et on y tient de façon très serrée, et cet élément est le suivant: l'inscription d'une population et le suivi continu de cette population également. Alors, si on nous propose, je dirais, des formules autres qui n'ont pas cet élément, nous ne les accepterons pas et nous ne les reconnaitrons pas. On ne veut pas augmenter, en créant une formule autre que les groupes de médecine de famille, le phénomène des portes tournantes ou du fait que des patients continuent à être vus sans arrêt dans des cliniques sans rendez-vous sans avoir de médecin qui les suit régulièrement.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Entendez-vous proposer cette adaptation nécessaire dont vous nous parlez ou allez-vous attendre que des propositions vous viennent d'on ne sait pas où, là? Mais allez-vous... comment allez-vous accompagner ces correctifs, là, que vous souhaitez? Et quel est votre objectif?

M. Couillard: Alors, on a actuellement, M. le Président, on a des travaux en cours avec la Direction des affaires médicales et universitaires et les représentants des médecins pour étudier diverses formules. Il y a déjà des formules qui ont été présentées. On tourne actuellement autour d'un concept qu'on pourrait appeler la clinique réseau, qui serait une clinique médicale privée, qui aurait accès à des plateaux diagnostiques style radiologie ou laboratoire. Parce qu'un des problèmes qu'on rencontre souvent et qui est à l'origine, je dirais bien, partielle cependant — parce qu'on ne touche qu'une très faible partie du problème — de l'engorgement des urgences lorsqu'on parle de cette clientèle-là, c'est des gens qui sont ambulatoires, qui ont un problème de santé, disons, subaigu, là — exemple: température, difficulté à respirer — on se demande s'ils ont une pneumonie, mais, dans l'état actuel des choses, il faut qu'ils aillent à l'urgence parce qu'ils savent que, de toute

façon, s'ils vont voir un médecin omnipraticien, les chances sont qu'ils vont être référés à l'urgence pour avoir les examens radiologiques. Alors, on voudrait développer des corridors d'affiliation et de services entre les cliniques médicales privées et les plateaux diagnostiques, soit privés soit des hôpitaux, de façon à ce que les gens puissent avoir rapidement accès à un examen diagnostique lorsqu'ils vont voir leur médecin et que le résultat soit également rapidement disponible. Ça, c'est la formule qu'on appelle clinique réseau.

Il y a d'autres formules qui nous ont été présentées qui n'avaient pas à leur cœur même la notion d'inscription et de suivi de clientèle et qui étaient en fait des transformations ou des adaptations de la formule d'une clinique sans rendez-vous, et ça, nous ne pensons pas que c'est dans l'intérêt de la population de permettre l'expansion de ces expériences-là, puis on préfère vraiment que le terme «réseau» et le terme «suivi» soient au cœur de la formule. Et j'ajouterais que les CLSC continueraient là-dedans d'avoir un rôle prépondérant.

Donc, il s'agit tout simplement d'adapter, Mme la députée, M. le Président, la formule qui est très prometteuse. Et, moi, d'ailleurs, je complimente l'ancien gouvernement pour avoir mis au point cette formule des groupes de médecine de famille, mais il faut l'adapter aux circonstances particulières. Parce que, si on regarde l'ensemble des régions du Québec, il y a beaucoup de régions où ça fonctionne très bien, pour la raison suivante: c'est que les médecins en région fonctionnent souvent, dans les faits, dans une organisation qui est très proche de celle d'un groupe de médecine de famille, alors qu'en ville ce n'est pas tout à fait la même chose.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Financement de la formule de clinique réseau

Mme Harel: Alors, M. le Président, est-ce que cette formule de clinique réseau dont parle le ministre va être financée au même niveau que la formule de groupes de médecine de famille?

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, l'enveloppe va être celle de ce qu'on appelle... on pourrait maintenant rebaptiser l'enveloppe — plutôt que l'enveloppe groupe de médecine de famille — enveloppe de soins de première ligne ou de soins médicaux de première ligne. Alors, par exemple, dans l'enveloppe de 30 millions qu'on a dégagée pour la médecine de première ligne, il y en a une partie qui va être mise de côté pour spécifiquement financer des adaptations montréalaises de la formule telle que, par exemple, celle de la clinique L'Actuel, Clinique du Quartier Latin ou ces cliniques réseau dont on parlait plus tôt.

Nombre de groupes de médecine de famille prévu à Montréal

Mme Harel: Quel est votre objectif à Montréal, par exemple, en matière de mise en place de véritables groupes de médecine familiale?

M. Couillard: Là, vous parlez... si on parle des véritables groupes de médecine de famille orthodoxes, si je peux m'exprimer ainsi, là, c'est difficile de fixer un objectif parce que, de toute évidence, on est très loin de l'objectif que le gouvernement précédent s'était fixé. On risque de ne jamais l'atteindre, compte tenu du rythme auquel les projets se développent à Montréal. J'aimerais plutôt, moi, donner l'objectif d'offrir des soins continus 24 heures par jour, sept jours semaine à tous les citoyens de l'île de Montréal, dans les toutes les régions et les quartiers de l'île de Montréal. Et je pense que c'est plutôt l'objectif qu'on poursuit. Est-ce qu'on peut le chiffrer précisément? C'est difficile parce qu'il y a plusieurs îlots, il y a plusieurs sous-régions à l'île de Montréal avec des besoins qui vont varier grandement selon, entre autres, le profil socioéconomique de la région ou du quartier qu'on discute.

Mais l'objectif, on préfère l'énoncer de façon globale, c'est l'obtention ou la mise en disponibilité de soins médicaux suivis, continus, 24 heures par jour, sept jours semaine, pour tous les patients du Québec, tel que le gouvernement précédent l'avait d'ailleurs énoncé. Et je pense que tout le monde s'entend pour dire que l'amélioration de nos problèmes dans les centres hospitaliers, que ce soit l'engorgement des salles d'urgence ou le problème d'accès aux lits d'hospitalisation pour la chirurgie, passe en grande partie par une amélioration des services de proximité, que ce soient le maintien à domicile, l'hébergement et les soins de première ligne.

• (14 h 20) •

Alors, c'est dans cette optique-là qu'on veut continuer les efforts. Ils ont été faits cette année à la hauteur de 30 millions récurrents. Rappelons toujours qu'il s'agit toujours d'ajout de sommes récurrentes, et certainement que l'effort de l'an prochain sera poursuivi dans le même sens.

Soutien informatique à l'intention des groupes de médecine de famille

Mme Harel: Un groupe de médecine de famille implanté depuis quelques mois au Lac-Etchemin a fait un bilan très, très positif, là, de l'expérience, considérant qu'ils ne pourraient plus s'en passer. Mais, en même temps, ils ont souhaité plus d'encadrement de la part du ministère, de la part du gouvernement, notamment pour être en mesure d'être en réseau avec d'autres groupes de médecine de famille, et puis ils ont aussi déploré que le soutien informatique tarde à venir. Alors, où en êtes-vous, là, à ce niveau-là?

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

M. Couillard: J'ai entendu également, j'ai lu ou entendu — je ne me souviens plus, là, avec tous les journaux qu'on lit, puis les émissions de radio qu'on écoute — le commentaire des collègues ou de mes ex-collègues qui sont maintenant des médecins à Etchemin. Je trouvais ça intéressant, effectivement, de voir qu'ils étaient heureux de la formule. Et ce qui les satisfaisait le plus dans la formule — je pense que Mme la députée sera heureuse de le dire — c'est la collaboration puis l'interdisciplinarité avec les infirmières, ce qui rejoint un peu notre projet, là, d'impliquer encore plus les infirmières dans les soins de première ligne.

Maintenant, la suggestion qu'ils font est excellente, c'est-à-dire de pouvoir mettre les groupes de médecine de famille en communication les uns avec les autres pour pouvoir partager des expériences, et ça, je pense qu'il y a moyen, je pense, de réaliser cet objectif-là, et on verra comment le faire, mais ça me paraît tout à fait judicieux.

Pour ce qui est des ressources informatiques, bien là les conditions sont claires dans les contrats d'établissement des groupes de médecine de famille. Ils ne varient pas pour Etchemin par rapport à tous les autres groupes de médecine de famille. Il y a, par exemple, un budget, je crois, de 75 000 \$ — on me corrigera si ce n'est pas le cas — 75 000 \$ pour l'acquisition d'équipements informatiques, et ce n'est pas différent pour le groupe de médecine de famille d'Etchemin que pour tous les autres groupes de médecine de famille qui ont vu le jour.

Et, dans l'état actuel du système ou du cadre du groupe de médecine de famille, il n'est pas possible de faire une réallocation des fonds d'un secteur à l'autre. Ça fait que, si on désirait, par exemple, ne pas utiliser l'argent pour le matériel informatique, de 75 000 \$, pour, à la place, engager une personne ou deux, dans l'état actuel de la formule, ce n'est pas possible de le faire. C'est la façon dont le système, ou la formule, a été bâti.

Mme Harel: Mais je comprends que ce groupe du Lac-Etchemin se plaint surtout, déplore surtout que le soutien informatique ne se soit pas concrétisé et, au contraire, souhaiterait qu'il puisse se réaliser. C'est donc dire qu'ils n'ont pas eu accès à ce 75 000 \$ dont parle le ministre.

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

M. Couillard: Le retard qu'il y a dans le déploiement des ressources informatiques, ce n'est pas lié à l'équipement, c'est certains logiciels qui ne sont pas encore terminés, en développement. On s'attend à ce que les logiciels soient disponibles à l'automne. Vous comprenez que c'est des logiciels un peu complexes parce qu'il faut assurer une communication entre les établissements, entre les médecins...

Une voix: ...

M. Couillard: Pardon? Et, également, on veut respecter la confidentialité des données qui circulent dans ces réseaux informatiques là. Alors, on est confiants de pouvoir déployer ces logiciels pour l'automne, M. le Président.

Mme Harel: Bon, mais ça nous ferait...

M. Couillard: Est-ce que je pourrais juste ajouter un suivi, pour...

Le Président (M. Copeman): Bien sûr.

Subventions gouvernementales accordées au magazine *Médecine/Sciences* (suite)

M. Couillard: Un sujet que vous avez soulevé hier, Mme la députée, qui m'a, je dirais, préoccupé. C'est celui de la revue, là...

Mme Harel: Ah! oui.

M. Couillard: *Médecine...*

Mme Harel: *Médecine/Sciences.*

M. Couillard: *Médecine/Sciences.* Alors, ce qui est arrivé, c'est que, effectivement, il y a eu une entente France-Québec pour la subvention de cette revue, qui durait jusqu'en 2007. Une partie du financement de la revue demeure assurée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, on continue de l'assurer. Une partie importante de la subvention, plus de 150 000 \$ a été déplacée du ministère de la Santé et des Services sociaux vers le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie.

On a sensibilisé, et au cours des heures actuelles, on est en train, encore, de sensibiliser nos collègues. À ce que je sache, la subvention n'a pas été coupée, elle n'a pas été enlevée, mais on considèrerait la possibilité de le faire, et on va leur rappeler l'importance de préserver les moyens d'expression francophone pour les scientifiques, l'importance, également, de connaître le fait qu'il s'agissait d'une entente signée jusqu'à 2007.

Alors, je voudrais dire à Mme la députée que je suis, je dirais, sensible à l'importance de la question, et qu'on va faire les représentations nécessaires pour cet aspect des choses.

Mme Harel: Je vous en remercie au nom du Dr Bergeron. Je...

M. Couillard: Qui a d'ailleurs déjà été mon professeur à la faculté de médecine, en physiologie.

Mme Harel: Bien. Alors, vous le connaissez? Hein, vous savez la pugnacité de ses engagements, et je suis très contente pour lui qu'il puisse vous compter parmi ses alliés.

Régie de l'assurance maladie du Québec

Discussion générale

Confidentialité des dossiers

Alors, nous allons donc aborder le dossier de la Régie de l'assurance maladie du Québec, si vous me permettez, comme ça, de but en blanc, puisque vous parliez tantôt, M. le ministre, du logiciel qui devrait être mis au point pour permettre la confidentialité des groupes de médecine de famille.

Il y avait aujourd'hui même dans *Le Journal de Québec* — j'imagine que c'était le cas dans *Le Journal de Montréal* également — un article sur le manque de confidentialité de certains dossiers relevant de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Je souris à l'arrivée de ma collègue, mais ce n'est pas un sujet qui fait sourire, M. le Président, vous le comprendrez certainement. Évidemment, c'est assez accablant de voir que tant de données nominatives relatives à des personnes puissent ainsi être accumulées.

Alors, j'aimerais savoir si vous avez pris connaissance de ce dossier et qu'est-ce que vous entendez faire, là, par rapport à cette situation.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, j'imagine que vous allez vouloir donner des explications assez détaillées là-dessus, on risque de dépasser le bloc de 20 minutes, mais je vais le permettre pour qu'on puisse au moins tenter d'évacuer dans un premier temps cette question importante. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Effectivement, on a tous été préoccupés par cet article ce matin, dans *Le Journal de Québec*, et tout ce qui touche à la confidentialité des données nominatives personnelles est de la plus haute importance, et on a eu des exemples passés dans d'autres ministères où ça a été particulièrement difficile de respecter ce principe. Mais, cependant, j'aimerais ici mettre les choses dans leur perspective et expliquer pourquoi effectivement il s'agit d'un problème très préoccupant. Et les explications que je vais donner vont également permettre de comprendre pourquoi quelqu'un comme M. Paul Brunet, le président du Conseil des malades, n'est pas du tout inquiet du fait que des enquêtes soient faites par la Régie de l'assurance maladie du Québec. C'est l'aspect de la confidentialité, ici, qui est important.

Alors, la Régie de l'assurance maladie du Québec peut détenir des renseignements sur des personnes, effectivement, mais ce n'est pas sur tous les Québécois. Rassurons d'abord la population, c'est seulement sur des gens dont on soupçonne qu'ils ne sont pas admissibles au régime d'assurance maladie du Québec, souvent pour des raisons d'absence du territoire québécois pour plus de 183 jours par année. Chaque année, il y a plus ou moins 300 enquêtes qui sont entreprises auprès de personnes soupçonnées de ne pas être admissibles, et c'est le nombre d'enquêtes qui sont faites par année sur une population de plus de 7 millions de personnes. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène étendu ni général de possession de renseignements personnels sur l'ensemble de la population.

On rappelle que, dans la mission même de la Régie de l'assurance maladie du Québec, cet organisme doit s'assurer que les personnes qui bénéficient de l'assurance maladie y sont véritablement admissibles. Et, comme gestionnaires responsables des fonds publics, autant moi-même que...

En passant, j'ai oublié de vous le présenter, à ma droite — mais tout le monde le connaît, c'est probablement pour ça que je suis passé rapidement — M. Pierre Roy, qui est PDG de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui a déjà été sous-ministre en titre à la Santé et Services sociaux, et je le remercie de sa présence aujourd'hui.

Donc, on a la responsabilité, comme gestionnaires élus ou dirigeants de la fonction publique, de s'assurer que les fonds alloués à l'assurance maladie sont bien utilisés, et il s'agit de gestion correcte des fonds publics et d'équité.

Par la loi, d'ailleurs, il faut noter que c'est tout à fait légal. Il n'y a rien d'illégal dans le fait de faire des enquêtes; la loi prévoit que la Régie dispose de pouvoirs d'enquête et que les processus en découlant sont conformes également à des règles bien définies. De plus, il faut savoir qu'il y a une entente, conclue en 1986 avec le gouvernement fédéral, qui nous permet d'échanger de l'information, dans ce contexte seulement, sans le

consentement des personnes concernées. Et ça fait longtemps que ça se fait à la Régie de l'assurance maladie du Québec et dans d'autres organismes également. Elle nous permet donc de recueillir les renseignements nécessaires pour la preuve d'admissibilité.

Si vous me permettez, je vais prendre quelques minutes pour donner des exemples des types de renseignements qui sont obtenus par la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'établissement de la preuve sur l'admissibilité. Donc, le tout commence en général avec le déclenchement d'une enquête qui concerne des cas douteux, et l'élément de doute provient de diverses sources: ça peut être des dénonciations provenant de citoyens voisins, qui sont la plupart du temps anonymes, ou des employés de la direction de l'admissibilité, lorsqu'ils ont des doutes raisonnables sur l'admissibilité d'une personne qui demande le renouvellement de son inscription, de sa carte d'assurance maladie.

Alors, les éléments de preuve recherchés qui permettent donc directement ou indirectement de statuer sur le fait que la personne réside ou pas sur le territoire sont les suivants, et ce n'est pas exclusif, c'est notamment les éléments suivants: le statut de propriétaire ou de locataire; la perception des voisins, parents, amis, éducateurs en garderie; l'analyse des comptes bancaires, des comptes de services tels que Bell Canada ou Hydro-Québec; les cartes de crédit; l'enregistrement des enfants dans les maisons d'enseignement: si, par exemple, on nous dit que la personne est présente au Québec, et qu'elle a des enfants pendant plus de 183 jours, et qu'il n'y a aucun de ses enfants qui est inscrit dans une institution d'enseignement, on est en droit de se demander si effectivement la personne est résidente au Québec; des renseignements fournis au Bureau des passeports, etc.; et, encore une fois, des documents dans le cadre de l'entente avec le gouvernement fédéral qui a été conclue en 1986.

• (14 h 30) •

Au point de vue des résultats de ces enquêtes, et je pense que c'est important parce que les citoyens demanderaient à bon droit quel est le résultat en termes de démonstration de non-admissibilité de ces enquêtes, sur les 300 enquêtes, les résultats montrent que, dans plus de 60 %, 60 % des enquêtes, on démontre que la personne n'est pas admissible au régime d'assurance maladie du Québec. Je pense que ça témoigne du haut degré de rigueur dans le démarrage des enquêtes. Il ne s'agit pas d'un processus large. Je pense que ce chiffre de 60 % indique qu'il s'agit d'un processus qui est sélectif et qui n'est débuté que lorsqu'on a des fortes raisons de présumer que la personne effectivement pourrait ne pas résider sur le territoire québécois plus de 183 jours par année, et c'est la vérification qu'on fait le plus fréquemment.

Maintenant, ce qui est inquiétant également, pas également, mais ce qui est véritablement inquiétant dans les éléments que nous discutons aujourd'hui, à mon avis, ce n'est pas le fait que des enquêtes soient faites, c'est le fait que ceci ait été rendu public et que même, notamment, un journaliste ait pu avoir accès à des documents qui sont de nature extrêmement privée et confidentielle. Je pense que, dans l'élément qu'on discute aujourd'hui, c'est ça qui devrait faire l'objet de notre interrogation plutôt que le fait qu'il existe

effectivement des enquêtes et des données nominatives sur 300 personnes sur 7,2 millions de Québécois.

Alors, je dois dire que, à l'intérieur de la Régie de l'assurance maladie du Québec, il y a eu une enquête très poussée qui a été rapidement enclenchée, parce que ces faits-là étaient soupçonnés déjà depuis quelques jours. On est en train de compléter cette enquête, de sorte qu'on pourra déterminer l'origine de la fuite en question. Ça devrait être relativement je ne dirais pas facile, parce qu'il n'y a jamais rien de facile dans ces cas-là, mais, compte tenu de la nature des documents qui ont été publiés ce matin dans *Le Journal de Québec*, ça devrait être relativement aisé de remonter à la source de ces documents-là. La loi prévoit que, lorsqu'un employé est engagé à la Régie de l'assurance maladie du Québec, il est informé, il ou elle est informé, qu'il ou elle est soumise à la plus stricte des règles concernant la confidentialité et qu'advenant le cas où cette règle de confidentialité était brisée il pourrait y avoir des sanctions qui vont des sanctions disciplinaires jusqu'à des poursuites pénales. Alors, ça, c'est clair pour tous les employés de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Et j'ai bon espoir que le personnel administratif de la Régie, et je dois dire que le président-directeur général suit les événements avec énormément d'attention, devrait pouvoir faire déboucher cette enquête très rapidement. Les éléments de preuve sont, je dirais, très probants.

Alors, encore une fois, je pense que c'est ce qui doit être préoccupant ici, là. Je ne voudrais pas que les citoyens et les citoyennes du Québec, à défaut ou à tort, s'indignent du fait ou s'inquiètent du fait qu'on enquête. Je pense qu'au contraire ils devraient être satisfaits de voir qu'on gère les fonds de façon responsable et qu'on s'assure que les gens qui obtiennent les services publics, qui y ont véritablement droit, ceci, encore une fois, dans un souci d'équité, la divulgation publique de documents de nature confidentielle est inacceptable. Il n'y a aucune tolérance pour ce genre de processus là. L'enquête sera complétée, et les démarches pénales ou autres nécessaires seront alors prises, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Sur la même question, Mme la députée?

Mme Harel: Oui, M. le Président, sur la même question. Est-ce que les procédures mises en place par la Régie et les traitements des dossiers ont fait l'objet d'une validation par la Commission d'accès à l'information?

M. Couillard: Si vous me permettez, je permettrais à M. Roy de répondre à cette question, étant donné qu'il est au courant des détails. S'il y a consentement, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a consentement des membres de la commission pour permettre à M. Roy de répondre? Consentement. Allez-y, M. Roy.

M. Roy (Pierre): Merci, M. le Président. Oui, effectivement, je dirais l'ensemble des procédures relatives à l'obtention d'informations reliées aux enquêtes sont tout à fait conformes, d'une part, à la

législation québécoise relative à la protection des renseignements personnels, également à la législation fédérale, puisqu'il y a souvent des transmissions d'informations entre niveaux de gouvernement. Les ententes, qui ont été conclues en 1986 entre le gouvernement du Québec et le gouvernement fédéral, font explicitement référence au respect des lois concernant la protection des renseignements personnels.

Le Président (M. Copeman): Mme la... Est-ce que ça...

Mme Harel: En fait, la question étant: Est-ce que ça a été validé, tout cela, par la Commission d'accès à l'information?

M. Roy (Pierre): Oui, exact.

Mme Harel: Bien, dans ce contexte-là, je crois que le problème est véritablement un problème de fuite de documents et non pas un problème d'enquête. Comment se fait-il, comme vous le disiez, M. le ministre, que ces documents, qui sont hautement confidentiels et nominatifs, se soient retrouvés sur le pupitre d'un journaliste? Je crois que le problème se situe à ce niveau-là.

M. Couillard: Si je pouvais répondre rapidement, puis je ne prendrai pas beaucoup de temps là-dessus parce que c'est très important de rassurer la population.

C'est la première fois, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, c'est la première fois en 33 ans qu'il se produit une fuite semblable. Alors, n'en faisons pas, s'il vous plaît, un phénomène régulier ou fréquent ou routinier. Une seule fois en 33 ans, cet élément, cet événement malheureux s'est produit. L'enquête progresse bien, et la situation sera abordée avec la plus extrême rigueur.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, maintenant, M. le député de Vimont.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Moi, je vais vous poser une question au niveau du régime d'assurance médicaments, M. le ministre. On sait que les personnes les plus vulnérables, surtout celles qui sont... bon, les personnes âgées, les personnes en voie de vieillissement. En tout cas, dans mon comté, je peux vous dire qu'il y en a qui malheureusement doivent se priver des médicaments qui leur sont prescrits parce que, bon, on sait bien, les revenus étant fixes de leur côté, ils n'ont pas une source de revenus additionnels, surtout quand on voit, bon, des veuves, etc., qui vivent des moments très difficiles. Ils ont même de la misère, des fois, à se loger décemment, et il faut donner un exemple. Puis une chance, d'un côté, qu'on a des organismes communautaires pour venir aider ces gens-là, soit, par exemple, la Popote.

J'ai une petite madame, moi, qui s'appelle Mme Gagnon, et Mme Gagnon a dû, dans les... même dans la dernière année, est venue me rencontrer dernièrement à mon comté pour me faire part qu'elle n'était plus capable d'arriver, elle avait beaucoup de

misère, et elle a, bon, une panoplie de médicaments qu'elle doit prendre. Puis là je ne vous parle pas d'une dame qui visite médecin après médecin, bon, elle souffre de haute tension, etc. Donc, elle a dû faire des choix face aux médicaments ou de manger. Donc, même avec l'apport de l'aide alimentaire que la Popote de Sainte-Rose a pu lui apporter, malheureusement, elle n'est pas encore capable de se payer tous les médicaments possibles.

Puis je comprends bien que le FAM, le Fonds d'assurance médicaments, en juillet 2002, a regroupé toutes les clientèles. Lorsqu'on parle de regrouper toutes les clientèles — puis si jamais je me trompe, dites-moi-le, s'il vous plaît — on parle... ça inclut les gens de 65 ans et plus, les prestataires d'assurance emploi, et donc tous les adhérents, et ce Fonds-là a comme objectif de défrayer les dépenses nettes des médicaments.

Vous avez même récemment vu l'état du système, vous avez fait une annonce pour assurer sa viabilité que, je pense, on ne met pas en doute, là, la raison d'être du système, que vous n'aviez pas eu le choix, il fallait que vous procédiez à une hausse des frais que les adhérents... les cotisations des adhérents, malgré la bonne volonté de vouloir maintenir les frais le plus bas possible.

Mesures visant à freiner l'augmentation des coûts des médicaments et du régime d'assurance médicaments

Moi, j'aimerais, si vous me permettez... de me répondre à deux niveaux, deux questions, deux volets dans la question, parce que, moi, j'ai toujours Mme Gagnon en tête quand je vous pose cette question-là: Est-ce que le gouvernement a prévu certaines mesures pour freiner... parce que le gros problème, on parle toujours de coûts des médicaments, est-ce qu'il y a des mesures pour freiner la croissance des coûts des médicaments au cours des prochaines années? Ça, c'est la première partie. Et, de votre côté, est-ce que vous allez prendre les moyens pour rendre le prix des médicaments abordable pour justement s'assurer... parce que c'est deux volets différents.

On sait que les médicaments peuvent... il faut trouver un moyen de les freiner, mais il faut également voir à rendre ces médicaments-là abordables pour que ce ne soit pas, d'un autre côté, le régime d'État qui subisse la pression, donc, retourne en déficit.

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

M. Couillard: Alors, la question de mon collègue me permet de faire le point sur plusieurs éléments importants du régime général d'assurance médicaments. D'abord, donnons quelques éléments au sujet des augmentations des coûts des médicaments, c'est un problème qui préoccupe beaucoup, à bon droit, la population. Je vais donner quelques chiffres, sans en abuser, parce qu'une succession de chiffres, on vient rapidement, là, perdus, puis je ne voudrais pas que notre auditoire se décourage trop tôt.

Si on regarde les quatre dernières années, le rythme moyen d'augmentation du régime a été de 16 %. Mentionnons cependant que, pour la même période, le

rythme d'augmentation des régimes privés a été de 18 %. Cependant, en toute justice, il faut mentionner que les régimes privés... — sept ans de malheur; non, il ne s'est pas cassé — il faut mentionner que les régimes privés... Deux mandats d'opposition...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Quatre ans.

Le Président (M. Copeman): Il faut vivre avec votre réponse, M. le ministre.

● (14 h 40) ●

M. Couillard: Il faut considérer que les régimes privés offrent des services supplémentaires par rapport aux médicaments — on parle de lunettes, etc., ou services dentaires dans certains cas — de sorte que les comparaisons, il faut être prudents lorsqu'on les fait.

Ce qu'il faut également noter, puis ça me permet de faire une remarque, je dirais, sur l'économie générale des soins de santé et de services sociaux, c'est qu'il y a une perception dans la population, une certaine partie de la population, que, par définition, un régime privé est moins coûteux à administrer qu'un régime public. Or, c'est le contraire. Le régime public d'assurance médicaments est moins coûteux à administrer que les régimes privés. Je pense que c'est important que les gens prennent conscience de ça.

On note cependant, au cours des dernières années, un certain, je dirais, fléchissement des pourcentages d'augmentation des coûts des médicaments. Je vais donner rapidement quelques exemples. Les coûts ont augmenté de 17,8 % en 1998-1999; 19,2 % en 1999-2000; 23,4 % en 2000-2001; mais après, 2001-2002, 14,3 %; 2002-2003, 11 %; et la projection qu'on a actuellement pour 2003-2004, et naturellement il ne s'agit que d'une prévision, tourne autour de 11,9 %. Donc, les coûts augmentent encore de façon importante, plus rapidement que les dépenses générales de l'État et même que de l'augmentation des dépenses en santé et services sociaux, mais cependant il semble y avoir un certain aplatissement de la courbe et une tendance je ne dirais pas à un contrôle, mais à une amélioration du rythme de croissance du coût des médicaments.

Alors, qu'allons-nous faire pour freiner la croissance, parce qu'il va toujours y avoir croissance, mais freiner ou contrôler la croissance des coûts du médicament? D'abord, dans un sujet connexe, vous avez fait mention tantôt du fait qu'on avait dû augmenter les contributions de certains assurés. On a pris soin d'épargner les gens les plus vulnérables dans ces augmentations-là. Et je profite de l'occasion pour répéter que nous maintenons notre engagement, à titre de gouvernement, pris durant la campagne électorale d'assurer la gratuité pour les prestataires d'assurance emploi ainsi que pour les personnes âgées qui reçoivent le supplément de revenu garanti maximum. Alors, ça, c'est un engagement sur lequel nous ne revenons pas et qui sera accompli. On estime actuellement le coût de cet engagement à peu près 22 millions de dollars, si on devait le faire actuellement.

Alors, quelle politique allons-nous donc suivre pour contrôler les coûts, la croissance des coûts de médicaments? Là encore, M. le Président, il s'agit de

continuité, il s'agit de politiques qui avaient été entreprises déjà depuis quelque temps et que nous allons poursuivre et auxquelles nous pourrions ajouter également des éléments de notre cru, bien sûr.

Les nouvelles orientations du Conseil du médicament. Vous savez que c'est une création récente qui a regroupé plusieurs organismes comme le Conseil consultatif en pharmacologie et autres organismes touchant les médicaments. Ce Conseil — j'en ai rencontré le président et d'autres membres de la direction — est déjà très efficace dans ses actions, fait une étude extrêmement rigoureuse et scientifique des médicaments dont on demande l'inscription sur la liste, et déjà des décisions sont prises, qui sont secondaires à l'analyse de données probantes et validées sur le plan scientifique.

L'inscription se fera dorénavant en fonction de quatre critères au lieu de deux, ce qui permettra de mieux prendre en compte les dimensions thérapeutiques, sociales et économiques. Par ailleurs, le nombre de revues d'utilisation sera augmenté, ce qui améliorera le suivi de l'utilisation des médicaments. Je donne toujours le même exemple parce que je pense que ça instruit bien nos électeurs puis la population. Si on regarde, par exemple, le traitement de l'hypertension artérielle, il y a eu une étude qui a été publiée récemment qui compare l'efficacité de médicaments qu'on utilisait il y a presque 30 ans, des médicaments pour uriner, là, les diurétiques, avec un autre médicament qu'on peut y ajouter ou non, mais qui existaient déjà il y a 30 ans, avec les nouveaux médicaments très coûteux dont on dispose maintenant sur le marché. Or, il s'avère que l'efficacité est à peu près identique. Donc, on a intérêt à mieux éduquer notre population mais on a intérêt également à mieux éduquer notre population médicale sur l'intérêt qu'il y a, dans un souci de responsabilisation sociale, à prescrire les médicaments qui, à efficacité égale, ont un coût moindre.

Il y a eu également des ententes de partenariat qui ont été conclues par le gouvernement précédent avec l'industrie pharmaceutique. Il y a eu une entente générale puis deux ententes spécifiques dans le cas de deux types de médicaments, ce qu'on appelle les IPP ou les inhibiteurs de la pompe à protons — il me semble que c'est presque romantique comme nom de médicament, mais c'est moins romantique quand on considère qu'il s'agit de médicaments pour traiter le reflux gastrique — et l'autre classe de médicaments, c'est les coxibs, qui sont les nouveaux anti-inflammatoires non stéroïdiens qui sont largement utilisés. Bon. On avait escompté des revenus importants ou des économies importantes de ces études-là. Je dois dire qu'à date les résultats ne semblent pas être au rendez-vous de façon aussi marquée que nous l'aurions souhaité. Mais ce type d'entente, quand même, a un avenir. Ça permet de réaliser des activités de formation, d'information et de sensibilisation pour les professionnels de la santé, et ces ententes s'appuient sur un ensemble de règles de bonne pratique et de données scientifiques probantes sur l'utilisation des médicaments.

On a également bien sûr, dans un souci de saine gestion, pris des mesures pour récupérer des montants de primes impayées et pour recevoir des montants payés en trop aux assurés.

On va également donner un mandat précis sur le prix des médicaments. Il y a un comité multipartite entre

le ministère Santé et Services sociaux, la RAMQ et le Conseil du médicament qui a été mis en place pour examiner l'ensemble des aspects qui ont trait au prix des médicaments incluant la question — et c'est important de le mentionner — incluant la question des pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques à l'égard non seulement des pharmaciens, mais également des médecins. Et ceci sera abordé de façon particulière parce que, bien sûr, il s'agit d'une question qui a soulevé beaucoup d'agitation ou d'inquiétude dans la population et qui a fait l'objet de plusieurs rapports dans les médias.

Nous allons également faire un portrait détaillé de la situation qui existe au Québec par rapport à ce qui existe dans d'autres provinces canadiennes, aux États-Unis et dans certains pays européens. Il faut considérer, par exemple, le fait qu'au Québec ou au Canada les médicaments augmentent de coût moins vite, ils sont en général moins coûteux qu'aux États-Unis, ce qui explique que beaucoup de nos voisins du Sud traversent la frontière souvent pour venir se procurer leurs médicaments chez nous. Les différents modes de fixation du prix des médicaments feront l'objet d'une attention approfondie pour en évaluer les avantages et les inconvénients respectifs.

Alors, il faut également, là, valider et balancer tous les intérêts qui se feront valoir. On a, d'une part, les groupes populaires surtout et les syndicats qui souhaitent qu'on impose un juste prix à l'industrie. D'autre part, les compagnies pharmaceutiques, et il faut toujours se souvenir qu'on est heureux au Québec de pouvoir compter sur la présence d'une industrie pharmaceutique d'innovation de haut niveau qui a d'importantes retombées en termes de valeur ajoutée et en termes économiques pour notre territoire. On fera donc, au ministère de la Santé et des Services sociaux, cet arbitrage en tenant compte, d'une part, des besoins légitimes de la population et, d'autre part, du bénéfice pour l'ensemble de la population de la présence de cette industrie sur notre territoire.

Mais à la lumière de ces observations, le comité formulera des recommandations pour s'assurer que le régime paie le moins cher possible pour le médicament. On s'attend à ce que le rapport final de ce comité soit déposé à l'automne 2004. Donc, nous ne nous hâterons pas, nous allons prendre le temps de bien évaluer tous les aspects de la question. D'ici là, vous savez, notre régime général d'assurance médicaments, quoique complexe — et je pense que tous s'entendent pour dire qu'il est assez complexe — est quand même généreux et beaucoup plus généreux que ce qui s'observe dans toutes les autres provinces canadiennes.

Enfin, nous allons élaborer une politique du médicament qui nous mènera, d'ici la fin de notre premier mandat, à rétablir, je le répète encore une fois, la gratuité des médicaments pour les prestataires de l'assurance emploi et pour les aînés qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti. Nous croyons que la place grandissante des médicaments dans notre système de soins de santé justifie qu'on ne peut plus considérer cet aspect de l'équation comme un élément étranger ou un corps étranger dans le système; c'est un élément qui fait partie intégrante des soins de santé, et il faut le traiter comme tel.

On sait également, comme l'a montré le rapport Tamblin, que l'accessibilité aux médicaments, lorsqu'elle est réduite, a des effets très néfastes sur la... je dirais, l'état de santé des individus, et on a des impacts, en plus, sur le réseau de santé en général souvent liés à une mauvaise utilisation des médicaments. Par exemple, on estime que 20 à 25 % des personnes qui sont admises à l'hôpital le sont parce qu'elles ont mal pris ou mal utilisé leurs médicaments. Et on considère également que toutes les composantes de notre système sont en corrélation. C'est très difficile d'obtenir des véritables études qu'on appelle pharmaco-économiques sur l'impact réel des médicaments sur le système de santé. Il est clair, par exemple, que de prendre tel médicament peut empêcher une personne d'avoir à subir une chirurgie ou d'être hospitalisée, mais c'est très difficile de chiffrer ça de façon précise.

On va également donc compléter cette démarche de politique du médicament qui comportera quatre grands axes: la disponibilité des médicaments, l'accessibilité aux médicaments, la détermination d'un prix raisonnable — en référence, donc, aux données que nous fournira le comité tripartite — et, bien sûr, leur utilisation optimale.

Vous savez qu'au Québec on est la province qui a certaines caractéristiques, on est la province où il y a le plus de prescriptions ou d'ordonnances par habitant au Canada. Il y a probablement un aspect culturel là-dedans, je ne pense pas que ce soit nécessairement lié à la présence de l'industrie pharmaceutique chez nous. Les Français consomment encore plus, puis je pense qu'on me disait les Japonais également sont des grands consommateurs de médicaments. On a peut-être développé l'attitude chez nous plus qu'ailleurs de considérer qu'une visite chez le médecin qui ne se conclut pas par une ordonnance n'est pas une visite efficace. Et ça, je pense qu'il y a un effort d'éducation à faire autant chez la population que chez les médecins. Donc, les grands axes de la politique du médicament verront à développer des programmes de promotion et de prévention en matière de consommation de médicaments, d'améliorer la façon dont les médicaments sont utilisés, de valoriser le rôle conseil du pharmacien, de développer la recherche d'équilibre entre une gestion efficace des médicaments et une accessibilité raisonnable et équitable, avoir de réels partenariats — et on espère que ces partenariats porteront les fruits escomptés — avec l'industrie pharmaceutique et d'autres éléments.

● (14 h 50) ●

Donc, on devrait pouvoir, compte tenu du dépôt du mandat du comité tripartite prévu pour le début de l'automne 2004, être en mesure de déposer l'ensemble de la politique pour la fin de l'année 2004, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. M. le député de Vimont.

Non-gratuité des médicaments pour les personnes âgées ne recevant pas le supplément de revenu garanti maximum

M. Auclair: Juste revoir un petit peu en relief. Vous avez parlé, bon, de la politique de notre gouvernement qui est, dans un avenir rapproché, de rendre la gratuité

aux prestataires d'assistance-emploi ainsi que les personnes qui ont le droit au maximum du supplément de revenu. Pour ce qui est de ceux qui n'ont pas le maximum, parce que c'est une question qui nous revient souvent, pour ceux qui n'ont pas le maximum du supplément de revenu, eux, vont se voir un peu... Comment va être le traitement? Est-ce que vous avez déjà une approche arrêtée à cet égard?

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

M. Couillard: C'est une question très pertinente, parce qu'elle montre que les engagements qu'on prend peuvent avoir des effets qui sont, je dirais, de type domino, là. Alors, par exemple, si on établit la gratuité... Et on le fera, là, je répète encore qu'on remplira notre engagement d'établir la gratuité pour les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées recevant le maximum du supplément de revenu garanti. Le coût de cette mesure-là est d'environ 22 millions de dollars. C'est à partir du moment où on bascule vers la gratuité vers les autres clientèles qu'on a des impacts en termes de coûts qui sont considérables parce que, là, par exemple, on tient compte des clientèles qui paient des primes annuelles. Les personnes dont j'ai parlé il y a quelque temps ne paient pas de prime, de sorte que l'impact, le coût de leur donner la gratuité ne se limite qu'à l'annulation de leur contribution directe, ce qui donc représente un coût de 22 millions de dollars. Si on analysait l'impact du coût d'étendre la gratuité à d'autres clientèles comme les personnes âgées ne bénéficiant pas du plein supplément de revenu garanti qui, elles, paient des primes, l'impact en termes de coûts est considérable, de sorte que ça me paraîtrait imprudent de prévoir d'emblée cette mesure avant qu'une politique des médicaments réellement efficace ait été mise sur pied. On parle d'au moins 75 millions de dollars de coûts si on étendait la gratuité à d'autres clientèles que celles qui ont été décrites précédemment.

Cependant, on est conscients du fait qu'il y a des gens qui ont des revenus qui ne sont pas tellement différents de ceux des clientèles auxquelles on va adresser la gratuité et qui pourront se sentir traitées de façon inéquitable, compte tenu du fait que leur revenu, n'étant pas très différent, elles pourront estimer qu'elles également auraient droit, auraient dû avoir droit à l'instauration de la gratuité. Mais, étant donné notre rôle de gestionnaires et de responsabilité pour l'utilisation des fonds publics, il faut qu'on soit conscients des conséquences financières et économiques de ça. Est-ce que c'est impossible de lier vraiment, je dirais, la gratuité ou la réduction des coûts au niveau de revenu des individus plutôt qu'à leur catégorie sociale? Il faut être très prudents parce que les catégories, telles qu'elles sont bâties actuellement, comportent le fait ou non de payer les primes, et c'est là que se situe l'instant de bascule vers les conséquences financières très élevées, très importantes. Je pense que, si on veut avoir une solution portante à long terme, une véritable politique du médicament et de contrôle des coûts du médicament, à mon avis, est la voie à suivre, et il faudrait attendre d'avoir vu les fruits de cette politique se manifester avant de prendre des engagements qui dépassent les 22 millions de dollars auxquels j'ai fait allusion plus tôt.

Le Président (M. Copeman): M. le député, si vous me permettez un commentaire.

M. Auclair: Oui.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, il y a une situation qui m'apparaît préoccupante dans le régime, qui est venue à mon attention depuis maintenant quelques années.

Annulation de l'assurance médicaments de personnes de 65 ans et plus par des assureurs collectifs privés

Il y a certaines tendances dans les pratiques des assureurs collectifs privés de transférer, une fois que leur clientèle est rendue à l'âge de 65 ans, transférer la portion assurance médicaments... d'annuler la portion assurance médicaments pour ces gens-là qui force la clientèle d'aller au régime général d'assurance médicaments. Ça a déjà existé, je l'ai déjà souligné à un de vos prédécesseurs et, à ma connaissance, ça continue. Ça se peut qu'on ait pris des correctifs, mais vous allez comprendre rapidement avec moi que, chez les personnes de 65 ans et plus qui ont une assurance collective souvent en vertu d'un lien d'employeur qui existait, et une fois qu'il arrive à l'âge de 65 ans, cet effet de vouloir annuler chez l'assureur collectif la couverture pour les médicaments force les gens d'aller sur le régime général d'assurance médicaments avec une charge financière importante pour le régime public. Et, moi, j'ai toujours trouvé cette pratique douteuse. Si les gens ont opté pour une assurance collective, qui avaient une assurance médicaments avant, et souvent ils sont juste avisés, hein, M. le ministre, ils ne sont pas consultés, ils ne sont pas demandés s'ils peuvent faire ça, ils reçoivent une lettre comme quoi vous n'êtes plus assurés pour la portion médicaments selon votre assurance collective. Ça m'apparaît très douteux.

Je ne sais pas si les autorités de la RAMQ ont regardé cette question-là et si on ne peut pas penser à amener une solution. Je vous écoute.

M. Couillard: M. le Président, vous touchez-là à l'élément essentiel dans notre régime public, qui est un mélange d'assurance et d'assistance. Alors, les clientèles vulnérables sont la clientèle type du régime général d'assurance médicaments, ne nous le cachons pas. J'aimerais cependant préciser que, lorsque la décision de transfert se fait à partir d'un régime privé collectif vers le régime public, c'est le bénéficiaire lui-même qui en prend la décision. Mais, n'en soyons pas dupes, oui, ce qui peut arriver, c'est qu'il soit effectivement poussé vers le régime public, étant donné la forte augmentation des primes qui lui sont présentées par son employeur à partir du moment où il devient dans une catégorie considérée comme à risque, ce qui revient à dire que, dans l'état actuel des choses, le régime public prend en charge actuellement la majeure partie de la population qui est à haut risque en termes de consommation de médicaments, tandis que le régime privé se voit confier l'assurance de personnes actives économiquement qui, de façon générale, consomment moins de médicaments que les personnes âgées bien sûr ou les gens défavorisés

économiquement. Alors, c'est le dilemme fondamental auquel on fait face.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, je vais retourner à mes sources, à mes informations parce que je suis loin d'être sûr que ce transfert se fait en tous les cas avec l'approbation du bénéficiaire. Je vais vérifier, puis on va poursuivre peut-être ce sujet à un moment ultérieur parce que, comme je vous ai dit, ma compréhension des choses est en partie que le bénéficiaire n'a pas de choix. Ils sont, de façon assez cavalière, informés que l'assurance collective en ce qui touche les médicaments est terminée. Ils n'ont pas d'autre choix que d'embarquer sur le régime général d'assurance médicaments, avec le fait que souvent leurs primes chez les assureurs collectifs ne diminuent pas trop en transférant, mais ils sont maintenant obligés de payer des primes avec le régime général d'assurance médicaments et, en plus, il y a une charge supplémentaire pour l'État.

Mais je vais vérifier. Si vous me dites que ça se fait uniquement avec l'approbation du bénéficiaire, ça me rassure. Je ne suis pas sûr que c'est le cas, mais je vais aller examiner la question un peu plus en profondeur.

M. Couillard: Brièvement, pour ne pas empiéter sur le droit de parole des collègues, là, effectivement, le bénéficiaire, à ma connaissance, doit poser un geste volontaire de sa part pour transférer au régime général s'il veut avoir une protection. Mais là c'est virtuel, parce que personne ne veut rester sans protection. Mais c'est la vocation même de notre régime général d'assurance médicaments public de prendre en charge les gens les plus vulnérables. Alors, c'est le problème, le dilemme encore auquel on fait face, c'est qu'on a à assurer non seulement l'assurance — excusez-moi de la répétition — des gens qui travaillent et qui ont un emploi autonome, mais également l'assistance pour les personnes âgées et les gens défavorisés économiquement.

Le Président (M. Copeman): Je comprends ça, M. le ministre. Mon point est plutôt la pratique chez les assureurs privés collectifs d'encourager ce transfert-là. Et même, j'irais plus loin, ce n'est pas un encouragement dans bien des cas, c'est une quasi-exigence, et c'est ça que je veux qu'on clarifie. Parce que je ne mets pas en question du tout la nécessité de l'État de prendre charge de ces personnes-là. Au contraire, c'est la vocation du régime. Ce que je mets en doute, c'est la pratique qui, en tout cas, selon certaines informations, est assez répandue chez les assureurs collectifs privés qui met fin à ça de façon unilatérale et qui oblige la personne de se transférer sur le régime général d'assurance médicaments. C'est la pratique du côté assureurs privés que j'aimerais qu'on examine.

M. Couillard: Oui, la couverture des 65 ans et plus, elle existait avant le régime général d'assurance médicaments, vous sachez, dans le régime public. Mais, regardez, on ne débattrait pas de détails. L'élément final de tout ça, c'est qu'effectivement les personnes de 65 ans et plus, directement ou indirectement, sont transférées vers le régime public. Que ce soit parce que

leur assureur augmente les primes de façon majeure, par exemple, leur donnant le choix entre n'avoir aucune couverture et aller au régime public, et, par définition, le choix raisonnable pour la personne est d'aller au régime public. Je suis d'accord avec vous.

● (15 heures) ●

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Non-gratuité des médicaments pour les personnes âgées ne recevant pas le supplément de revenu garanti maximum (suite)

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, j'aimerais, M. le Président, pour le bénéfice des membres de la commission et du ministre, relire la lettre adressée à la présidente du mouvement ATD Quart Monde, qui est un mouvement connu internationalement, qui a son siège social à Montréal mais qui existe à travers le monde, lequel mouvement s'occupe particulièrement des personnes très, très vulnérables et en difficulté.

Alors, c'est une lettre qui est datée du 7 avril, donc sept jours avant l'élection du 14. Et cette lettre est signée par le chef du Parti libéral du Québec, l'actuel premier ministre. Et cette lettre dit ceci: «Nos engagements prévoient déjà l'adoption de certaines mesures urgentes, dont la gratuité des médicaments pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu et les personnes assistées sociales, l'indexation des prestations de dernier recours, l'établissement d'un seuil minimal de prestations, barème-plancher, en deçà duquel aucune pénalité ne sera imposée, sauf en cas de fraude. De plus, le cadre financier de notre programme prévoit un investissement de 850 millions sur cinq ans au chapitre de la valorisation du travail et du soutien du revenu.» Je comprends que cette lettre est bien connue des membres de cette commission, puisqu'il y a eu dépôt ici même. Mais c'était sans doute pour aborder ces questions relatives au barème plancher et aux prestations de dernier recours.

Moi, j'aimerais savoir comment il est possible d'envisager qu'à ce stade-ci on restreigne aux personnes âgées recevant le maximum de supplément de revenu la gratuité qui leur a pourtant été promise pour l'ensemble des personnes âgées qui reçoivent le supplément de revenu. La différence est considérable: il s'agit en fait de 383 315 adultes qui sont âgés et qui reçoivent le supplément partiel de revenu garanti — alors, c'est presque 400 000 de nos concitoyens — alors que les personnes âgées qui reçoivent le maximum de supplément totalisent 45 000 adultes. C'est donc une proportion de 20 % seulement des personnes âgées dont le ministre nous a dit qu'elles bénéficieraient d'une promesse électorale qui s'adressait à 100 % d'entre elles.

Alors, je rappelle que ces chiffres étaient connus, les chiffres dont nous a parlé le ministre, à savoir... Cet élargissement de la gratuité à d'autres catégories de citoyens qui payaient des primes, notamment cette catégorie de personnes âgées recevant partiellement le supplément de revenu garanti, fait augmenter considérablement le coût, la facture de cette promesse électorale. Mais ce n'est pas nouveau. Ce n'est pas en arrivant au gouvernement que ça a été compris ou su. Le

gouvernement précédent l'avait déjà, à maintes reprises, fait savoir à l'opposition officielle de l'époque: 75 millions de plus. C'était un débat dont tous les paramètres étaient connus.

Alors là, qu'on nous dise aujourd'hui que seulement le cinquième des personnes âgées à qui on a promis la gratuité des médicaments vont en bénéficier, je dois vous dire, M. le Président, qu'il y en a beaucoup, là, qui vont être surpris, là, de ce qu'ils entendent aujourd'hui.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, oui, effectivement. Mais je voudrais quand même réitérer ces engagements-là et également introduire la notion que j'ai expliquée tantôt que la différence entre la population qui a le plein supplément de revenu garanti et ceux qui ont le supplément de revenu garanti partiel implique d'importants changements en matière de coûts.

Et on a déjà prévu dans notre cadre financier, de toute façon, 75 millions de plus pour l'assurance médicaments en 2004-2005. Alors, comme ça, là, de façon grossière, on pourrait dire que ça pourrait permettre de remplir l'engagement qu'on pourrait étendre au reste des personnes qui ont le supplément de revenu garanti, incluant ceux qui l'ont de façon partielle, mais le problème demeurera entier de toute façon parce que, même si vous comparez les gens, les personnes âgées qui ont le supplément de revenu garanti partiel, si vous les comparez aux adhérents qui ont le même revenu, bien, eux ne seront pas touchés par, donc, la gratuité. Il faudra qu'ils prennent en charge plus du fardeau pour les paiements de primes et contributions. Ça reste un problème difficile. Mais je relève dans notre cadre financier qu'on a prévu, pour 2004-2005, 75 millions de dollars supplémentaires.

Effectivement, ce que je peux dire de façon certaine actuellement, c'est que ceux qui ont le supplément de revenu garanti maximum vont pouvoir bénéficier rapidement de la gratuité de même que les prestataires d'assurance emploi, mais il serait quand même imprudent, à mon avis, d'aller plus loin sans qu'on ait vraiment une idée précise de la politique du médicament, du contrôle des coûts des médicaments, et ceci sera accompli à l'intérieur du mandat, M. le Président. Je pense que c'est bien clair. Ce qu'on vise comme principe, c'est d'assurer le plus bas coût possible des médicaments et, lorsque c'est possible, la gratuité pour les personnes les plus démunies de la société.

Je rappelle quand même, pour l'intérêt de l'auditoire, que les personnes qui pourraient être surprises de cette explication l'ont été tout au moins autant lorsque des hausses de près de 9 % et 10 % leur ont été imposées — si vous étiez dans l'opposition alors, vous en avez un bon souvenir — lors de l'adoption du projet de loi qui a encadré l'indexation annuelle, au mois de juillet, du régime général de l'assurance médicaments.

Alors, nous, on considère que c'est important de rétablir le contrôle des coûts, d'abord, en général, et rapidement donner la gratuité pour les deux catégories que j'ai mentionnées. Si on étend la gratuité pour les personnes âgées à un supplément de revenu garanti

partiel, tant mieux, on le fera, et l'engagement qu'on a pris pour l'injection de fonds en 2004-2005 devrait, à vue de nez, si vous me permettez l'expression, permettre de le faire. Mais il faut considérer qu'à ce moment-là on aura introduit un élément d'injustice supplémentaire. C'est que les gens qui ont des statuts d'adhérent ou qui ont des revenus égaux aux personnes âgées qui bénéficient du SRG partiel vont dire: Bien, pourquoi pas nous également? Et là on a un phénomène de dominos qui va s'enclencher et qui risque de contribuer à une forte explosion des coûts, et les contribuables qui paient des impôts, je ne suis pas certain qu'ils vont être heureux de l'augmentation des coûts qui va en résulter pour les autres catégories qui ne bénéficieront pas de la gratuité.

Alors, gardons l'oeil là-dessus, ayons une attitude de gestionnaires responsables et, moi, je pense que l'élément-clé dans l'amélioration de ce régime-là, qui, d'ailleurs — je l'ai déjà dit publiquement — est un acquis social important pour les Québécois et les Québécoises, l'élément-clé, ce n'est pas tellement la manipulation des catégories puis du régime lui-même, c'est l'adoption d'une véritable politique du médicament et du contrôle des coûts des médicaments. C'est de cette façon qu'on va être capables de se payer la gratuité pour toutes les clientèles, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Bien, écoutez, ce phénomène de dominos dont vous nous parlez cet après-midi, il n'est pas nouveau, il est connu. Il a fait l'objet d'heures, je pourrais dire de jours, de semaines de discussions et, malgré tout, le chef de votre formation politique, qui est l'actuel premier ministre, a choisi de s'engager à ce qu'il y ait une gratuité totale pour les personnes âgées, y compris celles qui recevaient partiellement le supplément de revenu garanti.

Alors, ce n'est pas en arrivant maintenant que vous l'avez découvert; il a tellement souvent été question de ça dans ce parlement, dans les commissions parlementaires, à l'Assemblée nationale. Donc, cette attitude de gestionnaires responsables, c'est une attitude de gestionnaires responsables qui est récemment acquise parce que cette attitude n'a pas été celle qui a présidé à l'engagement tel que signé par le chef du Parti libéral.

Alors, je comprends que vous appelez maintenant ceux qui sont les adhérents et qui pourraient avoir des revenus équivalents, n'est-ce pas, aux personnes âgées avec un supplément de revenu partiel, vous invoquez le fait que leurs revenus étant similaires ou équivalents verraient, disons, d'un très, très mauvais oeil que d'autres bénéficient de ce qui ne leur est pas acquis.

**Financement du coût des médicaments
pour les prestataires de l'assistance-emploi
et les personnes âgées recevant le supplément
de revenu garanti maximum**

Mais la question que je voudrais vous poser: Pour ces personnes que vous avez mentionnées, à savoir les prestataires d'assurance emploi et celles qui l'ont, le supplément de revenu garanti maximal, ces deux catégories-là, prenez-vous l'engagement cet après-midi

que ce ne seront pas les autres adhérents qui vont le financer mais bien le Fonds de l'assurance médicaments qui va financer l'engagement libéral à l'égard de leur gratuité des médicaments?

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

M. Couillard: M. le Président, je vais relire l'engagement qu'on a pris, puis je le réitère. Jusqu'à maintenant, si on est complimentés pour une chose dans l'opinion publique ou dans les médias, c'est qu'on fait ce qu'on a dit qu'on ferait, et notre premier ministre l'a dit à plusieurs reprises.

Alors, il y aura des investissements prévus dans le cadre financier, de 75 millions l'an prochain. Il est possible que ça permette même d'étendre la gratuité à l'ensemble de la clientèle des personnes âgées. Si on fait cet investissement, on n'a pas nécessairement à basculer le coût vers les autres clientèles.

● (15 h 10) ●

Je vais relire quand même nos engagements tels qu'ils figurent dans cet excellent ouvrage — que je pourrais dédicacer, si elle le désire, à Mme la députée de d'Hochelaga-Maisonneuve — à la page 148: «Le Parti libéral du Québec mettra en vigueur une politique du médicament qui aidera à contenir les prix des médicaments, à optimiser leur utilisation et à protéger les personnes âgées et les personnes à faibles revenus.

«Nous viserons à développer des programmes de promotion et de prévention; améliorer le suivi de la prise de médicaments; valoriser le rôle conseil du pharmacien; développer la recherche d'équilibre entre une gestion efficace du coût et une accessibilité raisonnable et équitable; établir de réels partenariats avec l'industrie pharmaceutique; rétablir la gratuité des médicaments pour tous les prestataires de la sécurité du revenu et pour les aînés qui reçoivent le supplément du revenu; limiter la hausse des coûts des médicaments assumés par les consommateurs à la hausse du coût de la vie.»

Maintenant, pour la question précise qui voulait savoir si on allait pouvoir rétablir la gratuité pour les deux premières clientèles sans effet de... conséquence sur les autres clientèles, la réponse est oui; on n'aura pas besoin de hausser, autre que ce qui est nécessaire par la croissance normale des coûts, les contributions des autres clientèles. Et je crois que, si nous sommes en mesure — comme nous l'espérons — d'injecter 75 millions de dollars de plus en 2004-2005 dans le régime, M. le Président, il est possible — et j'emploie le mot possible en connaissant la différence entre possible et probable — il est possible que nous puissions également, dès l'année 2004-2005, pousser la gratuité vers le reste de la clientèle des personnes âgées. Mais ça, on verra selon la situation financière de l'époque où nous serons alors. Encore une fois, on ne peut minimiser l'importance de l'établissement d'une véritable politique du médicament et des coûts des médicaments de façon concomitante à toute action qui diminue ou qui augmente l'accessibilité. C'est excessivement important.

Juste un commentaire qui, certainement, est partagé par ma consœur. Si on regarde la clientèle dont elle parle, les adhérents ou les travailleurs autonomes à faibles revenus, il faut quand même réaliser que ce sont

des gens qui consomment moins de médicaments que les personnes âgées, pour le même revenu. Souvent, c'est des gens plus jeunes, donc, souvent, moins malades. Alors, l'impact n'est pas symétrique, là, d'un côté ou de l'autre.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Écoutez, M. le Président, je voulais vous signaler à vous-même et au ministre également que le document qu'il a cité ne peut pas être déposé parce qu'il a la signature nominative du président du Parti libéral, M. Jean Charest.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, ce n'est pas la nature de ma décision d'hier. Vous savez fort bien, en tant qu'ancienne présidente de l'Assemblée nationale, que vous devez normalement ne pas commenter les décisions de la présidence.

Mme Harel: Je ne commente pas, je constatais.

Le Président (M. Copeman): Vous pouvez le constater. Si vous voulez essayer de déposer un document, Mme la députée, on va l'examiner sur ses mérites et on rendra une décision. Allez-y, Mme la députée.

Mesures envisagées pour freiner l'augmentation du prix des médicaments génériques

Mme Harel: Très bien. Alors, j'aimerais examiner la question du coût, hein. C'est une question qui est préoccupante pour nous tous. Dans le journal *La Presse* du 3 juin dernier, on lisait ceci, suite à une étude menée par le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés, à la demande de plusieurs provinces qui souhaitaient que soit vérifiée l'information à l'effet que les Canadiens payaient leurs médicaments génériques de 21 % à 51 % plus cher que tous les autres occidentaux... Alors, les chiffres rapportés par le *National Post* étaient à l'effet que les médicaments génériques, hein, que l'on sait être les médicaments qui sont des copies, hein, identiques des médicaments brevetés, coûtent 26 % de plus au Canada qu'en Grande Bretagne, 32 % de plus qu'en Australie, 68 % de plus qu'en Nouvelle-Zélande et 24 % de plus qu'en Allemagne. Ce sont des chiffres qui doivent certainement être connus. Le rapport qui portait sur ce dossier affirmait que les Canadiens paient leurs médicaments génériques même plus cher que les principales agences américaines de santé même si, lorsque les prix sont fixés et publiés sur des listes, ces médicaments sont beaucoup, beaucoup plus élevés aux États-Unis; mais quand ce sont des agences américaines de santé qui les acquièrent, en fait, les médicaments sont en fait moins chers, même aux États-Unis.

En fait, tout ça pour vous demander, M. le ministre: Comment se fait-il, là, qu'on en soit arrivés là? Selon l'étude, c'est le résultat des stratégies de marketing des fabricants de médicaments génériques qui offrent des millions de dollars en ristournes aux pharmaciens plutôt que de baisser leurs prix, puisque les prix sont fixés pour la plupart par les gouvernements. Alors,

qu'en pensez-vous et qu'entendez-vous faire par rapport à ça?

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

M. Couillard: M. le Président, Mme la députée a tout à fait raison, puis c'est un élément important de faire connaître à la population parce que, je l'ai dit plus tôt, on bénéficie économiquement au Québec de la présence d'une industrie pharmaceutique d'innovation, et, pour plusieurs raisons, cette industrie a choisi de s'installer chez nous, et les retombées économiques de sa présence sont largement favorables, je pense qu'on va s'entendre là-dessus.

Un des éléments qui expliquent la hausse inappropriée ou inhabituelle des coûts des médicaments génériques chez nous, c'est, comme vous l'avez très bien mentionné, certaines pratiques commerciales entre les compagnies de médicaments génériques et surtout les pharmaciens. Je voudrais immédiatement dire que je ne minimise pas, en disant cela, la relation similaire qui peut exister entre les compagnies d'innovation et la profession médicale. Je ne voudrais certainement pas donner l'impression que je singularise les pharmaciens dans le processus; les autres professionnels de la santé sont également touchés par le phénomène.

Alors, comme on le sait, M. le Président, la Régie de l'assurance maladie du Québec a intenté des poursuites légales contre quatre fabricants de médicaments génériques, je vais les dire puisqu'il s'agit maintenant d'éléments publics, les poursuites ayant été déposées: 1,2 million de dollars contre Ratiopharm; 3,4 millions de dollars contre Apotex; 36,2 millions de dollars contre Pharmascience; et 1,5 million contre Novapharm, pour un total d'environ, là, 42 millions de dollars. Alors, je pense que ceci a envoyé un puissant message dans l'industrie générique, et on espère que ça va contribuer à, je dirais, là, améliorer la situation.

Ce qui est certain, par exemple, également, c'est le fait que les Québécois utilisent moins de médicaments génériques que dans d'autres provinces. Les Québécois, je répète, utilisent moins de médicaments génériques que dans les autres provinces, mais, encore une fois, il faut faire attention à l'impact sur notre industrie pharmaceutique d'innovation avant de porter des jugements trop rapides sur ce phénomène.

Mais, encore une fois, pour conclure, M. le Président, la Régie de l'assurance maladie a pris ses responsabilités, elle a agi rapidement sur la question, et les poursuites sont actuellement en cours devant les tribunaux du Québec.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: M. le Président, l'ordre de grandeur est considérable, hein. Est-ce que les chiffres que l'on retrouvait là, dans les médias d'information, sont fondés, à savoir que la Régie de l'assurance maladie paie environ 200 millions de dollars pour les médicaments génériques, par année, les assurances privées environ 100 millions, donc un total d'environ 300 millions? Et l'Ordre des pharmaciens estimait publiquement que c'est près de 30 % du prix de ces ordonnances qui est renvoyé aux pharmaciens. Donc,

sur trois ans, mentionnait l'article, les revenus soustraits à l'impôt auraient dépassé les 200 millions de dollars. Est-ce qu'on est dans cet état de grandeur là, ce niveau de... cette envergure de chiffres?

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

M. Couillard: Oui. Je ne voudrais pas discuter vos chiffres, Mme la députée, parce que... ou les chiffres de Mme la députée — je m'excuse, je fais toujours la même erreur — ils sont plausibles, cependant. Bien sûr, ça équivalait à dire — et puis je suis d'accord avec elle — que le montant total des poursuites qui ont été déposées ne reflète en rien l'ampleur réelle du phénomène au point de vue financier. Mais ce que nous espérons, c'est que le signal clair que ça envoie dans le milieu pharmaceutique, c'est qu'il y a de la tolérance pour ce genre de pratique qui est d'ajouter des ristournes pour faire gonfler artificiellement le prix d'un médicament. Mais la tolérance est nulle dans la province de Québec pour ce phénomène.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: M. le Président, j'aimerais aborder maintenant le dossier de la carte à puce.

Le Président (M. Copeman): Il vous reste une minute, Mme la députée.

Mme Harel: Ah! Il me reste seulement une minute? Attendez. On y reviendra, à ce moment-là.

Le Président (M. Copeman): Oui.

Subventions gouvernementales accordées au magazine *Médecine/Sciences* (suite)

Mme Harel: Mais est-ce que j'ai bien compris que la revue *Médecine/Sciences* en français va se poursuivre?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre. Oui?

Mme Harel: C'est parce que, vous voyez, hier, par exemple, on a parlé du pavillon Vandry, là, puis il est notoire, là, qu'il n'y a aucune décision qui est prise, et tout ça reste en suspens. Est-ce que la revue *Médecine/Sciences*, ça va aussi être en suspens?

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

M. Couillard: Je voudrais juste encore une fois préciser que mon collègue de l'Éducation n'a jamais dit que Vandry était sur la glace. Il y a même lieu d'être optimiste quant à la conclusion de ce dossier-là. Il n'est pas en mesure tout de suite d'annoncer sa conclusion, mais, moi, je ne suis pas particulièrement pessimiste dans ce dossier-là, M. le Président. Vous pourrez le dire de ma part à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Le Président (M. Copeman): Je vais lui transmettre votre optimisme, M. le ministre.

● (15 h 20) ●

M. Couillard: C'est ça. Pour ce qui est de la revue *Médecine/Sciences*, j'ai expliqué tantôt notre position: on va très fermement intervenir auprès du ministère de la Recherche, Science et Technologie. Je considère que c'est essentiel que nos scientifiques québécois aient l'occasion de s'exprimer en français sur la scène internationale, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): J'aimerais, pour ma part, également préciser quelque chose pour le bénéfice de tous les membres de la commission. Nous allons être ensemble pendant deux ans — je l'espère bien, en tout cas — et déjà, on a fait référence, très amicalement, à une décision que j'ai prise hier concernant un refus de dépôt de document. Je veux signaler immédiatement aux membres de la commission que je considère qu'il y a une galaxie de différence entre une lettre signée de la main d'un membre de l'Assemblée nationale, nommément, dont j'ai déjà permis le dépôt, et un document monté par un service de recherche, qui est formé essentiellement de tirés à part, qui contient des références — truffé — nommément à un député. Je pense que la distinction est claire. Je n'ai pas peur d'avoir créé de la précédece. Que les membres de la commission ne soient pas... N'ayez pas de crainte, s'ils veulent déposer une lettre signée nommément par un membre de l'Assemblée, je vais le permettre sur vérification, je l'ai déjà fait. Mais je pense que la distinction est importante, comparé au document qui a été soumis pour dépôt hier, qui, je le répète, n'était pas une photocopie de série d'articles de journaux mais qui était des tirés à part, qui était truffé de références que notre règlement considère non parlementaires.

Alors, je cède la parole maintenant à M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Bernard: Je vous remercie, M. le Président. Premièrement, M. le Président, vous savez que je suis un membre permanent de cette commission, et c'est seulement ma première présence — et pourtant nous arrivons à la fin — et je désire encore m'en excuser. Vous savez que je fais partie d'une autre commission, le choix a été très déchirant, et je vous garantis que, les prochains crédits, je serai plus de ce côté-ci. Alors, passons.

Une voix: ...

M. Bernard: Elle n'avait pas eu votre message, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député.

Projet de régionalisation de la gestion des enveloppes budgétaires de la Régie

M. Bernard: Alors, pour revenir donc... Avant de poser ma question, M. le ministre, j'aimerais reparler un peu du comté de Rouyn-Noranda—Témiscamingue parce que, comme vous le savez, c'est une région qu'on appelle région ressource, et elle a quand même une caractéristique assez importante: elle est vaste, et nous avons plusieurs centres hospitaliers. Dans notre région,

juste pour faire ce rappel-là au bénéfice de la population qui nous écoute, nous avons quand même cinq centres hospitaliers: un à Rouyn-Noranda, un à La Sarre, un à Amos, un à Val-d'Or et un à Ville-Marie, et nous avons un point de services à Témiscaming. Entre chaque centre hospitalier, on parle d'en moyenne une heure de route, entre chacun.

La caractéristique que nous avons en région, M. le Président, c'est que ces centres-là se partagent des spécialités régionales. Alors, ces spécialités-là ont... Ce partage est bénéfique au point que chaque centre hospitalier peut avoir une force dans la spécialité proprement dite, mais, de l'autre côté, ça a un peu un impact négatif sur la population, puis je vais vous donner un exemple là-dessus, M. le Président.

Par exemple, Rouyn-Noranda, on a la néonatalogie; Val-d'Or, ils ont, je crois, les chirurgies cardiaques; Amos ont de l'orthopédie. Pour vous donner un exemple, la ville de Témiscaming, par la route, O.K., elle est à quatre heures, entre trois heures et demie et quatre heures de route de Val-d'Or. Alors, quand il y a des gens qu'il faut qu'ils aient... qui ont des rencontres ou des rendez-vous, on voit tout de suite, à ce moment-là, que c'est pratiquement partir de Val-d'Or et descendre à Mont-Laurier. Et ces impacts-là sont importants, puis les gens dans ma région, moi, durant la campagne électorale, m'ont parlé beaucoup de ce sujet-là, parce que Témiscaming, c'est rural, c'est au sud, et l'impact est majeur dans le sens que, quand les gens sont obligés de se déplacer, M. le Président, et que leur rendez-vous est le lendemain matin, les gens sont obligés souvent de quitter la veille. Alors, ce qui implique des coûts très importants pour ces gens-là. Puis si on prend, par exemple, qu'il y a beaucoup — c'est des régions rurales — qu'il y a beaucoup de fermes et de cultivateurs, bien, à ce moment-là, la personne est obligée souvent d'avoir un accompagnateur, et l'accompagnateur, malheureusement, n'a aucun revenu cette journée-là. Actuellement, la manière, donc, que ça fonctionne, c'est que, malgré les sommes consenties aux frais de déplacement, le déplacement intrarégional, les gens sont fortement déficitaires. Et ça, c'est une problématique. Moi, j'en ai parlé au niveau de la campagne électorale. J'adresse le mot à M. le ministre, simplement à titre informatif, parce que je vais revenir plus tard dans le courant de la session parlementaire pour aborder le sujet, parce qu'il y a un niveau... Il y a un problème majeur à ce niveau-là qui défavorise les gens des régions. Puis ça, moi, ça me tient à coeur, au niveau de la santé.

Puis, en contrepartie, les gens, eux, qu'il faut qu'ils partent des grands centres, ils sont déplacés à Montréal pour avoir des chirurgies, parce que vous savez, on n'a pas toutes les spécialités en région, ils ont une aide qui est plus favorable à ce moment-là. Alors, on voit que la problématique en région est importante, et il faut que... Notre gouvernement, il va falloir qu'il se penche là-dessus pour aider les gens parce que, déjà, c'est des milieux ruraux, moins forts revenus, et ça les pénalise beaucoup.

Alors ça, c'était à titre informatif pour la population qui nous écoute. Parce que quand on parle d'enveloppe régionale, souvent, ou les gens, quand on compare les coûts qui sont attribués à des services, je me permets de dire, souvent, les gens dans les grands

centres ont tendance à oublier cette réalité-là. Parce que quelqu'un de Montréal prend le métro pour se rendre au centre hospitalier, ils sont tous groupés, et les impacts ne sont pas les mêmes. Et souvent les gens travaillent dans des entreprises, ils ont soit des congés de maladie qu'ils peuvent prendre ou faire cette dynamique-là, ils ne sont pas pénalisés au niveau du travail. Alors, c'est un impact social important.

Nonobstant ça, un autre point que l'on parle beaucoup ces temps-ci, là, on sait, dans les régions, ce sont les... c'est la pénurie, en fait, le manque de médecins. Disons, là, au lieu de parler de pénurie, parlons de manque de médecins. Le Centre hospitalier d'Amos, c'est le seul qui, actuellement, remplit... a ses PREM au complet, c'est-à-dire ses effectifs médicaux. Le centre... D'ailleurs, le sondage qui a été réalisé par l'ancien gouvernement citait le Centre hospitalier d'Amos avec sa cote A, mais, comme on dit, c'est ceux qui ont accès aux services qui répondent; ceux qui n'ont pas accès aux services, ils n'ont pas participé au sondage, mais ça, c'est une autre problématique.

Mais on en revient quand même qu'à ce moment-là, M. le ministre — puis c'est là que j'aborde quand même le sujet — c'est que, récemment, M. le ministre est venu à Val-d'Or, il est venu faire une inauguration, justement, du centre d'urgence, puis les représentants des centres hospitaliers de longue durée de ma région l'ont rencontré pour lui parler, justement, de la problématique des effectifs médicaux en région. Puis une des solutions que les gens m'avaient fait part, je les avais rencontrés précédemment, afin de... préalablement à la visite de M. le ministre, c'était la régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ. Pour ces gens-là, M. le Président, c'est... La régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ était pour eux un moyen qu'ils voyaient comme une des solutions efficaces pour éventuellement aider à ramener des médecins en région.

Alors, mon sujet, je sais qu'on en a parlé dans la campagne électorale, c'était également part de notre, un peu, de notre mandat, alors, j'aimerais beaucoup, là, que M. le ministre puisse revenir là-dessus, s'il vous plaît, M. le Président. Et quelle est sa vision dans ce dossier-là?

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le ministre. Pénurie de médecins.

M. Couillard: Alors, effectivement...

Mme Harel: ... l'enveloppe de la région.

Le Président (M. Copeman): L'enveloppe de la région, pardon.

M. Couillard: Excusez-moi, j'ai manqué les subtilités de...

Le Président (M. Copeman): Toutes les deux.

M. Couillard: Pardon?

Mme Harel: Ce n'est pas pareil.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Là, vous m'avez rendu confus, là, pour une période très courte, je vous rassure.

Le Président (M. Copeman): Je m'en excuse. Ça m'arrive, des fois.

M. Couillard: Une des façons, certainement, qu'on peut envisager, qui seraient efficaces — et on a d'ailleurs, dans notre programme, inclus cet élément — c'est la régionalisation de la gestion des enveloppes de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Et c'est un engagement qu'on maintient, qui va être placé en continuité avec la nouvelle allocation des ressources sociosanitaires qui sera concomitante à l'établissement du nouveau mode de gouverne. Mais il serait probablement imprudent de le faire en même temps, il faudra que ce soit une démarche qui suive, là, le premier élément qui est la nouvelle régionalisation.

Je pense que, quand même, il y a des éléments techniques à souligner à cet effet-là. D'abord, sur le plan technique pur, la Régie de l'assurance maladie du Québec serait capable de s'adapter à ce nouveau mode de gestion, avec des enveloppes de la Régie de l'assurance maladie du Québec dédiées aux régions. D'autre part, il faudrait cependant, bien sûr, conserver la négociation et la fixation centrale des honoraires médicaux, et tout; il ne faudrait pas développer une mécanique de surenchère dans toutes les régions, qui inclurait également la rémunération des médecins.

● (15 h 30) ●

Mais c'est une avenue qui est prometteuse, qui est souhaitée par plusieurs acteurs, particulièrement dans les régions, de façon à vraiment non seulement que l'argent suive le patient, mais, même, jusqu'à un certain point, que l'argent précède le patient. Que, si on veut retrouver l'argent, il faut qu'on aille retrouver les patients là où ils sont. Ça me paraît un bon principe, c'est un principe sain. Cependant, il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas d'effet pervers de ça, et il faut également, encore une fois, lancer un élément, je dirais, de pondération, avec le fait que les enveloppes continueraient d'être négociées centralement et que ces enveloppes également seraient protégées pour leur utilisation exclusive pour la rémunération des médecins, qu'on ne puisse pas faire une diversion des sommes de la Régie de l'assurance maladie du Québec dédiées à la rémunération des professionnels vers d'autres fins.

À plus court terme cependant, je pense, comme je l'ai indiqué plut tôt ce matin ou hier, une gestion très serrée des plans régionaux d'effectifs médicaux apporte déjà beaucoup d'espoir d'une correction je ne dirais pas immédiate, compte tenu de la pénurie d'effectifs, mais d'une correction efficace du problème de pénurie en région. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): M. le député.

M. Bernard: Mais je voudrais juste revenir dans un point. J'ai quand même élaboré un peu sur, disons, la mobilité intrarégionale et les frais intrarégionaux, mais j'aimerais demander un peu: Est-ce que M. le ministre, vous êtes quand même prêt que je vous fasse... vous amener un peu un modèle, faire une étude régionale, en fait, que je vous parle de cette problématique de la

mobilité intrarégionale? Je ne sais pas si vous avez été saisi de la chose en tant que telle, alors j'aimerais savoir, là, votre opinion un peu sur cet aspect-là.

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

M. Couillard: M. le Président, ce que je dois dire, c'est qu'on est conscient du problème de la pénurie d'effectifs non seulement au niveau régional, mais au niveau intrarégional. Il y a plusieurs exemples de ce que décrit M. le député, pour comparer: par exemple, la situation entre Amos et La Sarre, au point de vue effectif médical; on le retrouve également en Mauricie, où on a une grosse différence d'offres de services médicaux entre Trois-Rivières puis la haute Mauricie, de sorte que, si on ne se fie qu'à des indicateurs globaux d'une région, on risque de prendre des décisions qui ne servent pas l'intérêt des populations locales. Alors, on a déjà introduit, dans les discussions qu'on a eues avec les fédérations sur les attributions de postes l'élément également des sous-régions, et ce sera développé au cours des prochaines années, de sorte qu'on ne puisse pas créer d'effets pervers de centralisation des effectifs dans le centre hospitalier régional aux dépens des plus petites localités.

Dans l'attribution des permis restrictifs également pour les médecins étrangers, on veut également tenir compte de la problématique spécifique des sous-régions et des localités différentes, de sorte que, lorsqu'on aura amélioré l'effectif médical, par définition, on aura amélioré le problème de déplacement des patients, puisque les patients actuellement sont obligés de se déplacer pour aller voir le médecin.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député.

M. Bernard: Oui, vous avez parfaitement raison, M. le ministre, parce qu'une des — moi, je l'ai vécu effectivement à Rouyn-Noranda — une des problématiques c'est aussi qu'il faut travailler au niveau de l'image des centres hospitaliers. Ça, c'est une problématique qu'on vit beaucoup parce que, comme on disait, un centre hospitalier comme Amos qui a une bonne cote, entre guillemets, plus facile aussi d'attirer des omnipraticiens, des médecins dans cette ville-là, comparativement à d'autres coins comme Rouyn-Noranda où il faut travailler sur l'image. Puis ça, c'est quelque chose que, je vous dirais, le gouvernement, il a peu d'emprise puis c'est les gens, je pense, locaux aussi qu'il faut qu'ils travaillent à cette échelle-là.

Aussi, je peux vous assurer que... J'ai parlé beaucoup avec les gens, j'ai fait la tournée des centres hospitaliers durant la campagne, et il y a beaucoup d'échanges aussi qui se mettent en place entre les centres hospitaliers régionaux aussi pour que des spécialistes vont faire des tournées, par exemple comme à Ville-Marie qui est un peu plus loin, et ça aide beaucoup à ces niveaux-là. Alors, la population travaille fortement en place, les gens en place, pour aider à pallier au problème d'effectifs à court et à moyen terme.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Bon. Merci beaucoup, M. le député de Rouyn-Noranda—

Témiscamingue. Maintenant, Mme la députée de d'Hochelaga-Maisonneuve.

Effets de la spécialisation des centres hospitaliers en région sur les déplacements des patients

Mme Harel: Merci, M. le Président. M. le Président, dans la même lignée, là, si on me permet l'expression, hier, le ministre nous a parlé de mandats respectifs pour les grands centres hospitaliers, je pense, ne faisant pas référence qu'aux centres universitaires mais à l'ensemble des centres hospitaliers, donc de mandats respectifs qui signifiaient, dans le fond, des spécialisations, n'est-ce pas? Ces spécialisations vont faire en sorte évidemment que les gens des régions vont devoir se déplacer beaucoup plus même qu'ils l'ont fait jusqu'à maintenant, étant entendu que le plan qui est sur la table, et d'ailleurs qui a fait l'objet d'une entrevue, entre autres sur cette question, du ministre au *Midi 15*, à la radio de Radio-Canada, aujourd'hui, c'est un plan qui va dans le sens de spécialiser les centres hospitaliers à travers tout le Québec, y compris en région. Alors donc, le problème qui a été décrit par le député de Rouyn-Noranda ne va pas se résorber mais, d'une certaine façon, va s'amplifier du fait que les patients vont devoir plus se déplacer, dans ce contexte-là, d'où la nécessité non pas nécessairement de refuser cette spécialisation, mais d'envisager des correctifs adéquats pour permettre justement de ne pas pénaliser les personnes qui auront à vivre ces déplacements. Est-ce que vous avez envisagé cela, M. le ministre?

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

M. Couillard: M. le Président, oui, c'est un problème très intéressant, qui est un corollaire de la question de l'attribution des mandats hospitaliers. Il faut quand même différencier la question des omnipraticiens et des spécialistes. Les omnipraticiens, par définition, d'avoir des effectifs améliorés, effectivement ça va réduire déjà beaucoup les déplacements des personnes, parce que, M. le député me corrigera si ce n'est pas le cas, mais les gens actuellement se déplacent même pour voir un médecin omnipraticien, pas seulement pour voir un médecin spécialiste, dans les régions comme l'Abitibi.

Ce qui est à la base de la spécialisation des hôpitaux en région, c'est le constat suivant: c'est qu'il est illusoire maintenant, compte tenu des habitudes de pratique, je dirais, et des habitudes en termes de qualité de vie, qui sont tout à fait légitimes, des médecins qui arrivent sur le marché du travail, il est illusoire de prévoir qu'on aura des équipes complètes dans toutes les spécialités et dans tous les hôpitaux du Québec, pour la bonne et simple raison que c'est illusoire de penser que, par exemple, vous allez avoir deux jeunes orthopédistes qui vont aller s'installer dans un hôpital puis deux ailleurs, puis deux ou trois dans un autre endroit. Les jeunes médecins, je pense, à bon droit, maintenant n'acceptent plus ce mode de vie là.

Alors, il faut songer à deux éléments donc pour pallier à ce phénomène-là: d'une part, la constitution d'équipes bien formées au niveau du centre hospitalier régional, avec des dessertes sur place le plus souvent possible pour assurer des services hospitaliers sur place

dans les hôpitaux plus petits dans les localités; d'autre part, effectivement, la question de la spécialisation des mandats hospitaliers. Je souligne d'ailleurs que la situation de l'Abitibi est exemplaire à cet égard, puisque, par exemple, l'hôpital d'Amos s'est vu confier un mandat régional en chirurgie orthopédique, où on retrouve une très grosse équipe de chirurgiens orthopédiques, je pense qu'ils sont cinq ou six, vous me corrigerez, là. Alors, c'est facile de recruter des orthopédistes pour se joindre à une équipe de cinq ou six. Il ne faut pas rêver en couleur et penser qu'on va constituer des équipes de deux orthopédistes partout, dans tous les hôpitaux.

Le corollaire de ça, c'est que, oui, effectivement, les patients devront se déplacer pour les procédures électives, parce que, dans les procédures urgentes bien sûr, il y a le transport qui est assuré. Il faudra voir quel est l'impact réel de ça, mais je pense que, si on donne le choix à la population des régions entre ne pas avoir de services parce que les gens ne veulent pas venir s'installer dans toutes les localités et avoir un service dans leur région, malgré certains inconvénients, ils vont certainement choisir la deuxième hypothèse. S'il y a vraiment des conséquences, je dirais, défavorables sur la population en termes de déplacement, on verra à les compenser, mais commençons par évaluer les impacts réels.

Ce que j'ai constaté en Abitibi, c'est que les gens là-bas, la population était très heureuse de disposer d'un gros service de chirurgie orthopédique comme ça et était prête, jusqu'à une certaine mesure, à accepter les inconvénients qui en découlent. Évidemment, ça restera à vérifier et à suivre au cours des prochaines années.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Projet de carte santé

Suites données à l'étude coûts-bénéfices de la Régie

Mme Harel: Oui, alors, M. le Président, je disais donc que je souhaiterais aborder la question de la carte à puce et notamment de cette étude coûts-bénéfices sur le projet de la carte santé du Québec qui a été réalisé par la Régie de l'assurance maladie du Québec. J'imagine que le ministre a pris connaissance...

M. Couillard: Vous m'enlevez mon scoop, Mme la députée. Je voulais vous la déposer puis vous la donner, puis vous en avez déjà une. Comment avez-vous fait, Mme la députée? Je suis impressionné.

Mme Harel: Nous l'avions demandée, effectivement, dans les demandes transmises par l'opposition officielle, et on ne nous l'a pas envoyée. Il a donc fallu se prendre par... se débrouiller, comme on dit, se prendre par d'autres moyens. Bon. Alors, puisque nous l'avons et que le ministre l'a, peut-on nous indiquer quelle suite il entend donner à cette étude importante, n'est-ce pas, ce projet structurant de carte santé? Au nom de chacun des citoyennes et des citoyens du Québec, ce projet extrêmement structurant, où en sommes-nous?

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

M. Couillard: M. le Président, pour le bénéfice de tous les membres de la commission, je suggère que l'on dépose séance tenante le sommaire exécutif et l'étude coûts-bénéfices du sujet dont parle Mme la députée. J'aurais tellement aimé le faire, là, sans qu'elle l'ait devant elle, mais, en tout cas, c'est à charge de revanche. Je me reprendrai pour un autre rapport. Alors, si la commission le permet, on va le distribuer maintenant, séance tenante, aux membres de la commission.

● (15 h 40) ●

Le Président (M. Copeman): Si on souhaite un dépôt, j'aimerais l'examiner brièvement, M. le ministre, et, si on a assez de copies pour tout le monde, on poursuivra les discussions dès qu'il est déposé.

M. Couillard: Mais on va vous l'amener pour inspection, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci. Selon notre règlement, M. le ministre. Est-ce que votre nom est dessus, M. le ministre?

M. Couillard: Il y a des noms propres dessus, il y a Raymond Chabot Grant Thornton, c'est quatre noms propres.

Documents déposés

Le Président (M. Copeman): Ce n'est pas antiparlementaire. M. le ministre, je suis heureux de vous dire que le sommaire exécutif et le rapport sont déposés.

M. Couillard: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Et on peut faire la distribution des copies. On va le faire immédiatement. Allez-y. Avez-vous quelque chose d'autre à nous dire, M. le ministre?

M. Couillard: Bien oui. Évidemment, j'aimerais bien... Je suis certain que je suis en retard par rapport à ma consœur, qui a probablement déjà lu l'étude. Là, moi, je vais devoir me baser sur un petit résumé, mais je pense que ça ne dénaturera pas mes propos, M. le Président, du moins je l'espère.

On sait donc qu'il y avait eu le dépôt d'un avant-projet par le gouvernement précédent, je crois que c'était mon prédécesseur, M. le député de Rousseau, qui avait fait ce dépôt, et les conversations à l'Assemblée nationale avaient mené à l'établissement d'une étude coûts-bénéfices pour ce qu'on appelle communément la carte à puce. Il y a d'autres termes également, mais appelons-la comme ça de façon à maintenir la compréhension. L'étude a été faite... La Régie de l'assurance maladie a accordé le contrat à la firme Raymond Chabot Grant Thornton à un coût de 308 000 \$. C'est également dans les crédits de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Alors, en gros, on pourra regarder de plus près les conclusions, mais, en gros, ce qu'on y dit, c'est qu'effectivement, compte tenu des coûts d'implantation de 160

millions de dollars, qui sont qualifiés de justes et raisonnables par la firme technique, il existe des bénéfices cliniques surtout, qui sont chiffrés, mais plus loin on dit que ces chiffres sont difficiles à vérifier de façon concrète parce qu'il s'agit effectivement de bénéfices surtout liés à la fluidité des services puis à la rapidité améliorée... à la rapidité plus grande de transmission des données.

J'ai l'intention d'aborder ce sujet-là dans le cadre beaucoup plus vaste de l'informatisation du réseau. Vous savez qu'un de nos chantiers de réflexion au ministère porte sur ce sujet excessivement important: l'informatisation du réseau de la santé. Ce que j'ai constaté alors que j'étais à l'époque un électeur et un citoyen qui suivait les débats, c'est qu'il m'a semblé que l'introduction de cette pièce du débat aurait pu être faite à un autre moment dans la logique de développement d'un système d'information dans le système de santé et de services sociaux. La carte à puce n'étant finalement que la clé d'accès aux données, encore faudrait-il disposer, pour qu'elle soit efficace, d'un réseau préalablement informatisé et formé. Ce qu'on constate actuellement dans le réseau de santé et de services sociaux, c'est l'éclosion... on assiste à l'éclosion de projets individuels qui sont plus ou moins coordonnés et qui n'ont jamais été mis en réseau. Il y a même des projets dont on sait qu'ils ne pourront être mis en réseau et qui ont cependant été financés.

Alors, ce qu'on voudrait faire, c'est d'abord se faire une opinion claire sur nos besoins. Quels sont nos besoins en termes d'informatisation du réseau? Bien sûr, la transmission d'un dossier médical — et là on est conscients des problèmes de confidentialité que ça peut poser — la transmission de résultats de laboratoire, la transmission de résumés de dossiers des centres hospitaliers, un instrument de gestion également pour la Régie de l'assurance maladie du Québec, le profil de consommation des médicaments des patients, ce qui peut être excessivement important dans des circonstances d'urgence. Alors, il m'a semblé qu'il était préférable, de façon préalable, que nous fassions une très bonne idée de la façon dont nous voulons informatiser le système de santé et de services sociaux avant qu'on y place cet élément ou un élément similaire ou équivalent d'identification et d'accès audit réseau d'information.

Alors, je prends bonne note de l'étude, on va la lire et l'étudier de façon détaillée. Évidemment, ne l'ayant pas lue, je ne pourrais pas la commenter de façon détaillée sans faire preuve de beaucoup de témérité, mais, sur le plan du principe, nous avons l'intention de continuer nos travaux au chantier du ministère sur l'informatisation du réseau et de voir comment il sera introduit un élément d'identification et d'accès, cette étude de la carte à puce étant donc une pièce maîtresse de la réflexion. Et on verra par la suite comment elle s'insère... comment ce projet s'insère dans le plus grand tableau: l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Quel est l'échéancier que vous donnez?

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

M. Couillard: Il s'agit d'un dossier très complexe. Je pense que, de la même façon qu'on a donné jusqu'à l'an prochain finalement pour la question du comité tripartite sur la fixation des coûts des médicaments, je pense qu'une période d'un an me semble minimale pour en arriver à une proposition vaste et intégrée d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Je pense que c'est le minimum, là, à faire.

Il y a également l'aspect de l'obtention de la juste part du Québec des fonds fédéraux qui sont attribués à l'information, aux ressources d'information. Vous savez qu'il y a un institut qui a été créé par le gouvernement fédéral, qui est maintenant un organisme séparé, sans but lucratif, distinct du gouvernement, qui est Canada Health Infoway ou l'Inforoute Santé Canada, où il y a 1,1 milliard de dollars qui sont capitalisés, dont seulement 20 millions ont été actuellement distribués. Alors, il nous apparaît essentiel que le Québec obtienne sa juste part de cet argent, qu'on puisse bien sûr l'utiliser dans l'optique de nos priorités, notre prérogative de juridiction en santé et services sociaux, étant bien sûr conscients qu'il peut être de l'intérêt des Québécois et des Québécoises qu'un réseau éventuel informatisé du système de santé puisse être interconnecté avec les autres parties du pays lorsqu'il y a des déplacements. Je pense que les Québécois et les Québécoises seront heureux de savoir que leur sécurité également peut être assurée dans ces cas-là.

Donc, deux éléments: d'une part, la finalisation des travaux de ce groupe de travail; d'autre part, des conversations avec le gouvernement fédéral pour que nous obtenions des fonds pour le Québec dans le cadre des fonds fédéraux qui ont été attribués au système d'informatique pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Intentions du ministre concernant le dépôt d'un projet de loi

Mme Harel: M. le Président, donc, nous avons le rapport de cette étude coûts-bénéfices sur le projet de carte santé du Québec qui a été réalisée par la firme Raymond Chabot Grant Thornton. Il y a eu une commission parlementaire qui a eu lieu sur un avant-projet de loi. Cette commission parlementaire s'est tenue il y a déjà un an de ça, c'était au printemps 2002. Et le principe d'une carte santé a toujours largement bénéficié d'un appui populaire, mais évidemment des craintes ont été manifestées à l'égard de la confidentialité de l'information contenue dans une banque de données centrale, comme le projet le propose. Et, il y a un an, en réponse aux travaux de la commission parlementaire qui s'était tenue sur cette question, le ministre avait affirmé qu'une étude coûts-bénéfices serait effectuée, serait rendue publique — c'est le cas aujourd'hui — et qu'il y aurait donc le dépôt d'un projet de loi.

D'une part, le ministre actuel entend-il donner suite à un dépôt de projet de loi sur cette importante question de carte santé du Québec?

Bilan des travaux de la Société générale des industries culturelles sur la création d'une banque centrale d'informations

Et, d'autre part, il y a déjà un an, un mandat avait été donné à la SOGIC pour évaluer la pertinence de mettre sur pied des banques régionales plutôt qu'une banque centrale de données ou, en fait, d'évaluer tout autre type de données pour assurer la confidentialité des dossiers des patients. Alors, nous avons donc intérêt, là, à connaître l'état de la situation également des travaux menés par la SOGIC. Le ministre a-t-il déjà une opinion faite sur la question d'une banque centrale d'informations? A-t-il pris connaissance des travaux de la SOGIC? À défaut de les connaître, ces travaux seront-ils connus prochainement? Compte-t-il déposer un projet de loi? Où en est-il, là, dans ce dossier?

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

M. Couillard: M. le Président, je ne suis pas au courant des conclusions de SOGIC, là. On y aura accès, je suppose, en temps opportun. Le principe que j'ai énoncé tantôt, je le répète: Il ne m'apparaît pas logique ni pertinent de déployer un instrument semblable sans l'avoir placé au préalable dans une philosophie et une économie générale de l'informatisation du réseau de santé et des services sociaux. J'ai l'étude coûts-bénéfices, je vais la consulter avec intérêt; on va en retirer les principales conclusions, et on n'a pas l'intention, M. le Président, ni de proposer un projet de loi ni de déployer cet instrument avant que nous ayons développé un concept large de ce que veut dire l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: M. le Président, ma collègue la députée de Rimouski aimerait intervenir à ce moment-ci.
● (15 h 50) ●

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Rimouski.

État d'avancement des volets clinique et technologique

Mme Charest (Rimouski): Oui, merci, M. le Président. Je suis heureuse de voir que, bon, le dossier se poursuit, parce que, dans les années 1983-1984, j'ai travaillé sur le premier projet de carte santé au Québec, avec le Dr Richard... avec... voyons, le Dr Bérubé à Rimouski. Ça a été le premier projet-pilote sur la carte santé au Québec. Et, là-dessus, il me semble qu'on a quand même fait du chemin, et je suis surprise d'entendre M. le ministre nous parler de contextualiser la carte santé strictement dans un cadre technologique. Il me semble que la carte santé, son premier objectif, c'est d'avoir l'information clinique sur l'état de santé d'un patient et c'est de s'assurer que cette information-là circule pour assurer la continuité des services, une meilleure connaissance aussi des soins reçus ou à recevoir et toute la question de la pharmacologie, pour

éviter et diminuer de beaucoup les intoxications dues à la médication. Alors, je comprends que toute la question technologique joue un rôle, mais il me semble que ça vient en second et que c'est en support à l'objectif ultime, qui est d'assurer la fluidité de l'information médicale vers la continuité des services d'un établissement à l'autre, peu importe la vocation de l'établissement, en autant que le patient a besoin d'un service qui peut être donné par un établissement ou l'autre.

Alors, j'aimerais mieux comprendre pourquoi la technologie, tout d'un coup... Je comprends que ça coûte très cher, ce n'est pas la première fois qu'on nous sert cet argument, c'est une réalité aussi, je ne la nie pas du tout, elle est dispendieuse, mais il me semble que l'aspect clinique doit avoir la priorité, et ça, on connaît bien qu'est-ce que ça veut dire, d'un point de vue clinique, la carte santé au Québec. Alors, c'est pourquoi, là, j'aimerais vous entendre un peu plus sur cet aspect-là par rapport à l'autre.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Effectivement, la technologie n'est pas une fin, mais un moyen d'arriver à des objectifs, et ce que je constate, c'est que le reste du réseau n'est pas prêt, actuellement, à supporter cet outil. Mais je vais vous donner, même si je ne l'ai pas lue, mes collaborateurs... ma collaboratrice a eu l'amabilité de me souligner certains passages de l'étude, autant l'étude détaillée que le sommaire exécutif, qui, exactement, renforcent le point que je viens de développer.

Alors, je vais lire, si vous me permettez, quelques brefs excès... extraits, pas excès, extraits — je sais, il ne s'agit pas d'excès mais d'extraits de l'étude — dans le sommaire exécutif, page 11: «Par contre, il est évident que ce projet ne répond pas à l'ensemble des besoins identifiés et ne permet pas l'échange de toutes les informations cliniques. Le réseau dans son ensemble y voit surtout une étape vers le développement éventuel d'un dossier patient informatisé. De plus, il se discute à un moment où d'autres projets locaux et régionaux sont en émergence — et j'ajoute que ces projets sont en émergence, actuellement, de façon totalement non coordonnée et non connectée. La faisabilité du projet à cet égard reposera davantage sur la capacité de bien le situer dans ce contexte — exactement ce que je disais tantôt — de circonscrire de façon transparente ses limites et surtout de faire valoir comment il est une des étapes primordiales de la réponse aux besoins déterminés, et non la totalité de la réponse.» Je pense que voilà l'essentiel de ce que je vous disais tantôt.

Autre référence utile, dans l'étude elle-même, page 83, bas de la page: «En regard de la mise en marche du projet, nous croyons essentiel que:

«1° les orientations de la RAMQ et du ministère relatives à ce projet doivent tenir compte des interrogations et des craintes des professionnels, et mettre en lumière les moyens mis en oeuvre...;

«2° les orientations et les plans d'action de la RAMQ et du ministère situent très clairement le projet,

ses composantes et ses finalités dans le scénario d'ensemble de la modernisation et de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux — M. le Président, il n'existe pas de scénario d'ensemble de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux, enfin;

«3° des mécanismes de gestion du changement et de soutien aux intervenants soient mis en place pour assurer le plein potentiel...» et d'autres recommandations.

Donc, ceci illustre très bien le fait qu'il faut être excessivement prudent, sans minimiser la valeur technologique de l'instrument en question. Encore une fois, la technologie n'est qu'un élément, un moyen d'obtenir des buts et, tant que cette philosophie générale de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux n'est pas définie, il m'apparaît inapproprié, non pertinent et même téméraire de déployer un tel outil, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Très brièvement, Mme la députée de Rimouski.

Niveau d'appui des corporations professionnelles

Mme Charest (Rimouski): Oui. Merci, M. le Président. Ça veut dire que, selon ce que vous venez de nous rapporter, et je vois à la page 83 de l'étude que le projet de carte santé, malgré les bénéfices qui ressortent de l'étude, «demeure un projet qui entraîne des changements importants dans les façons de faire actuelles», et «c'est aussi un projet dont la finalité a besoin d'être très bien comprise». Mais c'était ça, les problèmes majeurs qui ont été rencontrés dès les années quatre-vingt, lors du premier projet-pilote de la carte santé au Québec. Est-ce que ça veut dire que les corporations professionnelles qui sont appelées à participer à l'adoption et à l'utilisation de la carte santé n'ont pas encore suffisamment progressé dans le degré d'acceptabilité de cet outil de diffusion de l'information et de manipulation du dossier clinique d'un spécialiste à l'autre? Est-ce que c'est ça que ça veut dire, cette phrase dans votre rapport?

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: M. le Président, ce n'est pas mon rapport, hein?

Mme Charest (Rimouski): Mais, non, mais le rapport que le ministère a demandé.

M. Couillard: Au contraire, les professionnels souhaitent ardemment l'informatisation et le partage des données cliniques, la preuve étant leur intérêt pour la partie de l'informatisation dans le programme des groupes de médecine de famille. Mais je répète que la carte santé est une façon d'avoir une porte; puis, avant d'ouvrir la porte, il faut bâtir la maison; puis, quand on veut bâtir la maison, il faut se faire un plan avant; et on n'a pas fait ni l'un ni l'autre actuellement, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. M. le député de Vimont.

**Rapports entre les médecins
et les compagnies pharmaceutiques**

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Bon, j'ai assisté à la réponse du ministre relativement aux poursuites qui étaient en cours, donc, contre les compagnies pharmaceutiques, qui suivent leur cours, tu sais, il n'y a pas de problème avec ça, sauf que je lisais, M. le ministre... Le 6 juin 2003, dans le journal *La Presse*, on apprenait... puis le grand titre, c'est: *Les médecins ont toujours le droit d'aller au golf si c'est pour apprendre*. Moi, je sais que, quand je joue au golf... D'ailleurs, j'ai eu le plaisir de profiter d'une joute de golf avec M. le Président. J'ai appris à maîtriser mon caractère, entre autres. Mais on avait adopté... On sait que le Collège des médecins... Et, dans l'article, c'est quand même bien dit que le Collège des médecins a adopté des mesures pour encadrer les dons de l'industrie pharmaceutique. Jusque-là, on n'a... je pense que c'est la logique, ça va bien. Toutefois, on va un petit peu plus loin dans l'article, et le Collège lui-même, le président du Collège des médecins, le Dr Yves Lamontagne, aurait déclaré qu'on ne peut pas empêcher les gens de recevoir des cadeaux, et, dans l'article même, on faisait référence à: «Rien n'empêche des médecins de se faire payer des voyages de golf à Hawaï par les fabricants de médicaments.» Donc, c'est deux poids, deux mesures à l'égard... bon, les pharmaciens et le monde médical.

Et j'aimerais savoir si vous avez des commentaires à cet égard ou suite à ces déclarations-là du Dr Yves Lamontagne.

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

M. Couillard: M. le Président, il faut d'abord reconnaître l'effort du Collège des médecins, dans une collaboration avec l'industrie pharmaceutique d'innovation, à travers la société bien connue sous le nom de société Rx & D, de développer un code de conduite pour le marketing et particulièrement les activités de formation médicale continue. J'ai été excessivement surpris moi-même des propos du Dr Lamontagne le 6 juin. Ils sont publiés dans l'article dont vous avez fait état, que vous avez cité. Je pense qu'il n'est pas nécessaire de reprendre les propos. Je répète seulement que l'article comprend également l'allusion au fait qu'il y a un code de conduite qui a été conclu entre le Collège des médecins et l'industrie pharmaceutique d'innovation.

Cependant, étant extrêmement préoccupé par le message ambigu que cette déclaration pouvait transmettre, d'une part, à la population et, d'autre part, à la profession médicale, j'ai, le jour même, communiqué avec le Dr Lamontagne par téléphone ainsi que par écrit, et, si la commission le permet, j'aimerais lire la lettre que j'ai expédiée au Dr Lamontagne.

Le Président (M. Copeman): Vous n'avez pas besoin de la permission, M. le ministre, de la lire.

M. Couillard: Je ne sais pas qu'est-ce qui est permis, qu'est-ce qui n'est pas permis, quand il faut demander, quand il ne faut pas demander.

Le Président (M. Copeman): Quand ce n'est pas permis, je vous le signale, M. le ministre.

M. Couillard: Mais je ne voudrais pas passer pour un élève dissipé, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Pas du tout.

M. Couillard: Alors, j'ai donc expédié cette lettre le 6 juin au Dr Yves Lamontagne, président du Collège des médecins:

«Monsieur le Président, le 5 juin dernier, le président du Conseil d'éducation médicale continue du Québec, le Dr Gilles Hudon, et M. Jacques Lefebvre, directeur général des communications et des affaires publiques pour Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada Rx & D, ont souligné l'entrée en vigueur du nouveau code d'éthique conjoint pour les organismes médicaux responsables de la mise sur pied d'activités d'éducation médicale continue et l'industrie du médicament.

«Ce matin — donc, le jour même de l'article — lors de notre conversation téléphonique au cours de laquelle je vous ai signifié mon étonnement des propos que rapporte le quotidien *La Presse* à l'effet que — ouvrez les guillemets — "on ne peut pas empêcher les gens de recevoir des cadeaux" — fermez les guillemets — vous m'avez indiqué de ne pas avoir fait ces commentaires. Malgré cette précision, je demeure néanmoins préoccupé et soucieux de l'impact que pourrait avoir cet article sur la perception de la population et en particulier de la communauté médicale à l'égard du respect du code de déontologie des médecins.»

● (16 heures) ●

Et je cite par la suite dans la lettre l'article 63 du code de déontologie qui est très clair et précise ce qui suit: «Article 63. Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourrait être affectée.

«Je suggérerais donc que vous indiquiez publiquement que le Collège des médecins entend demander à ses membres de respecter intégralement cet aspect du Code de déontologie des médecins afin qu'il ne demeure aucune ambiguïté autant parmi la population que la profession médicale. Je vous remercie», etc., et ma signature est au bas de la lettre.

Donc, vous voyez que je n'entends pas porter une attention moindre au problème des relations difficiles, parfois douteuses en d'autres termes, entre l'industrie pharmaceutique d'innovation et les médecins et que le traitement des professionnels de la santé, dans un cas comme dans l'autre, sera symétrique, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Ça va, M. le député?

M. Auclair: Oui, mais, je veux juste...

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

M. Auclair: ...pour renchérir. Quand vous me dites que vous n'avez pas l'intention de laisser... de

traiter un différencement des autres, M. le ministre, est-ce qu'il y a des intentions à venir à cet égard-là ou, pour le moment, l'avertissement ou les commentaires faits au Dr Lamontagne sont à l'égard... suffisants pour le moment?

Le Président (M. Copeman): Merci. M. le ministre.

M. Couillard: D'abord, je ne mets pas en doute la probité puis l'intégrité — en aucune façon — du Dr Lamontagne, là. Je suis persuadé qu'il a à coeur la défense de l'intérêt de la population et qu'il a, comme moi, une autre idée des critères moraux, du sens moral des professionnels de la santé.

Mais, cependant, je veux indiquer clairement que la question des relations commerciales entre l'industrie pharmaceutique et les professionnels me préoccupe au plus haut point, puis cette préoccupation n'est pas limitée à l'aspect des pharmaciens par rapport aux compagnies génériques, mais également les compagnies d'innovation par rapport à la profession médicale. Dans les faits, le cadre législatif actuel ne nous donne que — et c'est quand même beaucoup — ne nous donne que le Code de déontologie des médecins pour agir. Et on s'attend donc que le Collège des médecins applique de façon rigoureuse son code de déontologie, et c'est la préoccupation dont je faisais état dans ma correspondance avec le président du Collège des médecins.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Projet de carte santé (suite)

Étude coûts-bénéfices sur l'intégration de la carte santé à la réorganisation des structures des services de santé et des services sociaux

Mme Harel: Oui. J'aimerais revenir sur la question de la carte santé. L'étude qui est transmise aux membres de la commission aujourd'hui — j'en fais lecture à la page 5 du Sommaire exécutif, là — aborde la question des coûts de projets et des bénéfices. Pages 5 et suivantes, on peut y lire que «sur une période de 10 ans, la valeur actuelle nette des déboursés, excluant les amortissements, représente 480 millions de dollars. Ce montant inclut les actifs immobilisés, les frais d'implantation et les coûts récurrents d'exploitation [...]».

«Lorsque le projet sera pleinement fonctionnel, les dépenses récurrentes d'exploitation, incluant l'amortissement et les frais financiers, seront d'environ 60 millions par année.»

Mais, au chapitre des bénéfices, on y fait état que «les bénéfices [...] comprennent tout effet positif que produit le projet sur les coûts des services du réseau». Enfin, il y a donc un effet très structurant.

On y lit, par exemple, à la page 6, l'effet bénéfique sur le plan clinique et sur le plan des processus, qui sont assez considérables. Alors, on y dit: «Lorsque le projet sera pleinement fonctionnel, les bénéfices cliniques et administratifs généreront annuellement des

économies d'environ 95 millions et les bénéfices liés aux processus seront de l'ordre de 110 millions par année.»

En fait, ce qui me laisse étonnée devant la réaction du ministre, c'est l'absence de volonté politique qu'il exprime. On est dans un contexte où, s'il n'a pas une indication qui est donnée, on va voir se multiplier le nombre de projets. Justement, ce qu'il déplore présentement, loin de se résorber, va aller en s'amplifiant. Je ne dis pas qu'il faut mettre de côté l'ensemble d'un examen plus approfondi, mais l'idée qu'on ne puisse pas le faire en parallèle m'apparaît assez inquiétante. Parce que, attendre le grand soir, on peut attendre encore très longtemps, et c'est là...

M. Couillard: Vous en savez quelque chose.

Mme Harel: ... — oui — c'est la raison pour laquelle je trouve que c'est étonnant. M. le Président, je ne voudrais pas conclure tout de suite, là, on n'en est pas tout de suite à la fin de nos travaux. Mais le ministre et le ministre va procéder à un brassage de structures sans précédent dans le secteur sociosanitaire au Québec, en fusionnant les première et deuxième lignes des établissements alors qu'aucune étude coûts-bénéfices n'existe. En fait, on se fie à la parole du ministre, hein, la bonne foi se présume, et, quand on a fait la demande de ces études sur la question des régies régionales, on nous a dit, dans les réponses qu'on nous a transmises, qu'il n'y en avait aucune.

Alors, on est prêts à procéder sans aucune étude coûts-bénéfices. On est prêts à procéder à un gros brassage. Je ne parle pas de remplacer les régies par des agences, je parle de la fusion des centres hospitaliers avec les CLSC puis les centres de soins de longue durée, ce dont on n'a jamais parlé en campagne électorale, à ma connaissance. Et on va procéder à tout cela sans études.

Là, on a une étude qui suit d'autres études qui étaient précédées par d'autres études avec un avant-projet de loi puis des commissions parlementaires, puis, cet après-midi, le ministre, il dit: Je ne le sais pas encore, ce que je vais faire avec ça.

Alors, en attendant, le problème, c'est que, sans projet structurant pour uniformiser la carte santé du Québec, bien, il y a des dizaines de projets un peu éparpillés qui sont en préparation sur le terrain.

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

M. Couillard: Oui, M. le Président. Effectivement, on en a parlé pendant la campagne. Là, on mélange toutes sortes de sujets, la régionalisation puis cette question-là, mais je vais essayer de les aborder dans l'ordre.

Effectivement, on en a parlé pendant la campagne, des réseaux d'établissements, c'est très clairement indiqué dans notre programme. Et, pour ce qui est de parler de choses pendant la campagne électorale, de ne pas en parler puis de les faire après, je pense que le parallèle des fusions municipales est facile à faire. Je ne crois pas me souvenir, comme électeur, avoir entendu parler des fusions municipales forcées en 1998, durant la campagne.

Pour ce qui est du brassage, les fermetures d'établissements multiples et presque sauvages des années quatre-vingt-dix également montreront que ce qu'on s'apprête à faire en tant qu'améliorations des services ne fera que pâle figure sur le plan du traumatisme et de l'importance des effets sur la population.

Maintenant, je ne discute pas la question que le projet de carte à puce ait un mérite potentiel. Je prendrai connaissance de l'étude. Là, on est en train de disséquer l'étude par extrait d'un côté et de l'autre, là, et c'est quelque chose qui peut être assez dangereux, si on n'a pas pris connaissance de l'ensemble de la question.

Maintenant, on parle de volonté politique, c'est faux. La volonté politique, elle est là, je le répète: c'est de ne pas déployer le projet tant qu'on n'aura pas développé une philosophie générale de l'informatisation du réseau. Il n'y a pas actuellement de nouveaux projets qui sont autorisés. On a fait un arrêt là-dedans tant qu'on n'aura pas évalué l'ensemble de la situation et qu'on n'aura pas encore une fois développé une idée large.

Dès qu'on aura développé ce concept, on va aller de l'avant, y compris avec un moyen d'identification et d'accès et de transmission des dossiers qui pourrait être la carte à puce ou d'autres solutions, si, dans l'intervalle, d'autres solutions devaient être présentées, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Oui. M. le Président, nous en sommes à neuf heures de travaux. Ça s'est bien déroulé jusqu'à maintenant. Et je voudrais dire au ministre que j'ai trouvé jusqu'à maintenant qu'il connaissait le sujet sur lequel il intervenait. Malheureusement, ce n'est pas le cas lorsqu'il intervient sur le dossier municipal. De la manière dont il intervient pour la deuxième fois sur cette question-là, je comprends que le ministre n'a pas du tout suivi... Il a été absent du Québec pendant plusieurs années, alors je peux comprendre qu'il n'ait pas...

M. Couillard: En 1998, j'étais ici, madame.

Mme Harel: ...été à ce moment-là conscient de tous les travaux qui ont pu se réaliser.

Mais je voudrais, là, lui rappeler que, en matière municipale, nous avons décompté 232 études qui, au cours des 40 dernières années, ont porté sur la question des nécessaires regroupements municipaux, les premières études ayant été réalisées à partir des années soixante avec diverses commissions, dont la commission Saulnier.

● (16 h 10) ●

Et je voudrais lui rappeler également que, durant l'année 1999, durant une année entière, le gouvernement a mis en place un groupe de travail présidé par nul autre que Denis Bédard — dont il s'honore, à raison, de pouvoir bénéficier des excellents services, notamment en matière de répartition des allocations interrégionales. Eh bien, M. Bédard a présidé un groupe de travail qui, de commune volonté entre le gouvernement et le monde municipal, a mené pendant plus d'un an des travaux extrêmement importants qui ont donné lieu à une publication en l'an 2000 suite à une très vaste consultation, y compris en région, où la commission mise en place par le gouvernement du nom de M. Bédard a

entendu 113 mémoires durant 13 journées de consultation.

Alors, quand il me dit qu'il n'y avait pas de consultation, je lui demande de ne plus le répéter parce qu'à chaque fois je vais lui répéter qu'il y avait un nombre incalculé dans un domaine, je pense, où il manquait du courage mais il ne manquait pas d'études. Ça, je dois vous dire que les études, là, dans ce secteur-là, elles avaient été multipliées par des gouvernements qui, dans le passé, avaient manqué de courage.

Alors que, dans ce cas-ci, M. le Président, je constate qu'on a ni étude, aucune étude, ni sur les coûts de transition ni sur les bénéfices attendus, aucune étude sur ce brassage de structures au niveau local. On n'est plus au niveau régional, on est au niveau local. Et, à ce que je sache, M. le Président, je n'ai jamais entendu, en campagne électorale, parler qu'on allait fusionner les établissements hospitaliers avec les CLSC et les CHSLD.

Alors, quand on nous parlait de l'abolition des régions régionales, on n'est plus du tout dans le même domaine, là, on n'est plus dans le même univers même. On est au niveau du territoire local et on est au niveau de la fusion des établissements. Et que le ministre me dise s'il y a une seule étude qui porte là-dessus parce que ce qu'on a demandé à son ministère, la réponse dans ces gros cahiers qui nous ont été envoyés, c'est: Nous ne disposons d'aucune étude coûts-bénéfices sur cette question. Alors, si tant est qu'il y a des études, qu'il m'en apporte, qu'il me corrige aujourd'hui. J'en serais très, très, très heureuse. J'espère qu'il y a des études coûts-bénéfices sur cette question.

Nous avons, sur la question de la réforme municipale, déposé 1 800 pages d'études à la demande de l'opposition officielle. A-t-il une seule page à déposer cet après-midi sur le brassage de structures qu'il veut réaliser?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre de la Santé et Services sociaux.

M. Couillard: Oui, parce qu'on semble s'éloigner à une vitesse grand V du but de cette commission mais, quand même, on va continuer un peu parce que c'est intéressant.

D'abord, je n'ai jamais mentionné — vous me corrigerez si ce n'est pas exact — qu'il n'y avait pas eu de consultation. J'ai mentionné qu'au cours de la campagne de 1998 — et, en passant, j'étais au Québec et j'ai voté lors de la campagne de 1998 — il n'a jamais été mentionné, fait mention de fusions municipales forcées. Il y a eu effectivement une commission Bédard, présidée par M. Bédard, gestionnaire excessivement connu et respecté, dont le but était d'étudier la question des finances de la fiscalité municipale et qui n'a pas nécessairement recommandé des fusions municipales forcées qui ont cependant été faites. Alors, il faut quand même replacer les choses dans leur contexte.

Quand on parle de courage, bien, l'absence de décision pour le centre d'obstétrique à Québec est un exemple de manque de courage politique exactement et également du gouvernement qui nous a précédés.

Pour ce qui est de la décision d'intégrer les services localement, elle était clairement indiquée dans

notre programme. Je me suis moi-même promené dans tout le Québec pendant la campagne en répétant clairement notre objectif de fusion et d'intégration, fusion si nécessaire mais l'intégration fonctionnelle des établissements de type centre hospitalier, CLSC, CHSLD. Cette modification vise à améliorer les services et la fluidité des services des patients. C'est une réorganisation des services dont le but, la finalité n'est pas de faire une économie. Ça ne coûtera certainement pas plus cher, mais le but premier, c'est d'améliorer les services à la population, dans la ligne des grandes recommandations de la commission Rochon, de la commission Clair, de la commission Romanow et de la commission Kirby où tous considèrent que l'élément essentiel qui doit mener à l'amélioration de notre réseau, c'est une meilleure intégration de ses constituantes, en particulier celles qui offrent des soins de niveau 1 et 2.

Maintenant, la grande différence qu'on peut noter entre nos démarches actuelles pour la réorganisation des services de santé et de services sociaux par rapport à la démarche de fusions municipales, c'est qu'à la différence nous consultons les gens sur place et nous tenons compte de leurs opinions, incluant les établissements, incluant les associations diverses, incluant les régies régionales qui participent activement au processus. Et que, de plus, lorsque le projet sera proposé à l'automne, il fera par la suite l'objet d'une consultation publique étendue, de sorte que je pense qu'il n'y a pas d'inquiétude à avoir, les tenants et les aboutissants de cette réorganisation seront bien connus. Et je ne pense pas que ma coeureur devrait s'inquiéter à ce sujet, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Non. M. le Président, je suis obligée de constater, une fois de plus, que le ministre maîtrise bien certains dossiers dans le domaine de la santé et des services sociaux mais moins bien des dossiers qui ne sont pas de son ressort. Je ne lui en fais pas grief, hein, on ne peut pas nécessairement être bon dans tout. Mais, à tort, il a dit que le rapport de la commission Bédard ne portait pas sur les regroupements par législation. Au contraire, il y avait des recommandations très fermes, notamment celles, par exemple, de créer quatre ou cinq villes sur le territoire de l'île de Montréal, mais ça portait sur des regroupements. On les a appelés forcés de manière démagogique. Mais il y a eu 16 législations au cours des 40 dernières années à l'Assemblée nationale du Québec, où nous siégeons tous; 13 de ces législations l'ont été par des gouvernements... adoptées par des gouvernements libéraux, que ce soit à l'époque de Robert Bourassa ou de Jean Lesage. Et je ne sais pas que cette expression de «fusions forcées» ait été utilisée à ce moment-là ni non plus pour les regroupements à Toronto, à Ottawa, à Winnipeg, à Halifax, à Sudbury ou ailleurs. Alors, c'est une position démagogique partisane du Parti libéral. Mais tous les regroupements l'ont toujours été par législation. Et, dans le cas qui nous intéresse, c'était également des... ça faisait partie des recommandations du rapport de la commission Bédard.

Effets des regroupements des services de première et de deuxième ligne sur la prestation de services en CLSC

Vous nous dites, M. le ministre, qu'il y a eu des études de cela dans les rapports que vous citez, alors que... Avez-vous une seule étude de l'impact de ces regroupements sur la prestation de services en CLSC?

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

M. Couillard: Mais bien sûr. Comme ça n'a été fait que dans 34 ou 35 établissements au Québec, il faut se fier à leur expérience, et c'est ce qu'on va faire et c'est qu'on est en train actuellement de colliger, pour se fier non seulement à leur expérience, mais à l'impact, je dirais, positif ou négatif des expériences qui ont eu lieu. La constatation que je fais à date, après avoir consulté les gens qui ont fait ces expériences, c'est que c'est extrêmement bénéfique pour la population autant que pour les gens qui y travaillent. Il s'agit de réorganiser nos services, d'annuler cette espèce d'effet de silo et de désintégration de notre réseau, dans un réseau qui est quand même bien. C'est un bon réseau qu'on a, de système de santé et de services sociaux, mais il y a énormément de progrès à faire. Et je pense qu'on aura le temps amplement d'en discuter au cours des mois qui viennent.

Je ne voudrais pas, là, quand même, encore une fois, prolonger le débat sur les fusions municipales, de sorte que je vais le placer à un autre niveau, qui est celui du respect de la population et de la consultation de celle-ci. Je pense que le verdict électoral du 14 avril n'est pas entièrement dû à la question des fusions municipales, mais que ceci a expliqué une partie du phénomène qu'on a constaté lors de cette élection. D'autre part, on a déjà fait allusion aux propos du député de Borduas — je pense que c'est Borduas — qui est, je pense, vice-président de cette commission — et que je... en tout cas, je n'ai pas le droit de mentionner des commentaires sur la présence ou l'absence des membres, mais disons qu'il est vice-président de la commission des affaires sociales — et qui a fait des déclarations, là, assez extensives sur la façon dont le gouvernement précédent avait abordé la question municipale, et notamment le manque de considération pour la population, et cette tendance lourde qu'on a observée, surtout au cours des dernières années de ce gouvernement, de s'arroger, je dirais, le pouvoir d'expliquer aux gens ce qui est bon pour eux et ce qui est moins bon pour eux, particulièrement dans le domaine municipal, mais il y a eu d'autres exemples également. Alors, je vais arrêter là-dessus, parce qu'on n'est pas en commission, je pense, des affaires municipales ni à l'Assemblée nationale, et on aura l'occasion de revenir là-dessus.

Pour ce qui est de notre projet de réorganisation, il fera l'objet d'une présentation publique. Il fera l'objet de consultations élargies. On est prêts et on sera heureux de recevoir les commentaires de l'opposition à ce moment-là. Je suis certain que ces commentaires seront constructifs et viseront l'amélioration des services à la population et non pas la représentation des intérêts constitués, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, il nous reste, grosso modo, trois minutes dans ce bloc d'échange sur ces questions.

● (16 h 20) ●

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. M. le Président, je veux bien que le ministre dise qu'il faudrait parler d'autre chose, mais, comme il en parle lui-même, lui-même amorce la question. S'il parle de consultation, je voudrais lui rappeler qu'il y a eu une consultation ici même, dans ce salon rouge, à l'Assemblée nationale, consultation sur la réforme municipale, où on a pu entendre au-delà de 50 organismes qui sont venus déposer des mémoires et faire entendre leur point de vue.

Mais je l'inviterais à parler de toutes ces questions-là à quelqu'un qui... j'imagine qu'il le connaît bien, le maire de Sherbrooke, M. Jean Perrault. J'aimerais ça qu'il en parle avec lui. Il n'aurait pas le même ton et il ne dirait pas les mêmes choses, si tant est qu'il avait pu amorcer une discussion. Je le lui suggère, je le lui propose. Pendant l'été, il aura peut-être l'occasion de retourner dans sa région et peut-être d'inviter M. Perrault à lui faire part des raisons qui l'ont amené à réclamer du gouvernement du Québec une telle réforme dans le domaine municipal, et également à connaître les raisons qui auront amené à main levée, à l'unanimité du conseil de la nouvelle ville de Sherbrooke la semaine passée, l'adhésion à cette nouvelle ville.

Niveau d'appui de l'Association des CLSC et des CHSLD au projet de réorganisation des structures des services de santé et des services sociaux

Alors, ceci dit, j'aimerais, M. le Président, que le ministre puisse nous expliquer, si tant est qu'il croit que les choses ont été suffisamment expliquées, pourquoi, par exemple, dans un communiqué daté d'aujourd'hui, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec s'inquiète du projet gouvernemental de réorganisation du réseau et pose la question pourquoi précipiter les fusions d'établissements et les chambardements structurels sans en avoir, au préalable, précisé les objectifs.

Alors, ceux pour qui cette consultation est destinée disent: On n'en connaît même pas les objectifs. Le ministre répète que la fragmentation et le travail en silo doivent être choses du passé; nous sommes d'accord. Pourquoi prétendre qu'il y a juste une solution pour y arriver? Et l'Association des CLSC et des CHSLD conclut: «Il y a à peine huit mois avaient lieu des élections au sein de notre réseau. Des centaines de bénévoles impliqués dans leur communauté ont alors intégré les conseils d'administration [...] pour y faire valoir les besoins de leur population. Aujourd'hui, le ministère aurait certainement intérêt à les consulter pour établir une meilleure intégration des services qui tiennent compte des réalités de chaque milieu.»

Alors, M. le Président, bien certainement là, la conclusion qu'il faut tirer, c'est que même les objectifs ne sont pas connus. Ce n'est pas rien, là. On n'est même pas dans le même univers. Même les objectifs d'un tel brassage de structures ne sont pas connus de ceux pourtant pour qui ils sont destinés.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, ça met fin à cet échange. Je peux suggérer que,

pendant que le ministre consulte avec le maire de Sherbrooke, il consulte également avec l'ex-maire de la ville de Mont-Royal. Je passe la parole maintenant à Mme la députée de Soulanges.

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Est-ce que vous aimeriez... M. le Président, est-ce qu'on peut accorder un peu de temps à notre ministre pour répondre à la question?

Le Président (M. Copeman): Madame, vous êtes maître de votre temps, le ministre est maître de ses réponses. Si vous le souhaitez, nous allons poursuivre, bien sûr. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Très, très brièvement, là, M. le Président. L'Association des CLSC et des CHSLD participera, participe aux conversations. On va être très ouverts pour recevoir leurs suggestions de solutions alternatives.

On est d'accord que l'objectif fondamental, c'est l'intégration des services et la mise sur pied d'un réseau intégré offrant les services 24 heures par jour, sept jours par semaine, à la population à toutes les phases de l'expérience de soins et de services sociaux. On est d'accord, je pense, sur le principe, Mme la députée l'a indiqué. Si l'Association des CLSC et des CHSLD a des moyens autres d'atteindre le même objectif de façon certaine, probante et probable, on sera heureux de discuter avec eux et de recevoir leurs suggestions et les intégrer au projet, je la rassure totalement.

Maintenant, ne perdons pas de vue que le but final de la démarche n'est pas d'améliorer la perception de l'Association des CLSC et des CHSLD, le but final de la démarche est d'améliorer les soins et les services à la population. C'est la population que nous servons et non les représentants des intérêts constitués. On parle aujourd'hui de cette association d'établissements, il y en a d'autres — les fédérations médicales, les syndicats — nous sommes au service de la population et non des intérêts constitués.

Et je pense qu'il faut être très prudents. On a développé au Québec cette habitude de tout raisonner en termes de blocs corporatifs qui s'opposent. Allons plus loin, allons au-delà de cette perception et allons directement discuter au niveau des intérêts de la population.

Moi, je vais accueillir toutes les suggestions, toutes les modifications, toutes les opinions en autant que la finalité de ces opinions et de ces suggestions sera d'améliorer les soins et les services à la population. Si on me dit qu'une association d'établissements est malheureuse pour telle ou telle raison, ça m'impressionne beaucoup moins, M. le Président.

La Présidente (Mme L'Écuyer): Mme la députée de Solanges... Soulanges.

Mesures visant à percevoir des primes non payées et à récupérer des montants payés en trop par des usagers de l'assurance médicaments

Mme Charlebois: Soulanges, oui. Merci, Mme la Présidente. Moi, je vais vous ramener un petit peu dans le même ordre d'idées du député de Vimont, on va parler d'assurance médicaments.

Il vous a questionné tantôt, M. le député de Vimont, à l'effet que, bon, on a dû prendre les moyens pour assurer la viabilité de notre système public, et notre gouvernement a prévu certaines mesures pour freiner la croissance du coût des médicaments. Et vous avez donné les réponses à ce sujet-là un petit peu plus tôt, dont... vous avez parlé des nouvelles orientations du Conseil des médicaments. Vous nous avez également présenté les ententes de... pas présenté, mais plutôt énoncé qu'il y aurait les ententes de partenariat qui ont été conclues avec l'industrie pharmaceutique. Et j'ai retenu aussi qu'il y avait des mesures qui avaient été mises en place pour récupérer des montants de primes impayées et pour recevoir des montants payés en trop aux assurés.

Alors, j'aimerais avoir une idée des moyens, des mesures qui ont été mis en place pour récupérer ces montants de primes impayées et des montants payés en trop aux assurés et l'ampleur des montants qui sont réclamés ou qui sont récupérés.

La Présidente (Mme L'Écuyer): M. le ministre.

M. Couillard: Si vous me le permettez, je vais collaborer avec mon voisin de droite pour répondre à cette question. À mon souvenir — et je le vérifierai pendant que j'élabore ma réponse — l'ampleur des sommes à récupérer est autour de 30 millions de dollars, je crois, un peu plus de 30 millions de dollars, mais ceci sera validé, là, lorsque nous consulterons nos documents. Il s'agit de perception de primes non payées ou de récupération de montants payés en trop par les usagers essentiellement, et je suppose qu'ultérieurement mon collègue le président de la Régie de l'assurance maladie pourra m'aider à préciser ça.

Alors, il y a déjà eu une opération, en passant, pour l'année 2002-2003, qui a permis, par une opération combinée de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du ministère du Revenu du Québec, de récupérer 29,6 millions de dollars. Alors, le ministère du Revenu a récupéré 15 millions en primes sur des programmes spéciaux de vérification fiscale, le ministère du Revenu a perçu 7,4 millions pour les primes impayées par les personnes dont la RAMQ avait maintenu l'inscription au régime, et il y a eu pour 12 millions d'états de compte envoyés à des clients par le programme pour le remboursement de médicaments. Sur ces 12 millions, au 31 mars 2003, 7,2 millions avaient été encaissés. Il reste donc une somme de 4,8 millions au recouvrement, M. le Président.

La Présidente (Mme L'Écuyer): En complémentaires, Mme la députée de Soulanges.

Mme Charlebois: Est-ce que je comprends, les mesures, c'est une entente de collaboration avec le ministère du Revenu finalement au niveau des mesures comme telles, jusqu'à des montants... la façon d'aborder?

M. Couillard: Oui, c'est une collaboration, Mme la Présidente, entre le ministère du Revenu et la Régie de l'assurance maladie du Québec par le biais d'échange de fichiers préalablement validés et autorisés par la Commission d'accès à l'information.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, je présume.

Remboursement des frais de soins de santé dispensés aux citoyens canadiens non résidents du Québec

Mme Harel: Oui. Alors, il y a une question qui m'a été posée par une concitoyenne qui est très simple, qui se lit comme suit: «Que faire lorsque l'on sait que quelqu'un d'une autre province vient se faire soigner au Québec?» Quels sont les gestes qu'un citoyen peut poser lorsqu'il apprend qu'une personne qui est non pas résidente au Québec vient s'y faire soigner?

M. Couillard: M. le Président, pourriez-vous préciser? Est-ce que vous parlez de quelqu'un qui n'est pas Canadien, qui n'est pas résident québécois? Est-ce que vous parlez d'une fraude possible? Est-ce que le but de la question...

Mme Harel: En fait, c'est quelqu'un qui habite au Canada, mais qui n'est pas résident du Québec et qui vient s'y faire soigner à titre de parent de quelqu'un qui y réside.

M. Couillard: O.K. Je laisserais mon collègue répondre plus précisément à la question. Mais un des principes de la Loi canadienne sur la santé, c'est la transférabilité, donc la possibilité d'être traité dans une province ou l'autre, là, selon les circonstances où on se trouve, charge étant par la suite d'obtenir le remboursement du programme d'assurance maladie de la province dont on origine pour les soins reçus dans le reste du Canada.

● (16 h 30) ●

Au Québec, nous avons la politique pour les Québécois qui vont se faire traiter ailleurs de rembourser les coûts selon les pratiques du Québec pour les services médicaux. Pour les Canadiens non québécois qui viendraient se faire traiter ici, bien, je suppose que la même logique s'ajoute: les gens vont demander le remboursement pour les frais à leur retour dans leur province d'origine. Mais, si j'ai fait des erreurs, je demanderais à M. Roy de les corriger, M. le Président.

Mme Harel: Et, dans les ententes, quel est le niveau des coûts assumés par Québec pour recevoir ce genre de patient et, en contrepartie, combien de Québécois aussi se font soigner à l'étranger? À l'étranger... en fait, se font soigner au Canada?

M. Couillard: Un lapsus révélateur, M. le Président, mais je le comprends, puis je respecte tout à fait les opinions politiques de Mme la députée, puis je comprends que ce lapsus soit inévitable.

Il y a eu cette année, avant qu'on discute spécifiquement de la balance, là, il y a eu cette année...

Mme Harel: C'est-à-dire qu'il faut quand même... je m'excuse, M. le Président, il faut préciser la question. On retrouve dans tous les documents du ministère «assurance hospitalisation hors Québec». Cette

formulation signifie-t-elle assurance hospitalisation hors Québec au Canada ou assurance hospitalisation hors Québec, ailleurs à l'étranger? Ce n'est comme pas précisé, là.

Le Président (M. Copeman): Mais là on va permettre au ministre de répondre complètement.

(Consultation)

M. Couillard: Alors, j'ai l'information, puis je suis impressionné par la rapidité avec laquelle on me fait parvenir les informations pour des sujets qui sont assez pointus et spécialisés.

Les réclamations qui ont été faites pour des soins reçus au Canada, hors Québec, par des Québécois, montaient à 95 088 118 \$. Là-dessus, la Régie de l'assurance maladie a remboursé plus ou moins 80 millions, un peu plus de 85 millions de dollars, compte tenu des coûts moins élevés du système au Québec que dans le reste du Canada. Pour ce qui est des réclamations pour les soins hors Canada, là, ça devient beaucoup plus difficile parce que les coûts sont très élevés dans certains pays du monde pour les soins de santé. Puis on se trouve donc très heureux, lorsqu'on fait ces comparaisons-là — ayant moi-même vécu dans un pays où il n'y avait pas de système de protection d'assurance maladie — on est très chanceux au Québec de bénéficier de ça.

La résultante est que, lorsque les gens réclament des frais pour les soins hors Canada, qui n'auraient pas été préalablement autorisés à la Régie de l'assurance maladie, la réclamation — je ne sais pas si c'est l'an dernier, probablement que c'est dans la dernière année, ça — était pour 2002-2003, oui, exactement, 87 928 000 \$, près de 88 millions de dollars en fait, et la Régie n'a remboursé qu'un peu plus de 7 millions de dollars, étant donné l'importance des coûts différentiels entre le Québec, le Canada et le reste des pays parce que, par exemple, on donne 100 \$ par jour pour hospitalisation, alors que, dans les autres pays, si vous êtes allés en Floride déjà puis qu'il vous est arrivé le malheur d'être hospitalisé et que vous avez reçu la facture, les coûts d'hospitalisation sont excessivement élevés, d'où l'importance effectivement de rappeler à nos concitoyens et concitoyennes de se munir d'une bonne assurance voyage avant leur déplacement, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Entente pancanadienne sur les frais d'hospitalisation des citoyens canadiens

Mme Harel: Je comprends qu'il y a eu très récemment entente à l'égard des frais en contrepartie des hospitalisations de Québécois hors Québec au Canada ou de Canadiens au Québec. Est-ce que cette entente est récente?

M. Couillard: M. le Président, c'est une très vieille entente, les chiffres que j'avais datent de 2000-2001, puis ça existait déjà auparavant. En fait pour... je pense cependant que, si on considère les crédits de cette année, on remarque qu'il y a un coût

augmenté, pour l'assurance hospitalisation hors Québec, de quelque 30 millions de dollars, je pense, pour le réajustement des forfaits d'hospitalisation. C'est parce que...

Mme Harel: C'est une augmentation assez considérable.

M. Couillard: Oui, parce que, pendant longtemps, on a laissé les forfaits d'hospitalisation très bas par rapport à ce que qui se faisait au reste du Canada. On a étiré l'élastique, si vous me permettez, le plus longtemps possible, et je ne blâme pas les gestionnaires de l'avoir... ni les dirigeants politiques d'alors de l'avoir fait, mais il est arrivé un moment où il fallait combler l'écart, et c'est ce qui explique cette dépense cette année, qui est assez importante. Je pense que c'est 34 millions de dollars ou quelque chose de semblable, dans ces eaux-là, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Rémunération des professionnels de la santé

Mme Harel: Oui. M. le Président, puisque nous en sommes à ces questions de coûts et de rémunération, on pourrait aborder avec la Régie la question de la rémunération des professionnels et peut-être, avec le ministre, cette question qui est celle des comités qui doivent être mis en place avec les fédérations professionnelles, comités... trois comités, je pense, notamment, un comité sur l'écart salarial entre les spécialistes québécois et ceux des provinces canadiennes. Est-ce que les mêmes comités vont être mis en place avec les omnipraticiens également? Les mêmes trois comités.

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

M. Couillard: Dans l'entente qui a été signée avec les omnipraticiens, je pense, avant les élections, là, il y avait une entente pour examiner avec les omnipraticiens la façon de combler l'écart d'augmentation qui aurait lieu entre l'augmentation perçue par les omnipraticiens. On se souvient qu'ils ont signé l'entente beaucoup plus tôt que les médecins spécialistes, et j'ai un souvenir assez, je dirais, précis de ces événements. Donc, on avait prévu qu'il y aurait une consultation et un mécanisme pour leur permettre de bénéficier... qu'ils n'aient pas l'impression d'avoir un manque à gagner parce qu'ils ont été plus rapides à signer l'entente.

Pour ce qui est des médecins spécialistes, les comités visent effectivement à étudier la question de la qualité de la pratique, de la rémunération différenciée et, je pense, également les conditions de retraite. Je pense que ce sont les éléments qui sont étudiés.

Mais, ce qu'il faut faire, et je pense que madame y a déjà fait allusion à plusieurs reprises et ainsi que ses collègues du cabinet et du gouvernement précédent, c'est que, lorsqu'on fait des comparaisons de revenus, il faut inclure des éléments autres que les montants bruts de rémunération. Il faut inclure les services publics qu'on reçoit au Québec, il faut inclure le coût de la vie et d'autres éléments de comparaison valides, de sorte qu'on

compare les pommes avec les pommes et les oranges avec les oranges. Il faut également faire des comparaisons ciblées, spécialité par spécialité, parce que je soupçonne fort, ayant été moi-même médecin spécialiste pendant plusieurs années, que les écarts entre les spécialistes canadiens et québécois varient beaucoup selon les spécialités.

Alors, je pense que c'est important. C'est un exercice qui est valide, qui va nous servir également d'information utile, et je pense qu'il est nécessaire de le faire, mais en le faisant de façon appropriée et, encore une fois, de façon à inclure tous les éléments qui font de la vie au Québec quelque chose de très agréable, et on bénéficie tous de beaucoup d'avantages dans le fait d'être résidents du Québec.

On me dit ici que le rapport du comité sur la rémunération, M. le Président, devrait être disponible vers le 31 octobre 2003. Alors, on aura l'occasion de l'analyser et de faire des commentaires par la suite, et les conversations avec les médecins spécialistes se poursuivront par la suite.

Pour les omnipraticiens, on a actuellement, comme je l'ai indiqué l'autre jour, des conversations très actives avec les omnipraticiens pour la gestion des activités médicales prioritaires, on en a parlé l'autre jour. C'est essentiel que ces activités médicales prioritaires soient effectuées. Je ne rappellerai pas de quoi il s'agit, on en a discuté l'autre jour. Mais la façon de les gérer fait l'objet, je dirais, d'une discussion entre le ministère et les omnipraticiens, ceux-ci voulant qu'on adopte une méthode moins rigide de comptabiliser ou de vérifier la prestation des activités médicales prioritaires. Mais nous tenons absolument à ce que ces activités soient faites, particulièrement celles qui ont trait au travail, à l'urgence, en obstétrique, de même qu'en contact avec les clientèles vulnérables.

Pour les omnipraticiens, donc, les travaux complémentaires d'égalisation entre le gain des spécialistes et le gain des omnipraticiens suivront après qu'on ait réglé la question des activités médicales prioritaires, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée.

Mme Harel: Alors, toujours sur la même question, trois comités ont donc été prévus, le premier portant sur l'écart salarial entre les médecins québécois et les médecins des autres juridictions canadiennes; le deuxième, sur la retraite et l'opportunité de mettre sur pied un régime de retraite pour les médecins qui sont des travailleurs autonomes; et, finalement, le troisième qui est en quelque sorte un comité de vigilance, là, sur les conditions de pratique des médecins, sur lequel devait siéger le Collège des médecins. Ces trois comités ayant été convenus au moment des négociations avec la Fédération des spécialistes, je comprends donc que les omnipraticiens vont aussi pouvoir bénéficier d'examen, finalement, de ces questions, dans des comités similaires, avec le ministère. C'est bien ça?

M. Couillard: M. le Président...

Une voix: ...

M. Couillard: Oui, je voudrais préciser quelque chose qu'on me signale. Je ne voudrais pas laisser de mauvaise impression aux gens qui nous écoutent, particulièrement les médecins omnipraticiens. Le mémoire et les démarches sur la mise à niveau de la rémunération par rapport aux spécialistes suit son cours, là, parallèlement à la négociation sur les activités médicales prioritaires. Il n'est pas question de retarder l'un par rapport à l'autre. Je pense que c'est important de préciser ça aux gens qui nous écoutent.

La correction qu'on veut faire pour les omnipraticiens tient spécifiquement à l'égard de gain salarial ou gain de rémunération qu'ils pourraient avoir noté, comparativement à leurs collègues spécialistes, étant donné, je dirais, l'aspect non synchrone de la signature des ententes, M. le Président.

● (16 h 40) ●

Une voix: ...

M. Couillard: Synchrone, c'est un adjectif. Synchrone. S-y-n-c-h-r-o-n-e.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Entre-temps, est-ce que la ministre... Pardon, la députée d'Hochelaga-Maisonneuve aimerait dire quelque chose? S-y...

M. Couillard: ...n-c-h-r-o-n-e.

Le Président (M. Copeman): Merci. Allez-y, Mme la députée.

Opinion du ministre sur la rémunération à l'acte des médecins spécialistes

Mme Harel: Le ministre avait signé, je pense, dans le journal *Le Devoir*, le samedi 13 février, un article dans lequel il terminait en disant ceci: «La ministre de la Santé doit — c'était en février 1999 — la ministre de la Santé doit intervenir sans hésiter à outrepasser les Fédérations médicales pour négocier directement avec les groupes de médecins véritablement prêts pour le changement, les spécialistes en pratique universitaire par exemple. Il est temps de reconnaître l'effet nocif de la rémunération à l'acte sur notre système de santé, que plusieurs acceptent maintenant comme une évidence, de Claude Castonguay à Jean Rochon, qui l'avait pourtant si bien écrit.» Alors, pense-t-il toujours la même chose?

M. Couillard: Oui, M. le Président, je pense toujours la même chose. Dans certaines catégories de professionnels médecins, les médecins spécialistes, particulièrement les médecins qui exercent des spécialités de niveau tertiaire ou quaternaire, de même que ceux... Avez-vous trouvé le mot, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): ...mais asynchrone, c'est le contraire.

M. Couillard: Asynchrone, c'est non synchrone, c'est le alpha privatif.

Le Président (M. Copeman): Très bien.

M. Couillard: Synchrone provient de «sun», ensemble, et de «khronos», temps. Donc, dans le même temps.

Le Président (M. Copeman): Oui, ça vient du latin et du grec, à part de ça.

M. Couillard: Oui.

Le Président (M. Copeman): Deux...

M. Couillard: Non parce que — «tempus fugit» — le temps, en latin, c'est «tempus»; le temps, en grec, c'est «khronos». C'est très différent. De sorte que ce que je fais actuellement, c'est une intervention chronophage, de «khronos», temps; «phagein», manger.

Le Président (M. Copeman): Si vous le dites, ça doit être vrai.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Mais revenons au sujet qui nous préoccupe, qui est quoi, au juste?

M. Couillard: Je voulais parler du mode de rémunération des médecins spécialistes.

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, M. le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Ce qu'on rigole! Alors, les activités tertiaires et quaternaires, à mon avis, ne sont pas prises en charge ou en compte de façon juste par une rémunération qui ne serait qu'une rémunération à l'acte. Je rappelle qu'au moment où j'écrivais ce texte — et mes voisins me corrigeront si ce n'est pas le cas — on avait simplement un régime de rémunération à l'acte dans la rémunération des médecins spécialistes. Par la suite, a été introduit le mode de rémunération forfaitaire mixte, qui est une combinaison d'un forfait quotidien et d'un pourcentage des activités à l'acte, qui varie selon qu'on est dans une spécialité ou l'autre. Donc, on a une importante amélioration. Et voici une des actions du gouvernement précédent que j'ai d'ailleurs saluée et que je continue d'apprécier, c'est quelque chose qui a fortement amélioré la façon dont on paie nos médecins spécialistes mais, encore une fois, spécifiquement les spécialistes qui exercent des niveaux d'activités tertiaires ou quaternaires ou ceux qui travaillent en milieu universitaire. Parce que les vocations de type enseignement et recherche, traditionnellement, ont été mal prises en charge pour la rémunération, aux dépens des activités cliniques. Alors, il est certain, par exemple, que, lorsque nous allons élaborer — Mme la députée y faisait allusion au sujet des hôpitaux universitaires de Montréal — lorsque nous allons élaborer le concept des hôpitaux universitaires de Montréal, nous allons nous assurer que l'élément de l'organisation professionnelle, donc d'un plan de pratique qui consiste à un mode de rémunération alterne, y est intégré. Le Québec a accumulé beaucoup de retard dans cet aspect

par rapport aux autres provinces canadiennes, M. le Président.

Ce que je dois constater depuis mon arrivée au poste que j'occupe actuellement, malgré certaines frictions que j'ai pu avoir auparavant avec une fédération médicale ou l'autre, c'est que les relations sont excellentes, les conversations sont positives. Il y a beaucoup d'ouverture d'esprit pour l'exploration de nouveaux modes de rémunération, particulièrement en milieu universitaire, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

État des négociations en vue du renouvellement de la convention collective des employés du secteur parapublic

Mme Harel: Alors, puisque nous en sommes à la question de la rémunération, j'aimerais interroger le ministre sur les négociations qui vont être déclenchées, qui doivent l'être d'ailleurs maintenant, j'imagine, là, qui sont déjà amorcées, n'est-ce pas, négociations sur le renouvellement de la convention collective avec l'ensemble des employés du secteur parapublic.

Alors, je voudrais que le ministre nous indique si le comité patronal s'est réuni depuis le 29 avril dernier. Est-ce que... Ces réunions ont-elles eu lieu, d'une part?

Décentralisation de la négociation des clauses normatives des conventions collectives en santé et services sociaux

D'autre part, quelle est l'orientation que le ministre donnera à l'égard de la négociation des clauses normatives? On se rappellera, M. le Président, qu'il était question d'une négociation des clauses normatives des conventions collectives décentralisée. Maintient-il cet objectif de décentralisation de la négociation des clauses normatives des conventions collectives en santé et services sociaux?

Intentions du ministre concernant le maintien des accréditations et des conventions collectives dans le réseau de la santé

Et est-ce qu'il entend examiner aussi la question abordée par son collègue le ministre des Affaires municipales qui, interrogé par le journal la Gazette, indiquait que l'abolition de l'article 45 pourrait être préconisée non seulement dans le monde municipal, mais également pour le réseau de la santé?

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

État des négociations en vue du renouvellement de la convention collective des employés du secteur parapublic (suite)

M. Couillard: Juste pour donner un élément sur l'échéancier et les événements en cours, là, on a assisté, au cours des derniers jours ou des dernières heures, au dépôt des clauses normatives de demandes de la Fédération des infirmières. Les autres syndicats

devraient déposer leurs demandes en septembre; le gouvernement devrait faire connaître sa réaction en novembre. Il n'y a pas eu de réunion formelle à date du comité auquel madame fait allusion, mais des conversations informelles ont eu lieu.

**Décentralisation de la négociation
des clauses normatives des conventions
collectives en santé et services sociaux (suite)**

Sur ce qui est des objectifs qu'on poursuit, bien, il faut bien sûr qu'ils soient cohérents avec le mode de réorganisation qu'on poursuit. Il ne faudrait pas qu'on ait un obstacle de nature, là, syndicale ou de convention. Je pense que l'objectif — ici, il faut parler de l'objectif et non pas du moyen — l'objectif, c'est de donner aux gestionnaires locaux un peu plus de latitude dans la négociation des clauses normatives des conventions collectives.

**Intentions du ministre concernant
le maintien des accréditations et des conventions
collectives dans le réseau de la santé (suite)**

Pour ce qui est de l'article 45, il n'y a pas d'attitude définie à cet effet. Il y a des opinions divergentes actuellement qui nous indiquent que, plutôt que d'aborder la question sous l'angle de l'article 45 lui-même, on pourrait possiblement avoir des résultats similaires en s'attachant à la discussion des conventions collectives ou des clauses spécifiques des conventions collectives.

Vous comprendrez que c'est des sujets qui dépassent largement, je dirais, le niveau de ma contribution actuellement puis mon niveau d'expérience dans les négociations collectives, mais c'est la compréhension que j'en ai. Ce que, moi, j'ai transmis et que je veux faire connaître sans problème, puisque ça figure également dans notre programme électoral, c'est qu'il faut avoir un degré de souplesse plus grand dans les négociations des conventions collectives, et particulièrement la question de l'organisation du travail et des clauses normatives. Et, évidemment, il y a la question du nombre d'unités d'accréditation, mais il n'est peut-être pas judicieux d'aborder cette question maintenant, à l'aube d'une négociation générale dans le secteur public.

Mme Harel: Comptez...

La Présidente (Mme Charlebois): Ah oui! Je m'excuse, Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette, deux minutes.

**Décentralisation de la négociation
des clauses normatives des conventions
collectives en santé et services sociaux (suite)**

Mme Harel: Merci. Ne vous excusez pas. En fait, tempus fugit, comme disait le ministre. Est-ce que... Donc, vous avez comme objectif de décentraliser la négociation des clauses normatives.

M. Couillard: J'ai comme objectif d'assouplir et de rendre plus faciles l'organisation du travail et l'exécution des clauses normatives au niveau local. Le

moyen reste à déterminer, là, puis je fais entièrement confiance à mes collègues du Conseil du trésor et du ministère du Travail pour mener les conversations. Et, moi, ce que je vais faire, c'est faire les représentations qui établissent nos objectifs en lien avec le mode de réorganisation qu'on veut présenter.

**Intentions du ministre concernant
le maintien des accréditations et des conventions
collectives dans le réseau de la santé (suite)**

Mme Harel: Le mode d'organisation dont vous nous avez parlé hier suppose une fusion d'accréditations syndicales pas simplement par établissements tels qu'ils existent présentement, mais une fusion d'accréditations syndicales dans essentiellement de grands ensembles. Pensons, par exemple, à un regroupement de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, des CLSC de l'est de Montréal, il y en a neuf, des CHSLD, dans l'est de Montréal il y en a 14 ou 15. Donc, vous envisagez, si l'on suit la logique de ce brassage de structures que vous préconisez, vous envisagez donc un regroupement d'accréditations syndicales qui va faire en sorte qu'il y ait des milliers, des milliers, et des milliers de travailleurs sur les mêmes accréditations. C'est bien ça?

• (16 h 50) •

La Présidente (Mme Charlebois): M. le ministre, rapidement.

M. Couillard: Mme la Présidente, l'intervention de ma consœur me permet de faire quelques précisions. D'abord, suite à une de ses questions, hier, on a indiqué qu'il n'était pas nécessaire absolument d'avoir un centre hospitalier pour former un réseau d'établissements, de sorte qu'on ne peut pas dire qu'il serait obligatoire que tous les CLSC et les CHSLD de l'est de Montréal se regroupent avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. C'est un cas de figure très hypothétique. Je pense que d'autres regroupements sont certainement possibles. Dans le cas où il n'y a pas de centre hospitalier dans le regroupement local, on va s'assurer qu'il y ait des corridors de services établis pour que les patients aient accès au même résultat final d'intégration et de collaboration entre les établissements.

Pour ce qui est des unités d'accréditation syndicale, bien, c'est déjà le cas. Vous savez qu'il y a eu des fusions hospitalières multiples au Québec. On assiste à des nombreuses unités d'accréditation syndicale. Je pense que les chiffres sont absolument surprenants. Je pense qu'on me disait l'autre jour... Bien, à Sherbrooke où j'étais, il y avait, je pense, autour de 45 unités d'accréditation syndicale. D'autres hôpitaux, c'est également très élevé. Il n'est pas... Ce sujet n'est pas sur le tapis actuellement. C'est dans nos objectifs de programme, mais ce à quoi les fédérations syndicales nous ont sensibilisés, et je pense que c'est un objectif valable, c'est que, si on enclenchait — nonobstant le fait qu'elles semblent relativement ouvertes, ces fédérations, à ce concept de recentrer les accréditations — si on enclenchait ce mécanisme de redéfinition des accréditations maintenant, on courrait le risque de placer le réseau syndical en situation de maraudage et de redéfinition des accréditations, alors qu'on commence une négociation.

Alors, il faut être extrêmement prudents. Mais, encore une fois, c'est un dossier dont je laisse l'entière appréciation et responsabilité à mes collègues du cabinet qui sont en charge de ces dossiers-là, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): Alors, maintenant, je vais reconnaître le député de Nelligan.

**Représentation des personnes handicapées,
des anglophones, des autochtones et
des communautés culturelles au sein de l'effectif**

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Et, M. le ministre, je vais vous questionner sur un sujet que, je pense, pendant 13 ans j'ai questionné les instances gouvernementales — soit quand nous étions au pouvoir de 1989 à 1994 et aussi pendant neuf ans en opposition — c'est sur la répartition des effectifs totaux, particulièrement pour les personnes handicapées, les anglophones, les autochtones et les communautés culturelles.

Et j'ai voulu faire ça aujourd'hui, M. le ministre, parce que nous sommes au début d'un premier mandat — je présume que c'est le premier mandat de plusieurs, trois, ou quatre, ou cinq, ou plus, pour nous — et je voudrais vraiment établir les barèmes tout de suite. Parce que je ne mets pas en doute la bonne foi de tous les partis politiques, mais nos discours sont une chose, mais les actions sont une autre.

Et je voudrais faire un bref exposé des réponses de la question 10 que vous pouvez trouver sur les pages 92 et 93 du cahier sur la Régie de l'assurance maladie du Québec. Et c'est une question spécifiquement pour la Régie, mais aussi pour vous donner une chance de répondre sur la question globalement.

Sur la question des nombres de personnes qui viennent des communautés culturelles, personnes handicapées, anglophones et autochtones, les groupes ciblés, moins de 30 ans, pour les quatre catégories, le nombre de cadres qui viennent des quatre catégories, c'est zéro; professionnels, il y a en un des communautés culturelles, une personne handicapée et un autochtone, aucun anglophone; le nombre de fonctionnaires, huit fonctionnaires viennent de communautés culturelles — je parle de moins de 35 ans — et les ouvriers, personne des quatre catégories. Avec ça, pour les communautés culturelles, c'est 0,58 % de la totalité, et la totalité, c'est 257. Il y a 0,06 % pour les personnes handicapées, zéro pour les anglophones et 0,06 % pour les autochtones.

Quand je regarde la tranche d'âge 35 ans et plus, je regarde les chiffres encore, basés sur 1 539. Si mon information est correcte, sur la division femmes-hommes, c'est 63 % femmes, 36 % hommes; mais, pour les communautés culturelles, personnes handicapées, anglophones, autochtones, cadres: personne, zéro; professionnels, six personnes des communautés culturelles, quatre personnes handicapées, sept anglophones et deux autochtones; les fonctionnaires, c'est un peu mieux, 20 personnes qui viennent des communautés culturelles, 16 personnes handicapées, neuf anglophones et une autochtone. Et je continue avec quelques... finalement avec une totalité des communautés culturelles de

2,27 %: 1,43 % pour les personnes handicapées, 1 % pour les anglophones et 0,26 % pour les autochtones.

Je sais, M. le ministre, nous ne sommes pas dans une période d'embauche, etc., et ça va être difficile de changer. Mais je voudrais juste vous entendre: selon vous et selon le président-directeur général de la RAMQ, pourquoi, malgré, je présume, les efforts — je ne mets pas ça en doute — nous n'avons pas réussi à atteindre les objectifs que nous avons voulus? Il me semble que nous avons démontré, pendant les dernières 20 heures, que le dossier de santé et services sociaux est fort intéressant, il y a une expertise et une volonté québécoises par toute la province. Il me semble que, parmi ces groupes cibles, nous avons une expertise très élevée, et on peut peut-être avoir une stratégie plus active pour ces minorités.

Avec ça, ce n'est pas une chasse aux sorcières, je voudrais juste mieux comprendre: les barrières sont quoi? Et, selon vous, dans toutes nos instances, soit la Régie et les autres instances qui sont attachées avec le ministère, selon vous, qu'est-ce qu'on peut faire de... Je sais que ce mandat, c'est notre premier, mais aussi pendant les prochains trois ou quatre mandats que nous allons avoir, qu'est-ce qu'on peut faire de mieux pour améliorer cette situation?

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

M. Couillard: Mme la Présidente, je partage le souhait que mon collègue vient d'évoquer de nombreux mandats gouvernementaux réussis. Je pense que la population du Québec ne pourra qu'en profiter de façon majeure et importante.

Pour ce qui est de l'atteinte des cibles sur les différentes catégories de personnes dont mon collègue a parlé, il y a quelques chiffres; il a mentionné des chiffres, je vais les répéter et surtout, je dirais, les préciser.

Si on regarde d'abord l'effectif de la Régie de l'assurance maladie du Québec, parce que c'est l'organisme qu'on discute aujourd'hui, l'effectif total pour les personnes handicapées est de 1,43 % par rapport à 6 % de la population active et 1 % pour l'ensemble de la fonction publique. Donc, pour ce qui est des personnes handicapées, il y a une légère supériorité de la performance de la Régie de l'assurance maladie du Québec par rapport au reste de la fonction publique. Pour les communautés culturelles non anglophones: 2,27 % à la RAMQ, 2,3 % à la fonction publique, 13 % de la population active; dans les deux cas, on est très en retard au niveau de l'atteinte de la cible ici. Pour les anglophones, 1,04 % au niveau de la RAMQ, 0,7 % au niveau de la fonction publique; donc, c'est un peu mieux dans deux circonstances qui sont très loin de la cible, puisque 8 % de la population active est classifiée comme étant anglophone au Québec. Pour ce qui est des autochtones, on parle de 0,26 % à la RAMQ et de 0,4 % pour l'ensemble de la fonction publique du Québec, par rapport à un taux dans la population active de 1 %.

Maintenant, quelles sont les cibles gouvernementales pour les embauches des nouveaux employés de la fonction publique? Pour les personnes handicapées, on

visé à avoir 2 % de l'effectif en 2007, et c'est certainement une cible que mon collègue voudra suivre de près, étant particulièrement intéressé par le dossier des personnes handicapées du Québec. Pour les communautés culturelles, anglophones et autochtones, on les a regroupées dans la cible pour qu'il y ait 25 % de l'embauche annuelle qui soit dans ces catégories. Dans la réalité, M. Roy m'indique que la réalisation des embauches l'an dernier, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, a produit un résultat de 8,1 % dans cette catégorie, donc on est loin de l'objectif de 25 %, mais on voit qu'il y a quand même un mouvement dans cette direction. Pour ce qui est du rajeunissement de la fonction publique, on visait 65 % de l'embauche, en 2002-2003, pour les personnes de moins de 35 ans; il y a eu 60,7 % à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Quels sont les facteurs qui expliquent cet état de choses? Bien, ils sont multiples, et une étude sociologique serait intéressante, là, pour en préciser les tenants et les aboutissants. Ce qui est certain, pour le cas de la Régie de l'assurance maladie du Québec, par exemple, c'est que 91 % des effectifs travaillent ici, dans la ville de Québec, et 9 % dans la ville de Montréal, ce qui pourrait représenter un facteur peut-être rébarbatif pour certaines communautés culturelles peut-être, facteur qui explique partiellement.

Je pense qu'il est important, et au niveau de la Régie de l'assurance maladie du Québec, du ministère et de l'ensemble de la fonction publique, de conserver des cibles qui font que la représentation de ces communautés dans notre fonction publique se rapprochera de leur représentation dans la population. Et, à mon avis, ceci ne pourrait qu'améliorer le visage d'une fonction publique déjà extrêmement compétente. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Nelligan.

• (17 heures) •

M. Williams: Oui. Juste un bref commentaire. Merci pour la réponse, M. le ministre. Et juste un bref commentaire certainement sur la question de principe.

Je pense qu'on souhaite avoir le miroir de notre société dans la fonction publique, il n'y a pas de doute de ça. Mais, particulièrement dans le système de santé et de services sociaux, si nous avons les représentants soit des personnes handicapées, soit des autochtones, soit des communautés culturelles, on peut mieux comprendre leur réalité. Et, quand nous sommes en train de créer certaines politiques, soit les critères pour... Quand je parle des personnes handicapées et que c'est des critères pour les programmes de prothèses, orthèses, etc., si on peut avoir une meilleure connaissance, je pense, on peut être juste plus efficace.

C'est pourquoi j'insiste et je suis content que vous allez aussi embarquer pour ça. Je préfère avoir les cibles «realistic» et réalisables parce que, pendant des années, nous avons tous eu les discours qu'on veut faire mieux, mais nous n'avons pas bougé les chiffres. Avec ça, je pense, on commence notre premier mandat dans la bonne direction. Mais, comme j'ai dit, c'est mon intention de... c'est toujours de travailler pour assurer que, effectivement, chaque année, les chiffres avancent. Merci beaucoup pour votre réponse.

La Présidente (Mme Charlebois): Alors, maintenant, je reconnaitrai la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

Le point sur les indicateurs de rendement convenus entre les ministres de la Santé au Canada

Mme Harel: Oui. Merci, Mme la Présidente. J'aimerais... Mme la Présidente, je constate, là, que notre... le compte à rebours est commencé, là, n'est-ce pas; il nous reste une heure à peine pour terminer les travaux de notre commission.

Alors, j'aimerais interroger le ministre sur les suites qu'il entend donner aux indicateurs de rendement qui ont été convenus entre les ministres de la Santé des provinces suite à l'accord intervenu en février dernier entre les premiers ministres provinciaux et le premier ministre fédéral. Alors, je voudrais remercier le président de la RAMQ, là. Je ne sais pas s'il... je ne sais pas si d'autres questions lui seront posées, mais j'aimerais bien que l'on puisse obtenir du ministre l'information sur les suites qui sont données, d'autant plus que, pour le 30 septembre prochain, les premiers ministres avaient chargé les ministres de la Santé d'établir les services minimums qui devaient être offerts en matière de soins à domicile. Alors, est-ce que c'est... ce calendrier est toujours le même? C'est donc toujours pour le 30 septembre prochain que cette définition des services minimums doit être faite? Qu'en est-il, là, des suites qui doivent être données à l'égard des ententes qui avaient été convenues en février dernier? Donc, première échéance, le 30 septembre et deuxième échéance le 31 mars 2004, lors de la création du nouveau Transfert canadien pour la santé. Donc, où en est finalement le calendrier de ces relations fédérales-provinciales?

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

M. Couillard: Mme la Présidente, M. le Président — permutation qui se fait au début de ma réponse — la question de la députée d'Hochelega-Maisonneuve revient à la question suivante: L'engagement — puis c'est pour ça qu'au début j'avais de la difficulté à suivre, mais on m'a rapidement réaiguillé sur la bonne voie — l'engagement qui accompagnait l'entente des premiers ministres de février 2003 portait sur l'établissement de mécanismes de reddition de comptes ou de comparaison incarnés par, par exemple, le Conseil canadien de la santé tel que proposé par M. Roy Romanow dans son rapport maintenant bien connu.

La position du gouvernement du Québec est claire à cet effet. Elle a été encore une fois exprimée par le premier ministre hier à Charlottetown, à la Conférence des premiers ministres, et ça représente une continuité avec la position historique de tous les gouvernements du Québec depuis longtemps, en partant des gouvernements libéraux des années soixante, soixante-dix, incluant les gouvernements du Parti québécois. C'est que le Québec ne participera pas au Conseil canadien sur la santé autre que dans un rôle de collaboration, en y déléguant éventuellement

l'organisme qui, au Québec, a le rôle de surveillance et de reddition de comptes. Nous n'estimons pas qu'en vertu de la Constitution canadienne nous ayons de comptes à rendre à d'autres personnes que les électeurs, la juridiction du Québec en matière de santé et de services sociaux étant exclusive. Je pense que c'est une position qui est historique au niveau du gouvernement du Québec, et nous la maintenons.

Nous allons cependant pouvoir déléguer des observateurs ou établir des collaborations avec ce Conseil, mais de façon très lointaine. Nous sommes tenus à l'écart de toute conversation qui faisait état du financement ou du mandat d'un tel conseil, étant donné notre position constitutionnelle très claire à cet effet, et, en tant que citoyen québécois qui croit aux vertus du fédéralisme canadien, j'ai eu l'occasion de l'exprimer à des compatriotes canadiens. La première chose que nous pourrions faire, me semble-t-il, c'est d'appliquer la Constitution canadienne, qui prévoit que... la Constitution prévoit donc une compétence exclusive du Québec en matière de santé et de services sociaux, et nous serons extrêmement attentifs à cet effet.

À plus long terme, le rôle de reddition de comptes ou de surveillance nous amène, je crois, M. le Président, à une partie de la conversation que nous avons hier, qui touchait le Commissaire à la santé. D'où l'intérêt, M. le Président, de nous doter d'un organisme semblable au Québec qui nous permet de montrer au reste du Canada, en particulier, que nous sommes en fait en avance sur le mécanisme de vérification et de reddition de comptes à l'intérieur du Québec même, dans les limites très claires et dans les prérogatives que la Constitution canadienne nous accorde, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je conclus donc que le ministère de la Santé et des Services sociaux ne participera pas aux travaux qui étaient prévus dans le cadre de l'entente de février dernier et qui prévoyait l'établissement des services minimums de soins à domicile pour le 30 septembre prochain. C'est bien ça?

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

M. Couillard: C'est une bonne conclusion. Je me suis même abstenu de participer aux conférences téléphoniques des ministres de la Santé qui touchaient au Conseil canadien sur la santé, M. le Président.

État de la situation aux soins intensifs de l'Hôpital Sainte-Justine

Mme Harel: Alors, merci. Dans un autre ordre d'idées, j'aimerais... Avant qu'on termine nos travaux, il me semble important qu'on puisse parler de la situation qui prévaut à l'Hôpital Sainte-Justine. Alors, j'aimerais entendre le ministre sur la situation aux urgences de Sainte-Justine... aux soins intensifs plutôt.

Le Président (M. Copeman): Soins intensifs, hein, c'est ça?

Mme Harel: Oui.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, en fait, M. le Président, on peut discuter les deux situations parce que les deux situations sont préoccupantes.

La situation à l'urgence, d'abord. Il y a un projet d'agrandissement de l'urgence à Sainte-Justine qui est, je crois, en exécution. Je parle des urgences, là, quand même, parce qu'on y a fait allusion. Pour ce qui est des soins intensifs de néonatalogie, c'est spécifiquement de ces soins intensifs là dont on parle, il y a effectivement, je dirais, une alerte publique qui a été donnée récemment. Étant donné la faible capacité de lits de cette unité, l'Hôpital Sainte-Justine nous a transmis le besoin d'agrandir ladite unité, pour un projet d'environ 4 millions de dollars. Nous allons accorder une attention extrêmement prioritaire à ce dossier. Et d'ailleurs nous pourrions y faire allusion lors de l'établissement de notre politique regardant les hôpitaux universitaires de Montréal, puisque, faut-il le rappeler, Sainte-Justine est le cinquième hôpital universitaire du Québec, ce qu'on appelle, en abréviation, le CHU mère-enfant.

J'aimerais cependant noter qu'il est essentiel également que des collaborations soient faites et établies entre les deux hôpitaux pédiatriques surspécialisés de Montréal. Nous avons deux institutions pédiatriques de niveau universitaire dans notre ville de Montréal et nous attendons à ce que les soins soient organisés de façon au moins minimalement concertée. Mais c'est certain que le projet d'agrandissement de l'unité de néonatalogie est un projet prioritaire, et on espère bien pouvoir, je dirais dans les limites permises par les mécanismes, que Mme la députée connaît bien, d'autorisation d'examen des projets immobiliers, le faire progresser.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mesures visant à assurer la complémentarité des services des hôpitaux pédiatriques surspécialisés de Montréal

Mme Harel: M. le Président, comment le ministre entend-il s'assurer de cette complémentarité qu'il souhaite, là? Hors le souhait légitime, qu'est-ce qu'il met en place pour que ce souhait se réalise, qu'il y ait cette complémentarité?

M. Couillard: Excusez-moi, mais pourriez-vous... Je m'excuse, madame, pourriez-vous répéter?

Mme Harel: Non, je vous comprends, je suis souvent dans la même situation. La question étant: Le souhait du ministre, donc, qu'il y ait complémentarité entre ces deux grands établissements, qu'entend-il mettre en place pour que ce souhait se réalise?

M. Couillard: M. le Président, dans la discussion que nous avons eue hier concernant les hôpitaux universitaires de Montréal, nous avons indiqué qu'un degré de complémentarité pour surtout les activités spécialisées ou surspécialisées serait demandé pour les

deux nouveaux hôpitaux de Montréal adultes. Nous allons dans le même temps demander qu'une telle collaboration s'installe pour les activités les plus spécialisées entre les deux hôpitaux pédiatriques, notre intention n'étant pas d'en fermer un ou d'en laisser un absorbé par l'autre. Je pense que notre communauté multiculturelle à Montréal bénéficie de la présence de ces deux institutions, mais il faudrait quand même éviter les duplications inutiles, les augmentations de coûts qui sont consécutives à une mauvaise coordination des activités. Nous allons fortement, je dirais, étudier la question. Il faut y aller cas par cas. Il y a plusieurs dossiers, hein, actuellement, qui font l'objet d'un examen.

• (17 h 10) •

Mme Harel: Qui a le mandat: la régie régionale ou le ministère?

M. Couillard: Le mandat de l'organisation des soins est forcément un mandat régional. Cependant, lorsque nous allons faire l'examen des projets de développement des projets immobiliers... Et je rappelle que le président-directeur général de la régie de Montréal sera impliqué dans l'approbation des projets, et, par la suite, dans leurs études en termes d'impact sur l'organisation des soins, nous allons demander que, parmi les critères qui viseront à autoriser les projets, figure l'établissement d'une collaboration concrète entre les deux institutions.

Mme Harel: Dans un article publié dans le journal *Le Devoir* le 3 juillet, on dit ceci: «La demande est actuellement sur le bureau du ministre de la Santé et des Services sociaux.» On ajoute votre nom, là, mais je ne le mets pas parce que ce n'est pas conforme au règlement. Et on dit ceci: «C'est un dossier qu'on regarde de façon très étroite actuellement, a confirmé hier l'attachée de presse du ministre [...] ajoutant que la décision devrait être imminente.» Alors, «imminente» — c'était il y a une semaine de cela — c'est imminent dans quelques mois ou c'est imminent prochainement?

M. Couillard: Je pense que, M. le Président, ce n'est pas tout à fait exact, là, ce qui est écrit dans le dossier... dans l'article. Le dossier n'a pas actuellement franchi toutes les étapes d'un projet d'immobilisation. Il vient d'apparaître dans la zone ou dans la sphère de préoccupation. Le dossier cependant nous a été transmis et, nonobstant le fait qu'il n'avait pas suivi encore toutes les étapes nécessaires, on a décidé de lui accorder une attention prioritaire. Maintenant, madame connaît très bien les délais inhérents à l'évaluation d'un projet immobilier. Déjà de l'avoir inscrit dans nos priorités alors qu'il n'avait pas franchi les étapes initiales témoigne de l'importance qu'on lui accorde. Alors, on va l'étudier.

Ce qu'on a actuellement de déposé au ministère, ce n'est pas un projet, c'est un projet d'orientation, et le plan, ou projet — je ne me souviens jamais le p, c'est pourquoi — le programme fonctionnel et technique ou PFT, est en cours d'élaboration. Vous voyez qu'on est très loin dans le processus, là. Mais on va quand même accompagner ce projet-là, comme on l'a dit pour d'autres projets prioritaires au Québec, et s'assurer qu'il n'y ait pas de barrières inutiles dans son élaboration. Je suis

certain que le gouvernement précédent avait également été sensibilisé à ce problème-là. Et, à ce que je sache, il n'y avait pas de programme ou de projet de Sainte-Justine au plan triennal d'immobilisations pour les soins intensifs.

État d'avancement du projet de rénovation de l'Hôpital de Saint-Hyacinthe

Mme Harel: Qu'en sera-t-il également du projet de l'urgence de Saint-Hyacinthe? De l'hôpital plutôt. Oui, de l'Hôpital de Saint-Hyacinthe. C'est une situation extrêmement particulière, hein? De mémoire, je sais qu'il y a une urgence en la matière. Alors, où en sommes-nous? Les conditions d'hébergement ne sont plus du tout, du tout, du tout propices. Alors, quelle est finalement la solution retenue par le ministre?

M. Couillard: J'ajouterais même, M. le Président, que les conditions d'hébergement ne sont pas sécuritaires pour les patients actuellement, autant pour l'exposition aux germes et aux moisissures en particulier que pour la question de la prévention des incendies, qui n'est pas adéquate. De sorte que ce projet est autorisé. Le coût exact, je pense, c'est 112 millions de dollars ou un montant approximatif. On a eu un bref débat parce que certains... 119? 119 millions de dollars.

On a eu un bref débat parce que les intervenants locaux souhaitaient qu'on examine la possibilité de construire un nouvel hôpital. Particulièrement, la Corporation d'hébergement du Québec voulait soumettre la proposition de construire un nouvel hôpital. Ce n'est pas localement que ça a été élaboré, c'est par la Corporation d'hébergement du Québec. Après discussion, j'ai décidé qu'il valait mieux persister avec le scénario de rénovation principalement pour des raisons de santé publique.

C'est que, si on va vers la construction d'un nouvel hôpital, par définition, on laisse les patients en contact avec les germes encore un minimum d'un an et demi, deux ans, ou plus, parce qu'on sait que ça prend du temps, construire un hôpital. J'ai décidé de baser la décision non pas sur des critères, là, de coûts moindres ou améliorés d'un projet par rapport à un autre, mais sur un strict concept de santé publique puis de protection des patients. Donc, l'objectif qu'on doit poursuivre, c'est de laisser les gens le moins longtemps possible en contact avec les germes, d'une part, et, d'autre part, un milieu qui n'est pas propice quant à la sécurité pour les incendies.

On me dit que les travaux peuvent commencer assez prochainement. Les patients vont être déplacés à l'intérieur de l'institution pendant que les rénovations vont se faire. Et j'ai personnellement très hâte que celles-ci soient complétées, M. le Président. Ça me préoccupe beaucoup, la sécurité des patients dans cet établissement.

Mme Harel: Il a été confirmé qu'il était possible de faire des rénovations majeures tout en maintenant des patients dans l'hôpital?

M. Couillard: Oui, ça a été confirmé, effectivement. Et ça a été fait d'ailleurs dans plusieurs autres

projets ailleurs au Québec et ailleurs au Canada, il y a des exemples. Si vous allez, par exemple, visiter l'Hôpital général juif, ils ont fait plusieurs rénovations en déplaçant les unités d'une à l'autre. C'est sûr que c'est inconfortable pour les patients, mais je pense que c'est le moindre de deux maux. C'est ou ça ou les laisser dans l'hôpital comme il est jusqu'à temps que le nouvel hôpital soit construit, avec les conséquences. S'il se produisait une éclosion d'infection incontrôlable ou un incendie, je pense que notre responsabilité gouvernementale serait terrible ici, d'avoir laissé les gens en contact avec cette situation, et on ne peut pas rester dans cette situation.

Mme Harel: Est-ce que l'autre solution consistant à déplacer les patients vers d'autres établissements, puisque, pendant la rénovation, je comprends bien qu'il y aura encore des secteurs de l'hôpital où on retrouvera les moisissures et les champignons...

M. Couillard: Effectivement, on va utiliser les autres établissements de la région pour déplacer les patients par groupes. C'est d'ailleurs un scénario qui avait été approuvé, M. le Président, par mon prédécesseur, le député de Rousseau, de façon fort judicieuse. Je pense qu'il n'y a pas lieu de revenir sur cette décision, qui est une décision appropriée, qui est dans l'intérêt de la sécurité des patients.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, Mme la députée.

Chefs de cabinet au ministère

Mme Harel: Oui, M. le Président. En rafale, là, je voudrais poser un certain nombre de questions au ministre sur des sujets divers.

Notamment, dans les livres de crédits, on retrouve une information qui est assez étonnante à l'effet qu'il bénéficierait de trois chefs de cabinet. Il n'y en a qu'une seule — que je salue d'ailleurs — qui l'accompagne. Il faudrait tout simplement s'assurer de corriger cette information que l'on retrouve à la page 102 du livre des crédits... du livre en réponse aux questions générales. Alors, on retrouve, telle que l'information nous est transmise, Mme Jocelyne Bédard, M. Guy Paquin et Mme Whittom comme chefs de cabinet. Alors qu'en est-il?

M. Couillard: Alors, M. le Président, ce serait très difficile d'avoir un cabinet avec trois chefs, je n'ose même pas m'imaginer la difficulté. Alors, il y a deux éléments à l'origine de cette constatation: l'un est dû à des événements qui se sont passés dans le gouvernement, l'autre à une simple erreur de chiffres. Le premier élément, c'est qu'il y avait, à l'époque, une ministre déléguée qui avait son propre cabinet, et, deuxièmement, il y a des erreurs de code, tout simplement, de fonction. Je rassure Mme la députée et la commission qu'il n'y a qu'une seule directrice de cabinet au ministère de la Santé et Services sociaux, elle est à ma gauche, Mme Whittom. Elle a deux adjoints cependant, un pour les services sociaux, un pour les soins de santé, qui sont respectivement Mme Rouleau

pour les services de santé et M. Piché pour les services sociaux, et chaque... Mais vous connaissez mieux que moi l'organisation des cabinets ministériels. Mais je vous rassure, là, il n'y a qu'une seule maîtresse à bord, si je peux dire le... utiliser le terme.

Mesures visant à diminuer le délai d'autorisation des projets d'immobilisations

Mme Harel: Vous avez parlé tantôt des délais d'autorisation dans les projets d'immobilisation. Est-ce que vous avez l'intention de mettre en place les mesures pour diminuer ces délais d'autorisation?

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

M. Couillard: Les étapes, on peut difficilement les modifier, on essaie de les raccourcir. Je pense que c'est un processus qui a fait ses preuves. Il y a un danger à autoriser les projets trop tôt dans le processus alors qu'il peut y avoir des modifications qui mèneraient, par exemple, à faire une excavation puis couler des fondations puis avoir un changement qui nous fait qu'on est obligés de tout défaire puis de recommencer. Alors, je pense que c'est dans l'intérêt d'une gestion saine des fonds publics de laisser l'élaboration du projet se faire jusqu'au dernier moment avant de l'autoriser et... Parce que, dès qu'on... plus on autorise un projet précocement dans l'élaboration, plus on augmente le risque de dépassement ou de modification, avec des coûts importants. Alors, c'est quelque chose qu'on... Ce mode d'autorisation, on veut le préserver, mais on veut certainement le faire de la façon la plus efficace possible.

Ce qu'on veut faire également et ce qu'on a commencé à faire, c'est d'attribuer ou de prévoir les budgets d'opération des nouvelles installations lorsqu'on autorise des projets. Je pense que c'est dans l'intérêt des institutions de ne pas disposer d'installations neuves dont les budgets d'opération ne sont pas prévus. Alors, ça, c'est quelque chose qu'on veut faire et, en soi, ça va améliorer la façon dont on gère ces projets-là.

● (17 h 20) ●

Mais, soyons clairs, ça ne mènera pas à plus de projets, compte tenu de l'argent dont on dispose. On sait qu'il y a 1,7 milliard de projets actuellement en circulation. Il n'y aura certainement pas 1,7 milliard de crédits pour l'immobilisation l'année prochaine ni l'année suivante. Il faut faire des choix et des priorités. Il s'agit de vérifier que ces priorités-là sont congruentes ou cohérentes avec l'ensemble de nos autres priorités, et, par exemple, j'ai décidé de maintenir la priorisation de l'enveloppe qui restait à annoncer telle que priorisée par mon prédécesseur. Je trouvais que c'était une classification logique et je ne voulais pas introduire d'instabilité nouvelle dans le système.

Mme Harel: La priorisation resterait donc de niveau national et ne serait pas confiée aux agences régionales?

M. Couillard: Oui, ça reste au niveau national, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Bon. Ça met fin à ce bloc de temps, d'échange. Et j'ai une demande d'intervention de la part du député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue. Alors, je vous cède la parole, M. le député.

M. Bernard: Merci, M. le Président. Nous arrivons bientôt, M. le Président, à la fin de cette période pour l'adoption des crédits en santé et en services sociaux. Si vous me le permettez, j'aimerais beaucoup faire un rappel sur peut-être les heures qui s'est passé, mais également les derniers mois.

Comme vous le savez, notre gouvernement a mis la santé comme sa première priorité. Ça avait été annoncé dans notre plan du 12 septembre dernier. Depuis ce temps-là, il y a eu une campagne électorale où nous avons pris le pouvoir le 14 avril dernier. Mais, avant ce 14 avril dernier là, l'ancien gouvernement avait déposé des propositions budgétaires le 11 mars dernier. Depuis, maintenant nous avons pris le pouvoir, et le ministre des Finances, le 12 juin, a déposé les finances, le budget, et le 13 juin la ministre du Conseil du trésor a déposé les crédits.

Comme je disais donc, la santé représentait notre priorité. Et aujourd'hui donc, nous allons bientôt voter un budget, des crédits de 19,1 milliards de dollars, ce qui représente 41,7 % des dépenses du gouvernement pour l'exercice financier actuel. Comme vous savez, notre gouvernement, notre parti avait fixé des priorités. La question maintenant à savoir, suite au dépôt de ces crédits-là que les gens ont discuté beaucoup, c'est: S'il se dégageait des marges de manoeuvre ou si, comme, à un moment donné, le proposait l'opposition, on ajoutait des crédits de plus de 500 millions de dollars, la question à savoir, c'est: Qu'est-ce que pourrait notre gouvernement à cet égard?

Puis, comme on le sait, les besoins en santé et en services sociaux sont très, très, très importants, et les demandes sont très importantes. Je l'ai vécu moi-même personnellement lors de la campagne électorale et au cours des deux premiers mois que j'ai été député dans le comté de Rouyn-Noranda—Témiscamingue. Les groupes sociaux et communautaires ont des demandes très importantes. On n'a qu'à penser également aux services de première ligne que les gens, moi, dans mon comté, m'ont manifesté leur intérêt, mais également avoir des sommes supplémentaires pour accélérer les besoins. On n'a qu'à penser aux besoins pour les personnes handicapées physiques et intellectuelles, les soins à domicile, l'adaptation des logis, les personnes démunies, on a également le support aux jeunes. Alors — les listes d'attente en chirurgie — les gens m'ont manifesté beaucoup de préoccupations. Et c'était notre devoir en tant que gouvernement de répondre à ces préoccupations-là.

Priorités du ministre en cas d'obtention de crédits supplémentaires

Alors, comme je disais donc, nous allons adopter les crédits de 19,1 milliards, puis on espère naturellement que l'économie va nous le permettre, et les rentrées d'argent, qu'il pourrait se dégager effectivement peut-être des marges de manoeuvre. Et, moi, ce que j'aimerais savoir à ce moment-là, c'est, advenant

un dégageant de marge de manoeuvre, j'aimerais savoir quelles seraient les priorités de M. le ministre concernant ses philosophies, sa vision en santé, s'il vous plaît, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci. M. le ministre.

M. Couillard: Alors, si on avait le bonheur de disposer de marges de crédit supplémentaires ou d'argent supplémentaire, on serait donc en position pour encore plus renforcer les priorités qu'on a établies, ces priorités étant les soins de proximité, soins à domicile, maintien à domicile, soins de première ligne, hébergement, l'attente, autant en services diagnostics qu'en interventions, l'engorgement des urgences, mais qui a un lien étroit avec les services de proximité, ainsi que la santé mentale et les soins de santé aux autochtones.

Alors, on a répété ces priorités plusieurs fois au cours de nos débats, et, si on a, encore une fois, le bonheur de trouver la manne ou le pactole au cours des prochains mois, ne prétendant pas être Midas qui change les objets en or au seul contact de son doigt, je serais heureux de l'attribuer aux cibles prioritaires que je viens de vous élaborer.

Je pense que, encore une fois, on ne peut pas nier l'importance de prioriser les services de proximité. Ça, c'est une constatation sur laquelle tous et toutes s'entendent, autant du côté de l'opposition, ou lorsqu'ils étaient au gouvernement, autant les gens qui ont étudié les services de santé par des commissions dont on connaît les noms: Rochon, Clair, Romanow, Kirby. Tout le monde s'entend sur ça: il est prioritaire d'améliorer notre desserte de soins de première ligne, notre maintien à domicile puis nos placements en soins prolongés, sans ça, on n'aura pas de gains significatifs au niveau des urgences ni au niveau des salles... des attentes pour les chirurgies.

C'est une erreur d'attaquer ces problèmes uniquement sur l'angle de l'endroit où le symptôme apparaît. L'engorgement des urgences, c'est le symptôme de la maladie. L'origine de la maladie est ailleurs, souvent à l'extérieur de l'hôpital, et il faut résister à la tentation, et c'est une tentation qui est souvent là, d'accepter le fait que de corriger un problème d'urgence nécessite d'agrandir l'urgence ou de trouver un espace pour étendre plus de patients sur des civières. Ce n'est pas comme ça qu'on va régler le problème des urgences. La solution du problème des urgences se trouve avant l'hôpital, après l'hôpital et puis sur les étages. Ça, c'est très important d'en prendre conscience. Alors, si, encore une fois, on dégage des marges financières supplémentaires, voici donc les éléments dans lesquels on prévoit investir, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député.

Stratégie en matière de prévention

M. Bernard: Oui, merci, M. le Président. Oui, effectivement, on parle des urgences, mais je voudrais, premièrement, parler de la région tantôt... Je reviens à une remarque que vous avez faite en parlant de la

concentration, comme on parlait, de spécialités dans les hôpitaux. Puis, si je m'en rappelle bien, dans notre programme, entre autres, on parlait effectivement de créer des maillages entre les plans spécialisés, comme vous disiez, des points de desserte, et c'est cette piste-là, entre autres, qu'on aborde avec les centres hospitaliers universitaires, je crois. Si je me souviens bien, c'était une de... votre piste de solution. Puis, à cet égard aussi, comme vous disiez, les gens de la région vont toujours préférer avoir des soins en région, même s'il y a un déplacement, comme on disait, pour se déplacer, une heure de route, qu'aller descendre dans les grands centres par transport.

Mais un point que je veux vous demander... Comme je vous dis, j'ai joint la commission aujourd'hui, mais est-ce que le sujet de la prévention... On en parle beaucoup aussi, quand vous disiez qu'un des points importants se situait à l'extérieur des centres hospitaliers et des points... Alors, on arrive beaucoup à parler de prévention. Et j'aimerais avoir un peu la philosophie ou des réflexions de M. le ministre concernant la prévention.

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

M. Couillard: Effectivement, la prévention, la santé publique, la promotion de la santé sont des concepts extrêmement importants. Dans les annonces qu'on a faites le 22 mai, il y a 20 millions de crédits récurrents supplémentaires pour la santé publique, dont actuellement le gros va être utilisé pour la vaccination pour la méningite, le programme de prévention et de lutte contre le virus du Nil, et il y a 5 millions de dollars qui est attribué à la poursuite de l'excellent programme de lutte contre le tabagisme qui avait été initié dans les années précédentes. On prévoit, avec ces 5 millions de dollars, engager de nombreux inspecteurs supplémentaires pour veiller à ce que les mineurs n'aient pas accès aux produits du tabac dans toutes les régions du Québec. Alors, s'il y avait... Pour la méningite, par exemple, pour vous donner une idée, 72 000 enfants d'un an auront une dose de vaccin conjugué contre la méningite pour éviter la réapparition d'une épidémie semblable à celle de 2001.

C'est toujours difficile, ces dépenses-là, parce qu'on n'en voit pas de bénéfiques tangibles, puisque, par définition, si la dépense est efficace, il n'arrive rien. Alors, c'est difficile de dire: Bien, voici la dépense qu'on fait puis voici les résultats. Par contre, si on ne fait rien et que la catastrophe se produit, bien là on peut certainement s'interroger sur nos priorités. S'il arrivait que, par exemple, le problème du virus du Nil soit moins important que prévu ou moins coûteux que prévu à contrôler, eh bien, là, les sommes pourront être redirigées vers d'autres activités de type prévention et promotion de la santé. Et on entend augmenter l'investissement récurrent de ce secteur d'activité au cours des prochaines années en suivant finalement quoi? C'est le plan d'action en santé publique qui est venu à échéance et la politique de santé publique qui va être reconduite et représentée au cours d'un... dans un futur assez rapproché.

● (17 h 30) ●

Et on a la chance, je le répète encore, de bénéficier au Québec d'un excellent réseau de santé

publique, à partir d'un Institut qui donne des conseils sur une base scientifique, d'une direction nationale qui coordonne toutes les activités au Québec, de directions régionales également et d'intervenants dans les établissements et dans le milieu. Alors, il y a peu d'endroits et sinon pas d'endroits au Canada où la santé publique est aussi bien organisée qu'au Québec, de sorte que, dans notre nouveau mode d'organisation auquel nous avons largement fait allusion au cours de nos débats, nous avons d'emblée décidé de conserver ce mode d'organisation de la santé publique, avec une direction nationale et une direction régionale en coordination complète, le tout appuyé bien sûr par un Institut national de santé publique.

Le Président (M. Copeman): Ça va, M. le député?

M. Bernard: J'aurais une autre question, s'il vous plaît.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Plan d'action en matière de soins palliatifs

M. Bernard: Merci, M. le Président. J'aimerais aborder un autre sujet avec vous, s'il vous plaît, M. le ministre, c'est concernant... on s'en est déjà discuté un peu, c'est un sujet qui est un peu d'actualité, bien, un peu même très beaucoup d'actualité, dans ma région, on parle des soins palliatifs, puis je crois que le sujet aussi touche plusieurs autres régions du Québec.

On sent qu'il y a une croissance et des demandes pour l'implantation de maisons de soins palliatifs. Dans mon comté, il y en a une d'installée; il y a plusieurs demandes qui sont en place actuellement. Mais actuellement, comme on voit un peu dans mon comté, ces demandes-là ne semblent pas, je vous dirais... Il n'y a pas de concertation réelle actuellement pour dire: Oui, c'est quoi, les besoins en tant que tels, dans mon comté, ou l'implantation stratégique de ces maisons de soins palliatifs là.

Alors, j'aimerais savoir, je crois qu'il y a des choses qui s'en viennent là-dessus, mais j'aimerais avoir un peu plus d'information de la part de M. le ministre concernant les maisons de soins palliatifs, s'il vous plaît.

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

M. Couillard: On connaît l'importance, M. le Président, d'une bonne organisation en soins palliatifs, puisque les sondages montrent que la vaste majorité des Québécois et des Québécoises, en fait 90 % d'entre eux ou environ, souhaitent terminer leurs jours à la maison, dans leur milieu de vie naturel ou dans un milieu correspondant à ce qui s'approche le plus possible d'un milieu naturel, alors que dans les faits la plupart des gens décèdent encore à l'hôpital. D'où l'importance d'établir un cadre de référence très bien établi pour les soins palliatifs. Ceci devrait être déposé à l'automne prochain.

Ce qu'on remarque, suite finalement à l'explosion des besoins en soins palliatifs, c'est l'écllosion de maisons un peu partout au Québec, sans qu'il y ait de plan cohérent, là, qui ait été établi auparavant. Alors, il

faut être prudents dans les décisions regardant le financement, et mon attitude est, dans la grande majorité des cas, de retarder les décisions de financement jusqu'à ce que la politique de soins palliatifs ait été déposée et discutée à l'automne.

Les étapes qui ont été franchies jusqu'à maintenant dans ce domaine, bien: la nomination d'un coordonnateur et d'un président d'un comité consultatif en décembre 2001; le projet de politique a été déposé au comité directeur du ministère le 31 mars 2003; plusieurs organismes ont été consultés pour l'élaboration de cette politique, comme l'Association québécoise de soins palliatifs, le Conseil des soins palliatifs, le Conseil de la santé et du bien-être, le Protecteur des usagers, le Protecteur du citoyen et le Curateur public. Tous ces gens-là et ces organismes-là ont été consultés sur le projet de politique. Et on est très près de l'élaboration et du dépôt de cette politique, des décisions sur le partage des responsabilités, l'organisation nationale. Il y a une information qui a été donnée par Mme Lamontagne, là, sous-ministre adjointe à la direction des soins à la population, le 15 juin, au Congrès national de soins palliatifs, et on espère donc être en mesure de lancer et diffuser cette politique à l'automne 2003 et de prendre des décisions, par la suite, d'établissement, de développement et de financement qui seront en concordance avec cette politique, de façon à éviter le développement anarchique plus poussé de milieux de soins palliatifs dans des régions où normalement on ne devrait pas avoir eu de tels projets.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député.

M. Bernard: Oui. Ce ne sera pas une question directement, mais c'est encore un point d'information que je voudrais présenter à la commission, c'est concernant... Récemment, il y a deux semaines, j'étais à la maison puis j'ai eu un appel d'une dame d'un village tout près de Ville-Marie, puis le sujet se trouve le SRAS. Aussi, on a beaucoup parlé du SRAS au Québec, suite à qu'est-ce qui est arrivé à Toronto, et on sait que les hôpitaux de la région métropolitaine se sont bien préparés au SRAS puis à avoir des cas. Puis ça, comme je vous dis, là, c'est un point d'information, parce que c'est quand même important, que je veux que la population comprenne un peu puis que les gens se rendent compte.

Puis, nous, on a eu un cas d'une personne, c'est un camionneur qui est arrivé de l'Ontario, qui arrivait effectivement de Toronto, et qui faisait une fièvre. Et le cas à qui c'est arrivé, l'hôpital... le Centre hospitalier Sainte-Famille à Ville-Marie, c'est un tout petit centre hospitalier, et les gens, à ce moment-là, ils ont anticipé, et la crainte était qu'effectivement cette personne pouvait souffrir du SRAS. Ça faisait plusieurs jours qu'il l'avait.

Et donc, la question, je m'en suis rendu compte, c'était que peut-être les hôpitaux en région qui vivaient une situation similaire n'étaient peut-être pas prêts à accueillir tel genre de situation. Et je ne sais pas s'il y a eu d'autres situations similaires ailleurs, M. le Président, mais qu'est-ce que... aussi ça a pris des délais avant que le centre hospitalier ait une autorisation pour que le

patient puisse être transféré à l'Hôpital Saint-Luc à Montréal. Mais cette période-là a duré quatre jours où que la famille était très inquiète, mais également des gens du centre hospitalier.

Alors, éventuellement, j'aimerais m'assurer que qu'est-ce qui concerne... on a parlé du virus du Nil et toutes ces choses, tous ces virus-là, les autres points pour être certains que la politique soit bien coordonnée aussi à l'extérieur des centres métropolitains pour permettre effectivement le transfert et la formation des personnes sur place. M. le Président, merci.

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

M. Couillard: Bien, j'ai quelque chose à ajouter sur l'excellente intervention de mon collègue, et effectivement on est chanceux, entre guillemets, au Québec, d'avoir échappé à cette épidémie. Ce n'est pas vraiment dû au fait qu'on avait un excellent système de santé public — on l'a, l'excellent système — c'est qu'il y a beaucoup de chance là-dedans. Étant donné la mobilité de la population, il aurait facilement pu y avoir des cas qui se seraient déclarés au Québec, mais l'important, c'est que le système et le réseau étaient prêts à y faire face dans toutes les régions, y compris dans la région de mon collègue où il y avait des hôpitaux qui ont été désignés pour accueillir les cas éventuels, des chambres à pression négative, etc. Donc, toutes les précautions ont été prises.

Et, heureusement, remercions la Providence ou qui que soit, là, pour nous avoir permis d'échapper à ce fléau-là qui a durement touché l'Ontario, la province voisine, mais dont on souffre quand même ici indirectement des conséquences économiques, là, il faut réaliser ça.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, pour la fin des travaux de cette commission, là, je voudrais aborder un certain nombre de sujets rapidement. Je vais poser les questions en vrac, là.

Intentions du ministre concernant la mise en place de la ligne Info-Social

Info-Santé: où en est-on sur Info-Santé? Je me réjouis de la réponse que le ministre a faite à la question qui lui a été posée par le député de Rouyn-Noranda concernant la priorité qu'il faut donner aux services de première ligne ou aux services de proximité: maintien à domicile, médecine familiale, soins de longue durée.

En même temps cependant, il faut convenir que c'était là les choix qu'on retrouvait dans la politique Faire les bons choix. Et cette politique, qui consistait à mettre la priorité du côté des services de première ligne et des services de proximité, c'est une politique qui a été élaborée par les mêmes personnes, là, qui entourent présentement d'ailleurs le ministre.

Alors, Info-Santé reçoit 2,5 millions d'appels par année, chaque année, me dit-on. C'est un des services offerts par les CLSC, et ce service connaît une progression constante. Et il faut maintenant consolider

Info-Santé et mettre au monde une nouvelle ligne tout aussi importante qu'est la ligne Info-Social avec, comme base de fonctionnement, les CLSC. C'est un projet qui faisait partie du plan Pour faire les bons choix du gouvernement précédent. Alors, toutes les actions de nature sociale, notamment en matière de santé mentale, contribuent aussi au désengorgement des urgences, hein. Le ministre nous disait pendant les travaux de notre commission que la santé mentale était une priorité. Eh bien, une des manières de s'en assurer, c'est que cet outil d'Info-Social puisse se concrétiser. Alors, peut-il nous indiquer ses intentions à l'égard de la mise en place de la ligne Info-Social?

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

M. Couillard: Effectivement, le système Info-Santé est un acquis important puis un beau fleuron de notre réseau. D'ailleurs, on parlait tantôt de la pneumonie atypique ou le SRAS. Info-Santé est à la base de la prévention et de la préparation du réseau parce que, ce qu'on voulait absolument éviter, c'est que des gens potentiellement atteints se présentent directement dans un centre hospitalier et répandent une épidémie de façon non contrôlée. Donc, Info-Santé était très bien sensibilisé, il y avait même des gens qui parlaient le chinois à Montréal pour parler aux gens de la communauté si des personnes étaient inquiètes.

Le volet Info-Social est très important; loin de nous l'idée de ne pas le faire ou de le retarder. Il n'y a pas de crédits cette année là-dessus, disons-le franchement, mais ça fait partie de nos développements, et j'espère qu'à partir de l'année prochaine on pourra commencer à déployer ce réseau-là au Québec, M. le Président.

● (17 h 40) ●

Mme Harel: La beauté du travail que l'on fait en commission parlementaire, c'est que tout est écrit, n'est-ce pas, dans la *Gazette officielle*, et puis tout est enregistré. Alors donc, on s'attend à ce que l'an prochain, lors des crédits qui seront déposés, nous retrouvions les sommes nécessaires à la mise en place d'Info-Social.

Le ministre, à plusieurs reprises durant nos travaux, a d'ailleurs signalé qu'il considérait qu'il y avait des déterminants importants à la santé, qu'il fallait donc... C'était plutôt souvent en réponse à des questions posées par des collègues de ce côté-ci, mais qu'il fallait favoriser la prévention, n'est-ce pas? D'ailleurs, je soumetts au député de Rouyn-Noranda qu'il va retrouver dans les galées un échange entre le député de Vachon et le ministre sur cette question, qui a été certainement fort fructueux.

Intentions du ministre concernant le programme Ça bouge après l'école

Alors, dans ces objectifs de prévention, évidemment il faut lutter contre la sédentarité, hein. Je lisais d'ailleurs dans le document du Parti libéral, très éloquent à cet effet, la nécessité de bouger, n'est-ce pas, et des chiffres inquiétants sur le niveau d'obésité et le niveau de sédentarité en progression chez les Québécois.

Est-ce que le ministre de la Santé et des Services sociaux a fait des représentations à l'égard du programme Ça bouge après l'école, programme auquel participait activement le ministre de la Santé et des Services sociaux, et qui consistait à prolonger le temps de présence après les heures de cours au primaire et au secondaire pour s'assurer que les élèves acquièrent dès leur jeune âge de bonnes habitudes en cette matière?

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

M. Couillard: Je me sens un peu visé quand on parle de sédentarité, là, je dirais que ça fait partie de mon mode de vie depuis le 14 avril. Je voyais notre... pas notre prédécesseur, mais le premier ministre lors de la campagne, qui faisait sa marche rapide tous les jours. Je me suis dit: Bien, moi aussi, je vais faire ça, mais en pratique je ne le fais pas. Je n'arrive pas à le faire, c'est bien compliqué, mais il va falloir que je trouve une solution. Puis j'aimerais mieux aller dehors que rouler sur une bicyclette stationnaire ou un tapis roulant.

Le programme bouger après l'école, évidemment, n'est pas du ressort, je pense que Mme la députée le sait, du ministère de la Santé et des Services sociaux. J'ai effectivement conversé avec mon collègue de l'Éducation à ce sujet-là, je pense que c'est du ressort du ministère de l'Éducation, ce programme-là. Là, je ne m'attendais pas vraiment à ce qu'on soulève la question, de sorte que je ne peux pas donner d'élément, là, net, précis, quant à ce qui arrive à ce programme-là cette année. Ce que je peux dire, c'est que j'en ai parlé cependant avec mon collègue de l'Éducation. On pourra lui poser la question directement, je pense qu'il sera le mieux placé pour y répondre.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Harel: C'est un programme, Ça bouge après l'école, qui malheureusement a été coupé, hein, est passé au couperet du ministère de l'Éducation, du ministre de l'Éducation. Et je comprends que le ministère de la Santé et des Services sociaux avait été assez activement impliqué, il aurait même contribué, je pense, pour un montant de 1 million de dollars dans ce programme Ça bouge après l'école. Et c'est justement le genre, si vous voulez, d'instrument qui assure à une société que des bonnes habitudes vont se prendre tout de suite après... dès le jeune âge.

Alors, est-ce que le ministre entend faire de nouvelles interventions pour que ce programme ne soit pas, pour l'éternité, mis aux oubliettes?

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

M. Couillard: Oui, M. le Président, j'ai l'intention de faire d'autres représentations auprès de mon collègue. L'activité physique chez les jeunes, c'est très important. Il y aura lieu d'augmenter ou d'avoir plus d'actions à cet effet-là soit dans le ministère, ici, ou soit au niveau du ministère de l'Éducation. Et on trouvera les façons de le faire, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

**Suites données aux conclusions
du rapport Bernier touchant
les soins chiropratiques**

Mme Harel: En matière de soins chiropratiques. Certainement que plusieurs des collègues présents dans cette commission ont reçu des représentations des chiropraticiens concernant le rapport Bernier. Alors, quelles sont les intentions du ministre? Entend-il donner suite aux conclusions du rapport Bernier 2, là, notamment sur les ordres professionnels de la santé? Mais particulièrement, qu'entend-il... comment entend-il y donner suite à l'égard des chiropraticiens?

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

M. Couillard: D'abord, quelques précisions au niveau de l'activité physique, là, parce que c'est un sujet très important. Il y a un programme ici qui s'appelle Québec en forme, qui est cofinancé par le ministère de la Santé à la hauteur de 1 million de dollars et la Fondation Chagnon, et c'est de 2003 à 2006. Donc, il y aura lieu de voir comment ce programme inclut les familles et les enfants.

Pour ce qui est de l'activité physique, j'ai accepté la présidence et je vais aller au Marathon des deux rives marcher cinq kilomètres au mois d'août. J'invite ma consœur à se joindre à moi. On aura certainement... On marchera, je vous rassure tout de suite, je vous rassure tout de suite, on ne courra pas, madame, on va marcher. Il faut être conscients de nos limites.

Le Président (M. Copeman): On s'approche au partenariat, je pense.

M. Couillard: Oui, mais avec les précautions qui s'imposent, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Très bien.

M. Couillard: Mais on pourra certainement avoir des conversations lumineuses et intéressantes sur d'autres sujets que les soins de santé et de services sociaux, et je serais heureux de faire cette marche avec elle, au rythme qu'elle voudra bien le faire.

Pour ce qui est de la...

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y aura une place pour le président de la commission des affaires sociales, M. le ministre?

M. Couillard: Tout à fait.

Le Président (M. Copeman): Je me sens des fois exclu de ce débat, voyez-vous. Alors...

M. Couillard: Vous pourrez vous tenir entre nous deux de façon à maintenir votre rôle d'arbitre élégant des événements.

Le Président (M. Copeman): C'est bien. C'est un rendez-vous.

Mme Harel: Elle marche trop vite. Mais sérieusement, je remercie le ministre de cette invitation. Je compte beaucoup, moi, sur mon petit-fils de six ans pour me mettre en forme. J'en aurai la garde toute la semaine prochaine. Alors, peut-être pourrais-je faire cette course-là. Je ne sais pas encore. Enfin, jusqu'à maintenant, il m'a attirée dans le lac à sept heures et demie le matin jusqu'à 4 heures l'après-midi. Alors, je serai peut-être capable de donner suite à cette invitation.

M. Couillard: ...aux chiropraticiens, mais d'emblée, avant que vous ayez besoin de me reposer la question, là.

Mme Harel: Oui, très bien.

M. Couillard: Je n'essayais pas de m'évader de la question, je voulais juste toucher ce sujet que je trouvais important, l'activité physique, d'une façon, je pense, un peu ludique, mais c'était le but de mon intervention, ludique...

Mme Harel: C'est très important de donner des exemples.

M. Couillard: Oui, tout à fait.

Mme Harel: Ça reste important de faire cet effort-là. Puis, en quelque sorte, il suffit d'accepter d'être un peu le modèle pour que de nos concitoyens considèrent que, si occupé comme vous l'êtes, vous trouvez le temps de le faire, alors qu'ils peuvent aussi l'envisager pour eux-mêmes.

M. Couillard: Tout à fait. Alors, pour ce qui est de la situation des chiropraticiens et d'autres professionnels, parce qu'il ne faudrait pas limiter la discussion, là, aux seuls chiropraticiens, vous savez que c'est un dossier, la définition des prérogatives des professions, qui relève de l'Office des professions, donc secondairement du ministère de la Justice. Je dirais, l'intérêt médiatique pour la question provient d'un jugement de la Cour supérieure qui a confirmé que le diagnostic médical demeurerait l'apanage de la profession médicale.

Il faut mentionner que ceci n'enlève rien aux chiropraticiens. Ils continuent d'avoir toutes les prérogatives qu'ils avaient auparavant en termes de traitements chiropratiques, diagnostics chiropratiques, etc. Ça ne leur enlève rien. Ils voulaient étendre, d'après ma compréhension, leurs habilités à l'ensemble des diagnostics. Ceci sera, je suppose, l'objet de conversations avec l'Office des professions. Le jugement est rendu. Ils auront à décider, et je pense qu'ils ont décidé même d'aller en appel. S'ils vont en appel, un autre jugement de cour sera alors rendu, et on verra à ce moment-là quelle est la situation.

Mais, sur l'ensemble des médecines alternatives, mon attitude est une attitude, je dirais, d'ouverture prudente, la prudence étant qu'il faut absolument que les nouveaux modes d'intervention en santé que nous incluons dans notre réseau public fassent l'objet d'une validation scientifique d'un aussi haut niveau que ce qui est demandé aux autres types d'interventions dans le réseau de la santé actuellement. Alors, des interventions

de niveau scientifique élevé, ça veut dire des études randomisées à double insu — je m'excuse du terme technique — faites par des institutions universitaires de haut calibre et renommées. Alors, lorsqu'on aura ces études, ça nous fera plaisir d'inclure de nouvelles modalités thérapeutiques dans notre arsenal, ayant bien sûr cette attitude d'ouverture.

Pour ce qui est du statut professionnel des chiropraticiens, bien, ce sera à eux et à elles de décider quelle suite légale ils veulent donner au jugement de la Cour supérieure. En ce qui nous concerne et suite aux conversations que j'ai eues avec mon collègue le ministre de la Justice, il n'y a pas eu de réduction du tout des prérogatives des chiropraticiens suite à ce jugement-là.

Le Président (M. Copeman): Ça va? On a peut-être quelques minutes de marge de manoeuvre. Je ne sais pas, peut-être, Mme la députée, si vous avez des remarques... Normalement, il n'y a pas de remarques de clôture, mais peut-être quelques remerciements à des gens qui vous accompagnent. Je permettrai au ministre la même chose. J'aurai quelques remarques moi-même. Nous allons voter, et le devoir sera fait jusqu'à demain matin.

• (17 h 50) •

Mme Harel: Il est d'usage, M. le Président, habituellement de remercier le président pour la manière dont il a présidé les travaux. Est-ce que c'est à ça que vous nous invitez?

Le Président (M. Copeman): Pas du tout. Mais c'est bienvenu pareil. M. le... Oui, allez-y.

Mme Harel: Ça va.

Le Président (M. Copeman): Ça va. M. le ministre.

M. Couillard: Je voudrais également vous remercier, M. le Président, pour votre arbitrage encore une fois élégant des débats de cette commission. Je veux également remercier Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et les autres députés du Parti québécois ainsi que la députée indépendante qui s'est parfois jointe à nous de même qu'au député de Vachon, avec lequel j'ai eu effectivement un échange très intéressant sur la prévention et la promotion de la santé.

Je retiens encore une fois le niveau élevé de nos échanges, Mme la députée et moi-même. On a eu une période d'échange un peu plus vif lorsqu'on est sorti du dossier de la santé et des services sociaux. C'était, en ce qui me concerne, agréable. Le conflit d'opinions ne m'effraie pas. Au contraire, il fait partie de la vie, et c'était, je pense, constructif de part et d'autre d'échanger nos opinions. Mais je suis certain que, dans l'avenir, nous aurons tendance à restreindre nos conversations aux dossiers qui nous occupent, et je n'ai pas l'intention de monter le ton ou d'aborder les conversations de façon agressive ou partisane de façon outrancière.

Je remercie mes collègues députés ministériels, dont la contribution a été très constructive et très utile. Leurs questions et leurs interventions m'ont permis de développer des sujets qui n'avaient pas été touchés par l'opposition ou de préciser les questions en réponse aux

questions de l'opposition. Je les remercie particulièrement de m'avoir cédé un peu de leur temps pour compléter certaines des réponses que j'avais commencé à élaborer.

Alors, encore une fois, merci à tous et à toutes, puis on se reverra certainement à de nombreuses reprises dans cette enceinte ou dans une autre salle dans le rôle de cette commission des affaires sociales, et ce sera pour moi un grand plaisir de collaborer avec vous dans l'intérêt final de la population du Québec. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Et, pour ma part, compte tenu que j'ai une audience captive, je veux remercier tous les gens qui nous aident à mener ces débats à terme de façon aussi disciplinée et constructive: les techniciens et techniciennes au son, qui nous aident à contrôler la fluidité du débat; le personnel de la radiotélédiffusion des débats — parce que, comme on le sait, nos débats étaient diffusés en direct pendant trois jours sur le canal de l'Assemblée nationale; les pages, qui nous aident à accomplir nos travaux, distribuer des documents; évidemment, la secrétaire de la commission et l'agente au secrétariat, qui m'aident à tenter de rendre des décisions judicieuses et de s'assurer qu'on aborde le tout à l'intérieur des limites de temps prescrites par le règlement. Et je vous remercie toutes et tous, chers collègues, de votre participation disciplinée lors de ces trois jours d'étude détaillée des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Adoption des crédits

Alors, sans plus tarder, étant donné que le temps imparti pour l'étude des crédits du ministère est épuisé, je mets aux voix chacun des programmes. Alors, le programme 1, Fonctions nationales, est-il adopté?

Une voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Le programme 2, Fonctions régionales, est-il adopté?

Une voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Le programme 3, Office des personnes handicapées du Québec, est-il adopté?

Une voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Le programme 4, Régie de l'assurance maladie du Québec, est-il adopté?

Une voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2003-2004 sont-ils adoptés?

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division. Sur ça, je vous remercie encore une fois.

J'ajourne les travaux de la commission jusqu'à neuf heures et demie — c'est bien ça? — neuf heures et demie demain matin, à la salle Louis-Joseph-Papineau, pour l'étude du programme 5, Condition féminine, des crédits du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 54)

