



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 13 mai 2004 — Vol. 38 N° 56

**Étude des crédits du ministère de la Santé et
des Services sociaux (5): volet Santé et aînés**

**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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 13 mai 2004 — Vol. 38 N° 56

Table des matières

Santé et aînés	
Discussion générale (suite)	1
Financement du Forum des 50 ans et plus, <i>Citoyennes et citoyens à part entière</i>	2
Intentions concernant le plan d'action intitulé <i>Engagés dans l'action</i>	2
Documents déposés	2
Financement du Forum des 50 ans et plus, <i>Citoyennes et citoyens à part entière</i> (suite)	2
Intentions concernant le plan d'action intitulé <i>Engagés dans l'action</i> (suite)	3
Rapport du comité d'experts sur la santé mentale et plan d'action	3
Réaction du ministre aux inquiétudes du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale	5
Stratégie visant à garantir l'accessibilité aux services de santé en période estivale	6
Réévaluation de la profession d'infirmière auxiliaire	7
Entente au sujet de la compensation des victimes de l'hépatite C	8
Actions entreprises dans le but de soutenir les personnes atteintes d'autisme	9
Réaction du ministre aux inquiétudes découlant du mode de gestion des produits sanguins traitant l'hémophilie	10
Intentions concernant l'insertion sociale de patients de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, à Montréal	11
Échéancier du projet de conversion du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, à Lachenaie, en centre multivocationnel de santé	13
Plan national de santé publique	
Fonctionnement	14
Groupes ciblés par les crédits consacrés à la prévention	15
Stratégie de prévention du suicide	16
Aide au financement du Répit Providence, dans Hochelaga-Maisonneuve	17
Part des crédits pour la santé mentale consacrée à la prévention du suicide dans les centres jeunesse	18
Processus d'identification des membres des conseils d'administration des futures instances locales	19
Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux	21
Ventilation des frais de traiteurs	23
Mesures visant à éliminer les allergies aux produits d'entretien utilisés dans les établissements de santé	24
Projet de maison de naissance dans les Laurentides	24
Politique concernant les aidants naturels	26
Effets de la demande accrue de services pour les personnes âgées sur l'engorgement des salles d'urgence	27
Intentions concernant un centre pour dialysés dans les Hautes-Laurentides	28
Politique de soins palliatifs	29
Adoption des crédits	30
Documents déposés	31

Intervenants

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

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
M. Pierre Marsan
M. Jean-Claude St-André
M. Claude Bachand
Mme Lorraine Richard
M. Daniel Bernard
M. Maurice Clermont
M. Vincent Auclair
M. Jonathan Valois

Le jeudi 13 mai 2004 — Vol. 38 N° 56

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (5): volet Santé et aînés***(Quinze heures cinquante-deux minutes)***Santé et aînés**

Le Président (M. Copeman): Alors, bonjour, tout le monde. Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle que nous sommes réunis afin de poursuivre et en principe terminer l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2004-2005.

Je vous rappelle la règle d'or à l'effet que l'utilisation des téléphones cellulaires est strictement défendue, interdite dans les salles de commission, incluant évidemment le salon bleu. Alors, je vous prierais de les mettre hors tension.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par M. St-André (L'Assomption); M. Charbonneau (Borduas) par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); et Mme Charlebois (Soulanges) par M. Clermont (Mille-Îles).

Le Président (M. Copeman): Très bien. Avant de débiter les échanges, je tenais à faire le point sur le déroulement de nos travaux, surtout la répartition du temps. Depuis qu'on a commencé le volet Santé — je vous le précise bien — c'est-à-dire les travaux de nos séances du 10 et 12 mai, la répartition du temps se situe ainsi — et je vous ferai remarquer que les remarques préliminaires ne sont pas comptabilisées à l'intérieur des chiffres que je vais vous donner.

Alors, du côté de l'opposition, c'est-à-dire l'opposition officielle et les députés indépendants tous confondus, les députés ont posé des questions pour un total de 2 h 47 min 40 s. Le ministre, qui fait la défense des crédits bien évidemment, a répondu pendant 2 h 21 min 25 s, pour un total de 5 h 9 min 5 s. À ma droite, c'est-à-dire du côté ministériel, les députés ont posé des questions pendant 56 min 10 s, le ministre a répondu pendant 2 h 15 s, pour un total de 2 h 38 min 20 s. Ça récapitule, je crois, la répartition du temps.

Et, sans plus tarder, je vous rappelle que nous avons une enveloppe de trois heures de temps devant nous. L'avis de la commission précisait bien que c'était trois heures à partir du début des travaux de la commission, ce qui va nous ramener à 18 h 50, à peu près, hein? On s'entend là-dessus, tout près de 18 h 50, quelques minutes près, pour faire le bloc de trois heures pour terminer l'étude des crédits.

Et il y aura à la fin évidemment la mise aux voix des programmes, et, je vous rappelle, c'est la mise aux voix de tous les programmes des crédits relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, incluant évidemment le volet Services sociaux.

Discussion générale (suite)

Alors, sans plus tarder, je suis prêt à reconnaître une intervenante, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et condition des aînés.

Mme Harel: Merci, M. le Président. En fait, c'est un véritable sprint à l'occasion de ces trois dernières heures de l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux auquel, je pense, on va assister.

Voyez, j'ai avec moi quelques collègues ici qui veulent participer à cet échange et une liste de certainement une quinzaine de sujets différents sur lesquels j'aimerais entendre le ministre. Je voudrais profiter également de la présence dans les galeries, cet après-midi, pour saluer le Dr Porter et les personnes qui l'accompagnent, du Centre universitaire de McGill.

Alors, d'abord, M. le Président, je comprends que vous avez fait les vérifications d'usage et que, jusqu'à l'arrivée du nouveau gouvernement, la présidente du Conseil des aînés, de même que le sous-ministre — je pense, c'est le titre qu'il porte, là — du Secrétariat aux aînés ont toujours participé aux travaux de l'étude des crédits. Alors, la vérification a été faite.

La dernière année 2002, la présidente du Conseil des aînés a été remplacée parce qu'elle était à l'extérieur dans le cadre d'une mission, mais, en fait, toutes les études de crédits l'ont été de manière à pouvoir justement interroger à la fois le responsable du Secrétariat aux aînés et la présidente du conseil.

Je vais donc poser mes questions au ministre. Nous célébrions cette année... Je dois dire au ministre d'abord que j'ai été ministre des aînés, en 99, 1999. C'était lors de l'Année internationale des aînés, et ce n'est pas sans raison, en 1999, que les Nations Unies avaient choisi cette dernière année du siècle comme l'année internationale du vieillissement, enfin des aînés; on ne l'appelait pas du vieillissement mais des aînés. D'abord, parce que c'est le phénomène le plus inédit de toute l'histoire de l'humanité, c'est celui de l'espérance de vie qui s'est allongée.

Indéniablement, il y avait des gens qui vivaient vieux dans les sociétés humaines mais jamais comme une génération entière, comme c'est le cas maintenant, où on constate que quatre générations cohabitent et bientôt cinq générations, puisqu'on sait que chaque enfant qui naît maintenant, un enfant sur deux vivra au moins jusqu'à cent ans. Donc, cette question du vieillissement, pour moi, c'est une question vraiment importante, et je suis très contente que le chef de l'opposition m'ait chargée de cette responsabilité récemment.

**Financement du Forum des 50 ans et plus,
Citoyennes et citoyens à part entière**

Alors, je suis déçue, je le dis au ministre simplement, parce que, à l'occasion du 10e anniversaire du Conseil des aînés, 10e anniversaire qui devait être souligné à Sherbrooke et qui devait se tenir d'ailleurs dans le cadre d'un forum intitulé Forum des 50 ans et plus, *Citoyennes et citoyens à part entière*, ce forum avait été organisé par les tables régionales, tables régionales que je... Je suis contente d'avoir entendu le ministre annoncer qu'elles allaient continuer d'être financées, mais le forum était organisé justement à l'occasion de ce 10e anniversaire mais pour faire le point sur cette question qui est extrêmement importante maintenant dans notre société, sur finalement une revue des besoins des aînés mais aussi de la contribution qu'ils peuvent et doivent avoir à notre société.

Alors, la question, c'est: Pourquoi — j'ai ici la correspondance, là — pourquoi avoir refusé le financement qui allait permettre, la semaine prochaine, de tenir à Sherbrooke, à l'Université de Sherbrooke d'ailleurs, ce forum des 50 ans et plus et qui était très attendu, je dirais, par l'ensemble des organisations qui représentent les aînés qui devaient échanger sur tous les sujets qui les préoccupent, recueillir... sensibiliser aussi la population sur leurs attentes et puis exprimer également leur contribution à notre société? Première question.

**Intentions concernant le plan d'action
intitulé *Engagés dans l'action***

Deuxième, et je vais aller très vite, c'est celle concernant le plan d'action. Le plan d'action se termine cette année. Ce plan d'action comprenait les tables régionales, les projets dits mobilisateurs. C'est le Secrétariat des aînés, M. Bazin, qui avait la responsabilité de ces projets mobilisateurs pour lesquels, pendant trois ans, le gouvernement a consacré 1 million de dollars. Ça s'intitulait *Engagés dans l'action*, et je crois que le gouvernement et la société en avaient beaucoup plus que le million qu'ils mettaient avec tous ces projets mobilisateurs qui ont pu se réaliser.

● (16 heures) ●

Alors, je comprends que le million n'apparaît plus dans les crédits, à moins que le ministre ne m'annonce aujourd'hui, ce qui me réjouirait, qu'il entend maintenir cette contribution de 1 million qui profitait aux organismes... Ah! M. Bazin est là? Non? Bien oui, et je vous salue. Alors, *Engagés dans l'action*, je pense, ça a donné de bons résultats, et je souhaite que ça puisse continuer, et j'espère que le ministre nous le confirmera cet après-midi.

Dernière chose. Le ministre a reçu une invitation, une belle invitation pour le lancement d'un livre qui s'intitule *Viellir et Vivre en Santé*. Et c'est la directrice des Publications du Québec qui a lancé l'invitation au ministre, et elle attend toujours la réponse. Alors, je souhaiterais que, dans le cadre du Salon des aînés qui se tient demain, au centre de foires ExpoCité, à Québec, le ministre puisse donner une réponse dans les meilleurs délais, peut-être cet après-midi, parce qu'ils souhaitent vivement qu'il puisse être

présent à l'occasion du lancement de ce livre *Vivre et Vieillir en Santé*, lancement qui a lieu dans le cadre du Salon des aînés.

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

M. Couillard: M. le Président, avant de répondre aux différentes questions, j'ai plusieurs documents qui ont été demandés hier, que je vais déposer. Le premier, c'est une liasse de rapports annuels sur l'application de procédure d'examen des plaintes, région par région. Il va tout falloir transmettre ça à Mme la Présidente pour qu'elle puisse évaluer les documents.

Le deuxième est le bilan national d'évaluation région par région des ressources privées avec ou sans enfants, incluant les références à des résidentes privées. Finalement, toutes les régions ont complété, ce qui est à leur honneur parce que c'est un travail qui était assez lourd.

Ensuite, j'ai, tel que mentionné hier, une copie non annotée, propre, des balises pour les projets novateurs pour les aînés; également le tableau des contributions et rétributions pour les différents types de ressources de type familial et ressources intermédiaires selon le cas.

Alors, je crois qu'on doit peut-être laisser le temps à la présidente de regarder les documents ou vous voulez le faire ultérieurement? Ça va?

Documents déposés

La Présidente (Mme L'Écuyer): Merci. M. le ministre. Oui, ça va. J'autorise le dépôt des documents.

M. Couillard: Alors, moi également, je voudrais saluer les gens du CUSM qui sont avec nous. Comme ils sont derrière mon dos, c'était difficile de voir qu'ils étaient dans la galerie. Mais je les ai rencontrés ce matin, c'est très important qu'on ait des contacts réguliers avec eux, puisqu'ils dirigent l'une des deux grandes institutions de santé québécoises, institutions majeures universitaires au Québec.

**Financement du Forum des 50 ans et plus,
Citoyennes et citoyens à part entière (suite)**

Alors, effectivement, les questions, je les ai prises en note à mesure. D'abord, pour ce qui est du Forum des aînés. Alors, effectivement il y a une demande d'aide financière qui a été envoyée et à laquelle on a reçu une réponse via les autorités ministérielles, et le financement a été différé, ça ne veut pas dire refusé mais différé, et on a mentionné la possibilité que le forum pourrait se tenir ultérieurement parce qu'il y avait des problèmes dans la façon dont la demande était présentée.

Vous savez qu'il faut être particulièrement rigoureux lorsqu'on présente des demandes de financement. On n'avait pas précisé, dans la demande au sous-ministre, l'ampleur du soutien financier escompté. On faisait une demande de soutien financier, mais qui n'était pas chiffrée. On avait cependant annexé les informations relatives aux commandites et aux exposants, et on a

noté, dans notre évaluation technique au ministère, que l'évaluation des coûts de cet événement était plus élevée que pour des événements comparables. Donc, 50 000 \$ pour la préparation, 80 000 \$ pour la tenue, pour un total de 130 000 \$. Si on compare à des événements semblables d'autre nature, il semble que, effectivement, là, on pourrait revoir et peut-être faire un travail un peu plus rigoureux dans la préparation d'une demande de soutien financier à laquelle nous ne sommes pas fermés sur le plan du principe. Ceci, donc, pour le Forum des aînés.

Intentions concernant le plan d'action intitulé *Engagés dans l'action* (suite)

Deuxièmement, la question du plan d'action, on y a fait allusion hier. Effectivement, c'était une bonne chose, ce plan d'action, parce qu'il y a plusieurs projets qu'on a appelés les projets mobilisateurs, qui ont été inclus dans le plan d'action. Je mentionne la question des actes législatifs pour les résidences privées avec services pour les personnes âgées, la lutte aux abus envers les personnes âgées avec un projet entre 2001 et 2003, et la simplification et l'harmonisation des mesures de soutien.

Maintenant, ce plan d'action maintenant est un plan triennal; nous voulons en adopter un autre. Le nouveau plan d'action sera basé, d'une part, sur le bilan du premier, et, d'autre part, sur les travaux de nos groupes de travail ministériels, autant sur les services aux aînés en perte d'autonomie que sur l'encadrement des résidences privées. Donc, nous voulons poursuivre sur la même lancée et, également, continuer de soutenir des programmes tels que la Rose d'or, les organismes communautaires oeuvrant également auprès des aînés et bien sûr, comme on l'a mentionné, le financement et le suivi des tables régionales de concertation. Je crois que c'est l'essentiel de ce qui m'était posé comme questions.

Mme Harel: Alors, est-ce que je comprends que le programme *Engagés dans l'action*, qui recevait un million de dollars par année au cours des trois dernières années et qui faisait partie du plan d'action, va se poursuivre, puisque le plan d'action se poursuit encore pour un an?

M. Couillard: Tant que le plan d'action n'est pas terminé, les actions qui y étaient n'ont pas été interrompues, mais nous devons maintenant préparer un nouveau plan d'action qui va se baser sur le bilan du premier et, également, les résultats des deux groupes de travail, l'un sur les services aux aînés en perte d'autonomie et, l'autre, sur les résidences privées. Nous allons aller plus loin essentiellement dans les mêmes axes, c'est-à-dire les résidences privées et la lutte contre les abus, le soutien des organismes et des tables régionales. Donc, on n'a pas interrompu le soutien ni du programme la Rose d'or ni des tables régionales de concertation.

Mme Harel: ...

M. Couillard: Je ne retrouve pas vraiment de références à *Engagés dans l'action*. Est-ce que c'était

vraiment l'ensemble de ces projets-là ou... C'est le premier? Ah! bien, c'est les trois premiers que j'ai mentionnés. C'est... tout ça continue effectivement, autant le programme de subvention aux organismes communautaires, le financement et suivi des tables régionales de concertation et le programme d'appréciation de la qualité des résidences connu sous le nom des Roses d'or. Ce n'était pas marqué *Engagés dans l'action*, là, mais ce sont, on me dit, ces programmes-là.

Mme Harel: Très bien.

La Présidente (Mme L'Écuyer): Mme Harel. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Oui. Bonjour. Alors, j'aimerais aborder, même si c'est brièvement — trop brièvement, parce que je pense qu'il y aura besoin d'un échange beaucoup plus substantiel au moment où le rapport sur la santé mentale sera rendu public...

Alors, sur la santé mentale, je ne veux pas, comment vous dire, là, je ne veux pas introduire un billet, là, de contestation des crédits qu'on a reçus, mais je veux juste vous relire la question qui était posée par l'opposition pour l'échange que nous avons maintenant. Ça s'intitulait Plan d'action en santé mentale. Alors, on demandait le Plan d'action en santé mentale et l'échéancier. La réponse est: «Cette question ne semble pas pertinente à l'étude des crédits.»

Toujours en matière de santé mentale, on réclamait également les dépenses pour les services de santé mentale au cours des cinq dernières années incluant les dépenses allouées aux services de soutien. Alors, non seulement on n'a pas obtenu les prévisions pour les crédits de 2004-2005, mais la réponse qu'on a obtenue date de 2001-2002. À dire vrai, là, les crédits des années antérieures, c'est passé. Ceux qu'on va voter, c'est ceux qui sont à être dépensés dans la prochaine année. Ce sont ces informations-là qui nous ont manqué et qui ont provoqué beaucoup de mauvaise humeur, n'est-ce pas, je pense justifiée, Mme la Présidente.

Rapport du comité d'experts sur la santé mentale et plan d'action

Alors, reprenons sur la santé mentale. Le ministre annonçait, il y a deux mois et demi, et je le cite, là, c'est dans le journal *La Presse* du 5 mars: «D'ici quelques jours, le ministre doit recevoir le rapport du comité d'experts qu'il avait mandaté l'autisme dernier pour se pencher sur la délicate question de la santé mentale.»

Alors, la question est: Le rapport est prévu pour quand? Ces quelques jours sont devenus maintenant quelques semaines. Doit-on... Le ministre envisage-t-il que ce rapport lui soit rapidement remis?

● (16 h 10) ●

Et il annonçait également qu'il y aurait... dans les nouvelles façons d'agir, il y aurait les ressources financières nécessaires, déterminées, avec les crédits alloués en santé. Les crédits alloués en santé, de 22 millions, ont été, semble-t-il, essentiellement alloués à la problématique importante, là, du suicide. Et, les organismes alternatifs en santé mentale qui craignent

que cet argent ne soit massivement injecté dans la problématique du suicide, ils conviennent que c'est là évidemment une problématique importante mais qui laisse en plan toutes les personnes aux prises avec d'autres problèmes de santé mentale.

Et ils s'indignent, là — je pense que le terme n'est pas trop fort — du fait que le groupe d'appui sur les services de santé mentale, qui avait été mis en place il y a déjà cinq ans et qui était un groupe d'appui très favorable à l'approche communautaire, a été sabordé, en décembre dernier, au ministère et remplacé par un groupe d'experts, comme à peu près tout ce qui...

Maintenant, au ministère, là, tout est à peu près remplacé par un groupe d'experts: en toxicomanie, remplacé par un groupe d'experts; le groupe-conseil sur le cancer, remplacé par un groupe d'experts; le Conseil santé bien-être, remplacé par un commissaire à la santé qui est censé être un expert; et là en santé mentale l'ensemble des intervenants communautaires s'indignent, là — je pense que le terme est tout à fait approprié — s'indignent que ce qui était favorable à une approche communautaire est écarté au profit d'une approche strictement curative, axée sur les prescriptions médicamenteuses. Alors, j'aimerais entendre le ministre là-dessus.

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

M. Couillard: M. le Président, le milieu communautaire ne s'indigne pas, nous les rencontrons fréquemment, y compris les gens qui supportent les familles, y compris les gens qui supportent les personnes elles-mêmes, et elles sont satisfaites des orientations qu'on suit, qui ne sont pas du tout des orientations basées sur le seul aspect curatif ou médicamenteux.

Parlons d'abord de la question des investissements. J'ai ici les investissements successifs en 2001-2002, 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005. En 2001-2002, on a injecté 3 millions non récurrents en santé mentale; en 2002-2003, zéro dollar; en 2003-2004, 9 millions récurrents; et, en 2004-2005, 22 millions récurrents, donc un total de 31 millions récurrents sur les deux dernières années.

Alors, effectivement on a recueilli, formé un groupe très efficace et, je dirais, très dévoué de personnes qui nous conseillent dans la façon de dispenser les services en santé mentale, d'autant plus qu'on se souviendra du récent rapport du Vérificateur général qui était particulièrement désastreux dans le secteur de la santé mentale.

Alors, les axes que nous allons suivre sont les suivants. Bien sûr, une partie des sommes va être dirigée pour les gens qui sont en situation suicidaire et qui présentent un risque suicidaire élevé mais pas uniquement. Et je pense qu'on s'entendra tous à l'Assemblée et autour de cette table aujourd'hui pour dire que le suicide constitue un problème majeur de santé publique au Québec auquel il faut effectivement consacrer des ressources importantes et une attention prioritaire.

On veut également rendre accessible localement par les omnipraticiens l'ensemble des intervenants psychosociaux, des services d'évaluation et de traitement de

première ligne pour les personnes qui ont des troubles mentaux; améliorer la disponibilité des services de première ligne pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux, incluant ceux qui sont dans les centres jeunesse, afin de réduire le recours aux services spécialisés aux seuls cas qui les requièrent; et assurer bien sûr les services de soutien intensif ou d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves.

Alors, ceci, par essence même, nécessite la participation des groupes communautaires, et je leur ai bien communiqué ça. Et d'ailleurs les groupes communautaires étaient représentés, en passant, dans le groupe d'experts qui a travaillé avec nous et travaille encore actuellement à continuer leurs travaux. Et il nous a semblé et ce qu'on a dégagé jusqu'à maintenant, c'est que certainement les groupes communautaires doivent être impliqués dans la dispensation des services dans la communauté — puisque c'est de là que ces groupes originent — dans des secteurs tels que les centres de crise gérés par les groupes communautaires ou les services ou les groupes d'entraide et de suivi dans la communauté, et, également, les groupes de suivi des familles ou d'assistance aux familles, et, au niveau régional, comme c'est le cas actuellement, des groupes de défense des droits pour les personnes victimes de maladie mentale.

Il y a plusieurs éléments très spécifiques qui vont faire l'objet de recommandations, dont la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires, donc pas uniquement médicales — ce n'est pas un défaut en soi d'avoir également une participation médicale, j'espère, mais pas uniquement — une équipe multidisciplinaire, avec ce qu'on appelle les intervenants pivots — un peu comme on le fait dans le domaine du cancer — qui aide à suivre les gens, à s'assurer que les gens ont un suivi rapide, particulièrement dans la période très intensive qui suit un séjour en institution hospitalière, pour les trois premiers mois en particulier, qui, selon les données scientifiques, est la période la plus risquée pour que les troubles s'aggravent et même aillent éventuellement jusqu'à un problème de suicide. Donc, protocole de sortie de la salle d'urgence, protocole de liaison entre l'établissement hospitalier, les groupes communautaires, les intervenants pivots et les équipes multidisciplinaires oeuvrant sur le terrain, et, enfin — et c'est nouveau et c'est quelque chose qu'on fait — nous, à chaque fois qu'on annonce une politique, la politique s'accompagne de moyens financiers, parce que, ce qui a beaucoup démotivé ce milieu de la santé mentale comme d'autres milieux dans les dernières années, c'est l'annonce de politiques certainement ambitieuses mais qui souvent n'étaient accompagnées d'aucun moyen financier pour leur exécution.

Alors, cette fois, nous consacrons des sommes spécifiques et récurrentes, il faut l'ajouter, aux problèmes. Investissement, nous allons continuer, notre groupe d'experts qui n'est pas un groupe médical mais un groupe formé, entre autres, de médecins et psychiatres, omnipraticiens représentant les groupes communautaires, de psychologues et d'autres intervenants, également de représentants des patients eux-mêmes, en passant, sont représentés autour de la table. Ce groupe continue ce travail... son travail et va nous déposer des recommandations.

Pour ce qui est de l'échéance, on a l'intention, au cours du mois de juin, de déposer les premiers éléments de cette politique, ceux essentiellement que j'ai mentionnés maintenant, c'est-à-dire les groupes multidisciplinaires, l'intervenant pivot, le protocole de sortie de la salle d'urgence et, également, certaines instructions quant au support des groupes communautaires.

À cela s'ajoute l'importance de cadrer le soutien financier en santé mentale au nouveau mode d'allocation budgétaire, parce que, s'il y a un secteur — je pense que la députée le sait bien — qui était victime d'inéquité interrégionale, c'est bien celui de la santé mentale. La reconduction historique des budgets a fait en sorte qu'une région comme la Montérégie, par exemple, est extrêmement défavorisée en services de santé mentale.

On connaît tous les événements, là. Je me souviens même que la députée a soulevé le problème des patients qui ont à être transférés et de la question de la confidentialité de leur dossier, etc. Donc, on voit qu'on est en train de mettre... on a dû mettre sur pied des mécanismes d'urgence parce que les gens en Montérégie n'avaient pas accès aux services. Alors, le nouveau mode d'allocation budgétaire basée sur les besoins et les variations interrégionales et de la correction d'inéquité interrégionale doit permettre à ces régions de développer enfin des services sur place dans la proximité des gens.

Donc, nous avons l'intention effectivement d'entreprendre le déploiement de ces mesures, des mesures appuyées par des moyens financiers qui, oui, s'intéressent bien sûr au problème du suicide — et je suis certain que personne ici ne veut minimiser l'importance de ce problème dans la population québécoise — mais, également, qui déborde cette question pour l'ensemble de la prise en charge de première ligne, surtout pour les personnes souffrant de troubles mentaux, la question des enfants et des jeunes et la question du soutien intensif ou de l'intensité variable dans la communauté pour les gens présentant des troubles mentaux.

Mme Harel: Bonjour, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Bonjour, Mme la députée. Vous allez bien?

Mme Harel: Est-ce que le ministre peut nous dire quand il attend le rapport de ses experts?

M. Couillard: On a un rapport d'étape, un rapport préliminaire qui va nous servir à disperser déjà le début de la budgétisation de 22 millions; le reste, la fin des travaux, au cours de l'été, juillet, août, là, ça va dépendre de la rapidité de la progression des travaux. Mais ce n'est pas le rapport final, c'est un document de travail, c'est un document d'étape qui nous a été transmis de façon à ce qu'on ne fasse pas attendre les régions, qu'on puisse déjà transmettre les budgets avec des instructions en termes de cibles de résultat et de moyens à prendre.

Mme Harel: Quand le ministre disait, en mars dernier, que le rapport sur le plan d'action — en fait, c'est un plan d'action, ce rapport — lui serait soumis dans quelques jours, il faisait référence à ce groupe qui

devait préparer un plan d'action? Parce que l'an dernier, lors des crédits, il attendait ce plan d'action pour le printemps. Là, vous nous dites fin de l'été?

M. Couillard: Le rapport d'étape est déjà disponible, en fait est disponible depuis le mois de mai — probablement?

Une voix: Ah! oui, oui.

M. Couillard: Et...

Mme Harel: Le rapport d'étape est disponible?

M. Couillard: Le rapport d'étape, depuis le mois de mai.

Une voix: ...au ministère, là.

M. Couillard: Au ministère. Ce n'est pas un document public, c'est un document de travail. Le rapport final va sortir autour de l'été, mais le rapport d'étape nous permet déjà de déployer les budgets avec des cibles de résultat et des moyens de façon à ce que les régions n'attendent pas qu'on ait fini tous les travaux à l'automne pour commencer à agir sur place.

Réaction du ministre aux inquiétudes du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale

Mme Harel: Bon, M. le Président, sur ce dossier, bien, j'inviterais le ministre à prendre connaissance du point de vue des organismes alternatifs en santé mentale qui est encore récent, là. C'était à l'occasion d'une rencontre de presse qui se tenait le 7 avril dernier, donc il y a à peine un mois de cela. Et je vais juste lui lire quelques extraits, là, je ne lui lirai pas les lettres nombreuses qui sont arrivées de plusieurs régions du Québec et qui faisaient part de leur vive inquiétude de voir le transfert de la santé mentale, les services à la population à la Direction des affaires médicales universitaires. Et je cite, là: «Selon nous, c'est un recul important de presque 15 ans, soit avant l'adoption de la politique de santé mentale de 1989.» 1989, c'était une politique globale de Mme Lavoie-Roux. Donc, ce n'étaient pas que des grandes politiques, comme le laisse entendre le ministre.

● (16 h 20) ●

Mais, dans ce communiqué récent, alors les organismes de ressources alternatives en santé mentale disent ceci — attendez: «Donc, les membres du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec lancent un cri d'alarme. Le ministre doit les rencontrer et mettre en place avec eux un plan de développement qui assurera aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale la disponibilité d'activités et de soutien communautaires près de chez elles et favorables à l'amélioration de leur qualité de vie.»

Alors, je ne sais pas s'il a pris connaissance de cela. On m'indique qu'il y a une correspondance qui leur a été transmise. Est-ce qu'il entend donner suite à cette demande?

M. Couillard: Alors, M. le Président, effectivement, ce qu'on a constaté en santé mentale comme au cancer à notre arrivée au ministère, c'est qu'il y avait des équipes partout. On faisait la tournée des directions pour retrouver des équipes de santé mentale un peu dans chaque direction du ministère, comme on a retrouvé également des équipes de lutte contre le cancer un peu dispersées, de sorte qu'il a été... il a été décidé de centrer, centraliser la gestion de ce domaine très important dans une seule direction, et c'est une Direction — qui s'appelle maintenant non pas des services médicaux — des services de santé et les affaires universitaires, qui a la responsabilité de gérer ce secteur avec la nomination d'un directeur de la santé mentale, d'ailleurs, qui est... des services en santé mentale qui est entré en poste depuis quelques semaines maintenant, depuis le 1er avril, donc qui, là, comme en cancer, assume une direction unique, ce qui était certainement nécessaire.

J'ai expliqué tantôt que l'essentiel de notre action va être basé sur justement le suivi de proximité et le suivi en communauté. Maintenant, en santé mentale: il n'y a pas de raison que ce soit différent en santé mentale que dans d'autres domaines du système de santé et des services sociaux. Les modes d'intervention qui sont financés doivent s'appuyer sur des données reconstruites sur le plan scientifique. Parce que j'utilise... je note le terme «alternatifs». Il faut quand même l'utiliser avec prudence. Ce n'est pas quelque chose... Ce n'est pas parce que quelque chose est alternatif que c'est forcément bon. Il faut que les choses soient validées, étudiées et qu'on ait une relative certitude que les sommes publiques investies vont s'accompagner d'effets sur le terrain.

Le meilleur exemple, c'est les politiques ou les façons de prévenir le suicide. On a eu récemment un colloque à Montréal où on voit qu'il y a plusieurs écoles qui s'affrontent, et l'Institut national de santé publique entre autres a fait une revue critique des différents modes de prévention pour constater que certains modes qui nous semblent empiriquement ou intuitivement efficaces sont peut-être en réalité contre-productifs et peuvent même être potentiellement dangereux.

Évidemment, ceci, ce sont des débats entre experts dans lesquels il est difficile de trancher, là, mais je reviens sur la nécessité absolue, que ce soit en santé, en services sociaux, en santé physique ou en santé mentale, d'asseoir toutes les actions qu'on prend sur une solide base d'évidences scientifiques et, également, des bonnes chances de succès des dépenses qui y sont consacrées. Parce que la Vérificatrice ou le Vérificateur général, dans son rapport, a mentionné, entre autres, le fait que c'était bien, les politiques et les intentions, mais que le temps était venu de passer à l'action. Et c'est ce qu'on a l'intention de faire, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que c'est toujours sur le même sujet? Non? On va changer de sujet, on va changer de côté. M. le député de Robert-Baldwin et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Marsan: Je vous remercie, M. le Président. Alors, salutations à M. le ministre, salutations à tous les collègues et, également, aux gens qui accompagnent le

ministre. À mon tour, je me permets de saluer les représentants du Centre universitaire de santé de McGill, le Dr John Porter et toute son équipe.

Je voudrais, en début de ce questionnement, M. le ministre, vous parler... peut-être profiter de la Semaine des infirmières pour vous parler un peu du travail qui pourrait être fait cet été. On sait que le gouvernement avait fait... le gouvernement précédent avait fait des choix quand même discutables sinon malheureux. Je ne veux pas insister, je l'ai déjà fait dans les crédits antérieurs. Mais simplement rappeler qu'il y a eu 4 000 mises à pied, à la retraite dans les années quatre-vingt-dix, et qu'à la suite de cette décision puis pour des raisons financières sûrement il y a eu des restrictions à l'accès aux services des soins de santé durant plusieurs mois.

On pourrait contraster ce bilan avec les actions récentes prises par notre gouvernement, particulièrement à l'intérieur de la première année d'un mandat du Parti libéral. Bien, vous avez été en mesure d'aller chercher des investissements majeurs dans le domaine de la santé. Vous nous avez toujours signifié jusqu'à quel point la santé et les services sociaux étaient prioritaires. Alors, on a parlé d'un investissement de 2,2 milliards.

Stratégie visant à garantir l'accessibilité aux services de santé en période estivale

Je sais qu'il y a eu d'autres investissements également pour la profession d'infirmière, les infirmières praticiennes, et je me permettrais, M. le Président, à ce moment-ci de citer la présidente de l'Ordre des infirmières, Mme Gyslaine Desrosiers, qui nous disait au mois de novembre dernier: «C'est la première fois dans les 10 dernières années qu'un ministre de la Santé nous annonce quelque chose de précis, de concret pour soutenir le développement du rôle des infirmières. Souvent, ils nous disent que c'est très souhaitable, mais il n'y avait jamais d'argent qui était donné pour le réaliser.»

Alors, ma question, M. le Président: Avec des mesures porteuses d'avenir, l'approche de la période estivale, je sais que plusieurs patients du Québec se posent des questions concernant l'accessibilité des soins aux services de santé. Alors, M. le ministre, est-ce que vous avez un plan pour assurer ces services à toutes les Québécoises, à tous les Québécois?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, effectivement on me permet de rappeler la Semaine de l'infirmière qui se termine demain, que, je suppose, nous soulignerons à l'Assemblée nationale.

Effectivement, d'abord, dans le cadre du soutien au développement de la profession d'infirmière, nous avons annoncé — et c'est ce qui est à l'origine de la citation que M. le député de Robert-Baldwin a faite — il y a un investissement de 9 millions de dollars pour soutenir la formation de plus de 70, je crois, 75 infirmières praticiennes spécialisées, incluant des bourses de soutien pour les études, et, également, tel qu'exprimé ici même, en commission parlementaire, notre préjugé très

favorable quant au développement de la profession d'infirmière praticienne de première ligne, le tout nécessitant cependant un encadrement par les deux ordres professionnels concernés.

Maintenant, pour ce qui est du soutien du personnel — on parle du soutien estival, je suppose, du personnel dans les hôpitaux — nous avons débuté en 2003-2004... Il y avait déjà une somme de 8 millions qui avait été donnée de façon récurrente en 2001-2002, nous l'avons augmentée, en 2003-2004, à 15 millions récurrents de façon à ce que cette somme couvre non seulement les infirmières, mais également celles et ceux qui travaillent avec elles dans les équipes, c'est-à-dire les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, les inhalothérapeutes. Donc, les mêmes mesures sont applicables cet été, les mêmes modalités d'application; mêmes canevases également de bilan, parce qu'on veut qu'il y ait un bilan progressif qui se fasse de ces mesures. On veut donc continuer les primes pour le quart de travail supplémentaire, la prime de nuit payée en double, les mesures pour les étudiantes et les étudiants en sciences infirmières, et ceci sera appliqué du 16 mai au 16 octobre. Donc, on a octroyé à chaque agence une enveloppe qui est basée sur leurs dépenses réelles de l'été 2003, et bien sûr on fait cela pour assurer que le gouvernement agit pour assurer les soins partout, là, pendant la période estivale où il y a de nombreuses périodes de vacances qui peuvent parfois causer des bris de services, compte tenu de certaines pénuries de personnel.

Alors, effectivement l'été dernier — ce qui n'est pas un gage de succès absolu pour l'été prochain — mais, l'été dernier, nous avons eu un été relativement calme à ce sujet et nous espérons que la même chose se reproduira cette année. Mais nous ne baissons pas la garde, parce que la question de la pénurie d'effectifs, autant des effectifs médicaux que des effectifs infirmiers, demeure toujours préoccupante, même si dans le cas des infirmières, comme je l'indiquais récemment, pour les prochaines années on va avoir une embellie mais qui est une embellie temporaire, parce qu'une autre vague de retraites, celle-là naturelle, nous attend dans quelques années.

Alors, on doit vraiment mettre à profit ces quelques années pour repenser la profession d'infirmière, la recentrer sur ses activités, assurer sa progression dans les domaines comme ceux de l'infirmière spécialisée puis l'infirmière de première ligne; permettre également l'expansion de la participation de personnels tels que les infirmières auxiliaires et les préposés; et une plus grande interdisciplinarité avec les médecins également est souhaitable, et c'est ce que nous entendons développer au cours des prochaines années. Donc, les primes d'encouragement ou les primes de soutien des équipes de soins pour l'été sont reconduites, étant donné qu'il s'agit bien sûr de sommes récurrentes.

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

Réévaluation de la profession d'infirmière auxiliaire

M. Marsan: Merci, M. le Président, merci pour ces précisions. Je voudrais peut-être simplement rappeler

que, sous le gouvernement précédent, il y a eu une véritable remise en question de la profession d'infirmière auxiliaire. J'aimerais vous demander quelle est votre vision de cette profession maintenant. Comment est-ce qu'on peut regarder l'avenir avec les infirmières auxiliaires du Québec?

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

M. Couillard: Je crois que le temps de l'inquiétude pour cette profession doit maintenant se terminer. Je crois qu'on a avec nous la députée de Duplessis qui, elle-même, je crois, est de cette profession. Et c'est une profession qui a été, je crois, menacée pendant quelques années où on avait — à tort ou à raison, mais je comprends qu'on ait pu percevoir cette menace — l'impression que certains autres groupes professionnels voulaient, à toutes fins pratiques, faire disparaître ou réduire au maximum la participation de ces professionnels au schéma de soins. Cette époque est révolue. Maintenant, c'est clair pour tout le monde que l'infirmière auxiliaire est là pour rester et, même, se développer, comme je l'indiquais tout à l'heure.

● (16 h 30) ●

De la même façon qu'il doit y avoir une progression du rôle de l'infirmière vers la pratique médicale de type première ligne ou spécialisée, il doit y avoir également une progression du travail de l'infirmière auxiliaire vers une partie de ce que fait l'infirmière, et ceci est certainement favorisé par la loi n° 90 que le gouvernement précédent a adoptée pour favoriser ces collaborations interdisciplinaires.

Alors, il y a déjà des actes cliniques qui sont permis dans le cadre de la loi n° 90; il y en a trois, actes cliniques spécifiques, pour les infirmières auxiliaires. Et, moi, je vais vous dire, j'ai été souvent dans ma profession en contact avec des infirmières auxiliaires expérimentées puis je disais toujours que, souvent, c'est difficile de voir la différence. J'étais assisté en salle d'opération souvent par une infirmière auxiliaire, et ça a été toujours de façon très, très professionnelle.

Et je crois... et là je pense qu'on ne sera pas d'accord avec l'opposition puis notre consœur d'Hochelaga-Maisonneuve, mais je crois que le regroupement d'infirmières auxiliaires dans la même catégorie d'emploi que les infirmières, les inhalothérapeutes, les perfusionnistes va accentuer la progression de cette profession, la solidifier et donner à ces professionnels un véritable plan de carrière qui va leur permettre de progresser dans leur cheminement professionnel en passant, par exemple, comme ça a déjà été le cas, de l'infirmière auxiliaire à l'infirmière en protégeant son ancienneté et d'autres mécaniques semblables qui ont déjà existé dans le réseau et qui n'existent plus; et, le fait d'être représenté par un syndicat commun, à mon avis non seulement ne va pas fragiliser la profession d'infirmière auxiliaire mais va au contraire la renforcer. Mais je réalise que là-dessus on n'est probablement pas d'accord, et je ne me fais pas l'illusion de pouvoir convaincre l'opposition de cet élément, mais j'en suis, moi, profondément convaincu — profondément convaincu. Et je crois que l'avenir bien sûr dira dans quelques années qui avait raison. Et il faudra à ce moment-là en faire un diagnostic lucide, d'un côté ou de

l'autre, que c'est l'autre qui avait raison, quel que soit celui qui finalement aura eu raison.

Alors donc, la profession d'infirmière auxiliaire, je crois que son avenir maintenant n'est plus remis en question. Sa participation dans le réseau de la santé est établie, qu'on veut même la voir progresser, comme on veut voir progresser le rôle de l'infirmière, comme on veut voir le rôle du médecin se recentrer sur ses compétences et son expertise propres. Et je crois que c'est une bonne nouvelle pour les patients du Québec.

Entente au sujet de la compensation des victimes de l'hépatite C

M. Marsan: Merci, M. le Président. Dans vos remarques préliminaires, et ce n'est pas la première fois que vous nous le signifiez, vous mentionnez que, pour vous, la santé et les services sociaux, c'est un continuum. Il n'est pas question de séparer la santé par rapport aux services sociaux. Puis un exemple — c'est le prochain dossier que j'aimerais aborder — c'est tout le dossier de l'hépatite C. Pour ceux qui souhaiteraient voir cette séparation entre la santé et les services sociaux, eh bien, si on leur pose la question: Le dossier de l'hépatite C, ça relève-tu de la santé ou des services sociaux?, je pense que la réponse, c'est vraiment clair: Ça relève absolument des deux.

Alors, il y a eu une entente, M. le ministre, à ce sujet, et évidemment on pense aux difficultés d'abord des patients, les difficultés qu'ils doivent vivre, là, suite à des décisions qui ont été prises par d'autres personnes. C'est un dossier qui est en négociation depuis fort longtemps.

Est-ce que vous pouvez faire une mise à jour, nous donner les détails de l'entente et nous dire, là, combien de personnes peuvent être touchées par cette entente aujourd'hui et quel sera l'impact pour ces patients de l'entente qui vient d'être signée?

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

M. Couillard: M. le Président, vous voyez comme je suis respectueux maintenant, j'ai appris qu'il fallait attendre votre permission pour parler.

Le Président (M. Copeman): C'est toujours apprécié, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, dans l'historique de ce dossier, on me permettra de noter la contribution de deux de nos prédecesseurs à l'Assemblée nationale: M. Daniel Johnson, ancien chef du Parti libéral du Québec, qui était, je crois, député de Soulanges... Vaudreuil-Soulanges, à l'époque, qui a été scindé; également, bien sûr, M. Russell Williams, qu'on peut maintenant nommer par son nom, puisqu'il n'est plus parmi nous, le député de Nelligan, qui se sont personnellement impliqués dans ce dossier-là. Et je crois que les gens qui représentent les victimes de l'hépatite C la reconnaissent, cette contribution, cette essentielle contribution.

Alors, évidemment il y a eu malheureusement des transmissions de maladies, que ce soit le VIH ou l'hépatite C, à la faveur de transfusions de produits sanguins. Et il y avait d'abord eu une première entente qui a

été faite pour compenser les victimes qui ont été contaminées entre 1986 et 1990, et cette entente permettait une compensation échelonnée selon la gravité de l'évolution, selon l'évolution, le stade d'évolution de la maladie. À partir du niveau où une personne était asymptomatique, avec le virus présent jusqu'au niveau de la maladie terminale, il y avait une échelle de compensation.

Évidemment, suite à ça, il y a eu une manifestation des victimes qui, je crois, à bon droit estimaient que ce type d'accord était contraire à l'équité ou à l'éthique, puisque, sur le plan strictement légal, c'est effectivement cette période pendant laquelle il aurait pu exister un test qui aurait permis normalement de dépister le virus dans les produits sanguins. Mais, par souci d'équité, notre intention était d'étendre la compensation à toutes les victimes, même celles qui avaient été infectées avant 1986 ou entre 1990 et 1998, date à partir de laquelle le système d'Héma-Québec permet maintenant d'assurer une sécurité totale à ce niveau-là.

Donc, nous avons, suite à des négociations entre les procureurs du gouvernement et ceux représentant les victimes contaminées, obtenu une entente qui permet de verser pour l'ensemble des victimes une somme de 24 500 \$, totale de 24 500 \$. Alors, ceux qui ont déjà reçu 10 000 \$ recevront 14 500 \$ de plus et ceux qui n'ont rien reçu recevront donc la somme de 24 500 \$. L'entente prévoit également des versements aux procureurs de façon à ce que les victimes n'aient pas à défrayer ces coûts, ces honoraires à même leurs compensations.

Le total de la nouvelle indemnisation est 13 460 000 \$ qu'on entrevoit comme déboursé. On a déjà commencé à envoyer les chèques et on nous indique que les victimes ont commencé à recevoir les montants. Il a fallu au début valider le cas des personnes qui avaient déjà reçu 10 000 \$ pour s'assurer que leurs adresses n'avaient pas changé, etc., s'assurer que les chèques allaient aux bons endroits.

Donc, il s'agit, je crois, d'une entente qui est à l'honneur de notre société, là, qui montre une préoccupation éthique et d'équité. Et je mentionne en terminant qu'il s'agit de montants bien sûr... de compensations exemptes d'impôts, donc le gouvernement ne va pas récupérer d'une main ce qu'il donne de l'autre. Et mon souhait est que nous n'ayons plus à vivre d'épisode semblable, mais, compte tenu de l'apparition de nouvelles pathologies ou de nouvelles souches infectieuses, qui sait ce que l'avenir nous réserve?

Je dois dire que j'ai été à même d'aller visiter, il y a quelques mois, les installations d'Héma-Québec et je ne sais pas si d'autres parlementaires ont eu la chance de faire cette visite, mais c'est excessivement impressionnant de voir les précautions qui sont prises en termes de dépistage des différents agents infectieux dans les produits sanguins. Et déjà cette agence, Héma-Québec, rayonne de façon internationale quant au niveau de précautions ou de sécurité qu'elle offre aux citoyens qui reçoivent des produits sanguins.

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

M. Marsan: Oui. Je vous remercie, M. le ministre. Je m'excuse, peut-être que ça donne l'impression

qu'on va passer d'un sujet à l'autre, mais je sais que c'est possiblement le dernier bloc auquel on peut participer. J'ai de mes collègues qui veulent également intervenir, et on a tellement de sujets qui sont importants, dont celui que je voudrais vous entretenir un peu, et c'est l'autisme.

Actions entreprises dans le but de soutenir les personnes atteintes d'autisme

Vous m'avez délégué une rencontre sur l'art et l'autisme, c'était à l'école Saint-Étienne, dans le comté de notre confrère le député de Gouin. C'était une exposition d'art à laquelle des peintres québécois extrêmement influents, connus, ont participé. Je vous explique rapidement.

Ces gens-là — les peintres — faisaient leurs toiles devant les gens qui avaient accepté de venir rencontrer cette organisation, et, un peu plus tard dans la journée, il y avait un encan, et plusieurs des toiles se sont vendues à vraiment de bons prix. Je souligne quelques peintres: M. Armand Vaillancourt — je pense c'est quelqu'un qui est bien connu — M. Michel Farruggelo, Dominique Desbiens, Jean-François Tremblay, Jean-François Lapointe, Anne Holt, Thibaud DeCorta, Bertrand Lavoie et Bob Desautels. C'est quand même des gens qui ont donné et de leur temps et de leur talent pour participer à cette journée.

• (16 h 40) •

Mais je voudrais, avant de poser la question, vous lire un court extrait d'une mère... *Espoir d'une mère d'un enfant autiste*, et on parle de Nathaniel, M. le Président. Alors: «Nathaniel est un bonhomme comique et attachant, c'est parfois difficile de voir qu'il est même autiste. C'est uniquement quand il parle qu'on remarque qu'il est différent. Le langage ne suit pas la pensée. Chaque jour, je regarde mon fils Nathaniel et je suis émerveillée par son progrès. Nathaniel a sept ans et demi et fréquente l'école Saint-Étienne depuis maintenant trois ans.

«Quand j'ai su que mon fils était autiste et qu'il avait un trouble envahissant du développement, j'avoue, ça m'a fendu le cœur. Je ne savais pas quel serait l'avenir de mon fils qui, à trois ans, n'avait pas encore dit un seul mot. Alors, comme chaque parent dans mon cas, j'ai rencontré docteurs, pédopsychiatres, travailleurs sociaux qui, grâce à leurs banques de données, livres et information, m'ont éclairée sur ce qu'avait mon fils et m'ont donné l'espoir qu'un jour il serait comme les autres enfants.

«Avec l'aide de Lisette-Dupras et les ressources [...] les enseignants à domicile, Nathaniel progresse chaque jour. Mais, aujourd'hui, mon espoir se concrétise grâce au dévouement des professeurs et du projet éducatif de l'école Saint-Antoine. Mot par mot, Nathaniel progresse.

«C'est pour cette raison que je vous demande de nous aider à soutenir l'école Saint-Antoine. Et, au nom de Nathaniel, du mien et de tous les enfants qui méritent la meilleure éducation qui soit pour accomplir leurs rêves, merci.» Et c'est Mme Margaret Cameron, mère d'un enfant autiste.

Je voulais souligner ce témoignage pour dire jusqu'à quel point il peut y avoir du désespoir, mais il y

a aussi de l'espoir. Et dans cette école Saint-Étienne qui est sur la rue Christophe-Colomb, en plein cœur ou en plein centre de Montréal, eh bien, les enfants sont intégrés au niveau primaire, les enfants autistes sont intégrés au cours normaux, et, évidemment, on souhaiterait que ça puisse se prolonger au niveau secondaire.

M. le ministre, dernièrement, vous avez tenu une conférence de presse avec le premier ministre. J'aimerais que vous nous parliez des actions prises par le gouvernement dans un dossier qui est touchant, certes, mais combien important.

Le Président (M. Copeman): Succinctement, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Couillard: Certainement, M. le Président. Alors, effectivement, là, il y a quelques jours, avec le premier ministre et le ministre de l'Éducation, nous avons eu le plaisir d'annoncer — avec le président de la Fédération des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, le recteur de l'Université Laval — la mise sur pied d'un programme de formation, parce qu'un obstacle auquel on s'est buté en investissant dès l'an dernier dans ce domaine qui avait été négligé auparavant, c'est le fait qu'il n'y avait presque pas d'intervenants formés au Québec pour agir sur les enfants victimes de troubles envahissants du développement.

Alors, c'est vraiment tout à l'honneur du réseau de l'éducation et du réseau des services sociaux qu'en l'espace d'un an les gens se soient concertés et mis sur pied un programme de formation, autant au niveau prégradué — il s'agit d'un certificat d'un an — autant au niveau postgradué — il s'agit d'un programme qui donne accès à un diplôme de type maîtrise — dans le domaine de l'intervention en troubles envahissants du développement.

Ce programme est dispersé sur trois universités: l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Chicoutimi, et l'Université Laval en est le maître-d'œuvre. Et je crois que c'est également un bon signe de voir plusieurs institutions universitaires collaborer ensemble autour du même projet. Le programme également prévoit un montant pour la formation des parents. Parce que les parents également rentrent à la maison avec l'enfant une fois les traitements terminés; ils doivent poursuivre la stimulation de l'enfant à la maison, de sorte que leur formation également prend toute son importance.

Alors, comme je l'indiquais lors de la conférence de presse, connaissant le dynamisme de nos universitaires et de nos gens dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, je suis persuadé que déjà ce programme a débuté. Il a déjà débuté. Ce programme va prendre de plus en plus d'envergure. Et nous allons nous-mêmes être une source d'expertise exportable d'ici quelques années, connaissant toute la capacité de nos différents intervenants dans le milieu de la déficience intellectuelle.

On se rappellera finalement qu'il y a eu 28 millions d'argent neuf investi, récurrents, plus la récurrence d'un montant de 2 millions non récurrents qui avait été investi en 2002-2003. Donc, un total de 30 millions récurrents qui est consacré à cet important problème dont l'incidence semble augmenter parmi nous.

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

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. D'abord, M. le Président, là, peut-être brièvement, parce que j'aimerais que l'on aborde la question relative à l'hémophilie et je pense que c'est là une question extrêmement importante. Alors, tout simplement mentionner au ministre la nécessité d'être très, très vigilant à l'égard des fonds qui font défaut maintenant à Emploi-Québec pour offrir une formation aux personnes qui souhaitent réintégrer le milieu hospitalier, qui ont déjà eu une formation notamment d'infirmière, qui ont, pour une raison ou pour une autre, cessé de pratiquer et qui veulent actualiser en fait leur formation en suivant le cours, là, qui est dispensé dans les cégeps.

Alors, j'ai eu quelques exemples, là, de personnes, là... je ne voudrais pas en faire lecture aujourd'hui, là, mais je pense qu'il y a une problématique nouvelle, là, qui consiste à reporter des cours, puisqu'on leur a dit que les sommes n'étaient pas disponibles pour commencer la formation. Ce sont des formations habituellement financées par Emploi-Québec. Alors, par exemple, au cégep de Bois-de-Boulogne, la formation qui devait commencer ce printemps est reportée à l'automne. Je pense que c'est là un élément important, là, qui doit retenir l'attention du ministre et certainement à questionner Emploi-Québec sur cela.

Je voudrais, sur la question de... Oui. D'abord, on va régler... C'est parce qu'il y en a tellement, là. On va régler les documents qui nous ont été transmis. Il y a sans doute une erreur, là, des rapports sur les plaintes des usagers de la Régie régionale de Montréal. On n'a que le tome II, on n'a pas le tome I. Alors, il y a certainement une erreur, pour que... On souhaite pouvoir avoir un portrait complet, et, concernant ce rapport sur les plaintes des usagers, dans la région Chaudières-Appalaches, on a omis de nous le donner, mais on nous a envoyé le rapport annuel. Alors, si on voulait corriger, là, ces deux erreurs-là.

M. Couillard: Il est peut-être intégré dedans.

Mme Harel: Ah! On va vérifier. On va le vérifier tout de suite.

M. Couillard: On vérifiera.

Réaction du ministre aux inquiétudes découlant du mode de gestion des produits sanguins traitant l'hémophilie

Mme Harel: Alors donc, sur la question, là, du dossier de régionalisation des budgets des produits sanguins, alors en principe, je pense que cela ne vaut pas la peine, là, qu'on se convainque mutuellement, on l'est. On est convaincus du bien-fondé de la régionalisation des budgets des produits sanguins. Alors, cet octroi de budget sera effectif à partir du 1er avril 2005.

Là où le bât blesse, là où la difficulté se pose, c'est lorsque cela concerne les produits sanguins qui sont injectés à domicile par des personnes qui sont des personnes atteintes d'hémophilie, et cette régionalisation

inquiète au plus haut point, le ministre le sait. Il les a rencontrées, je les ai rencontrées également, il y a une correspondance qui s'est échangée, j'ai copie de cette correspondance, et, ce que je demanderais au ministre, c'est d'entendre leurs points de vue.

Il ne s'agit pas simplement de la Société canadienne de l'hémophilie mais également des centres hospitaliers affiliés universitaires du Québec, l'Hôpital l'Enfant-Jésus, il y a l'Hôpital du Saint-Sacrement, le CHUM à Montréal; en fait, il y a vraiment un point de vue différent. Alors, je ne vois pas la raison pour laquelle ce ne serait que le point de vue du ministère qui serait le bon point de vue. Je ne veux pas expliciter toute la problématique, mais disons d'abord que l'actuelle gestion, là, des produits concentrés de facteurs de la coagulation, alors cette gestion est reconnue pour être excellente au Québec et servir de modèle même dans le monde.

Alors, la crainte étant que les centres hospitaliers à qui les budgets de produits sanguins vont être régionalisés ne possèdent pas l'expertise dans le traitement de l'hémophilie, et la gestion inquiète beaucoup, c'est-à-dire que... elle semble comporter des risques, du moins pour les experts qui, dans ce domaine, en fait ont développé une expertise qui leur est reconnue ici, en Europe et en Amérique...

● (16 h 50) ●

Alors, il y a beaucoup de difficultés qui sont anticipées, des difficultés liées à la décentralisation notamment au niveau du suivi des patients, l'accès moins facile à une clinique de soins complets et le danger d'un gaspillage de produits. Ça coûte très cher, ce produit, et, exceptionnellement au Québec, il y a finalement une pratique qui fait qu'il y a beaucoup moins de pertes qu'ailleurs, et, évidemment, toute la question de la traçabilité bien évidemment. On connaît tout le scandale du sang contaminé, et il y a des craintes à ce niveau-là.

Alors, je comprends qu'actuellement ça fait déjà 25 ans d'expertise de pointe, et il y a quatre établissements qui servent de centres de traitement pour les hémophiles. Deux à Montréal: il y a Sainte-Justine et Children's; un à l'Enfant-Jésus et le Centre hospitalier de Sherbrooke. Les personnes vont chercher ce traitement... En fait, ils ne vont pas chercher, comme tel, le traitement, ce qu'ils vont chercher, m'ont-ils expliqué, là, c'est les produits de concentrés, là, de facteurs de coagulation. Ils vont le chercher, ce produit concentré, et puis ils l'injectent à domicile.

Or, pour toutes ces raisons, parce qu'il faut un très haut degré de spécialisation, et, ce qu'ils souhaitent, c'est qu'il y ait un programme québécois intégré en hémostase à travers les RUIS. Alors, ils ne comprennent vraiment pas, là. Pour eux, ça leur apparaît de l'entêtement de vouloir régionaliser encore une fois les budgets de produits sanguins, oui, mais, de vouloir régionaliser ceux qui traitent l'hémophilie, ça semble les inquiéter au plus haut point. Moi, je veux me faire porte-parole de ces inquiétudes, là, qui ont l'air très, très légitimes.

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

M. Couillard: Oui, certainement, c'est une chose importante à discuter. Je constate donc que, sur le

principe de la régionalisation des produits sanguins, nous sommes en accord. Ce qu'on discute spécifiquement, c'est la question des concentrés congelés pour les facteurs de coagulation des gens qui ont des hémophilies ou des maladies associées à l'hémophilie.

En fait, nous avons effectivement rencontré ces gens tout comme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et avons écouté bien attentivement leurs revendications qui sont essentiellement de deux ordres: d'abord, des craintes quant à la traçabilité des produits; deuxièmement, une crainte quant au fait que des gens non experts, des médecins non experts pourraient possiblement prescrire de ces produits sans qu'il y ait un lien avec des centres d'hémophilie.

L'évaluation que nous avons faite — et je dois dire que nous avons réexaminé la politique de façon critique après que nous ayons été mis en face de ces préoccupations — nous amène à penser qu'il n'y a pas d'arguments absolument solides pour dire que ces craintes soient fondées. Mais, cependant, je dois dire que nous allons surveiller la situation avec la plus grande vigilance, autant sur la question de la traçabilité que sur la question de l'administration. La base de la politique... il s'agit en fait de responsabiliser les établissements quant aux dépenses réelles qu'ils encourent en termes de produits utilisés ou non, ce qui est à l'origine même de cette philosophie et de cette politique de, je dirais, décentralisation.

Le rôle des quatre centres d'excellence n'est pas dilué, il est renforcé. On a actuellement même en développement la question des ressources additionnelles que nous voudrions ajouter aux centres d'excellence en hémophilie, autant en termes de physiothérapie que de travail social. Donc, le rôle de leadership des centres d'excellence n'est pas remis en question.

Je mentionne que la traçabilité et la gestion des stocks demeurent sous la responsabilité d'Héma-Québec et non pas des hôpitaux régionaux, et que la budgétisation se fait d'après le nombre de produits utilisés avec justification à l'appui, de sorte qu'il sera certainement possible, via le médecin traitant, via les utilisations des stocks sous la responsabilité d'Héma-Québec, de certainement suivre de très, très, très près ce qui va arriver surtout dans la première année du déploiement de cette politique, et j'ajoute que le déploiement d'un système informatique, la députée qui connaît probablement le système SIATH — le système intégré d'information pour la surveillance des transfusions — la nouvelle version est déployée, de sorte que la traçabilité et la surveillance de la façon dont les produits sont utilisés vont être facilitées par l'utilisation de ce système informatique.

Je ne nie pas qu'il y ait potentiel de problèmes, ce que je dis, c'est que l'évaluation critique, la réévaluation critique de la décision qui a été faite après la visite des gens que nous avons tous les deux rencontrés m'a amené à conclure que c'était la bonne décision.

Maintenant, il n'y a rien de pire que quelqu'un qui ne change jamais d'idée, comme on dit. On va surveiller la situation, on va l'évaluer. On a retenu les deux éléments, là, qui inquiètent la Société canadienne de l'hémophilie, et je peux vous assurer que la plus grande vigilance sera apportée à la question, et, pour l'instant, mon opinion est que c'est la bonne décision qui a été prise.

Mme Harel: M. le Président, je comprends que les quatre centres d'expertise en hémophilie vont continuer à prescrire 100 % des produits en hémostase; je comprends cela, là. La prescription se fait toujours dans ces quatre centres.

M. Couillard: Bien, en général, chacun des patients qui est suivi pour cette maladie est suivi par un des quatre centres d'hémophilie. Il n'est pas impossible, mais il...

Une voix: ...encore...

Mme Harel: ...100 %...

M. Couillard: Oui. Bien, c'est ça, mais il n'est pas impossible que, par exemple, un médecin d'un centre d'excellence et un collègue hématologue dans un centre régional auquel il demande sur instruction de renouveler la prescription de telle ou telle personne en région pour le problème d'hémophilie, ça, ça m'apparaît certainement possible. Mais il est clair que le médecin du centre local, toujours, doit recevoir l'accord des centres d'excellence pour administrer les produits. Ça, c'est clair; donc, ça doit se faire sur une base de parrainage, si vous voulez, ou d'autorisation du centre d'excellence.

Mme Harel: Mais la prescription se fait toujours dans un centre d'expertise.

M. Couillard: Mais il est possible certainement à un hématologue expert d'un des quatre centres de déléguer à un autre hématologue régional, une fois que le protocole de traitement a été établi, la possibilité de renouveler, par exemple, une prescription en région. Ça, je pense que c'est correct et c'est même souhaitable pour les personnes. Mais le centre local doit toujours recevoir l'accord du centre d'excellence de référence pour administrer les produits.

Mais donc, encore une fois, on va suivre cette situation, et j'insiste sur le fait que, s'il devait y avoir le moindre doute quant à des effets négatifs en ce qui a trait à la traçabilité et la sécurité, bien sûr nous agirions immédiatement.

Intentions concernant l'insertion sociale de patients de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, à Montréal

Mme Harel: M. le Président, j'aimerais aborder la question de l'insertion des usagers de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Je recevais copie d'une lettre adressée au ministre en date du 8 avril et qui est signée par le président du comité des usagers, M. Robert Bousquet. Alors, M. Bousquet est président du Comité des usagers du Centre de réadaptation Lisette-Dupras et il m'indiquait... il indiquait plutôt au ministre son étonnement devant la décision de l'agence régionale de Montréal de garder les patients à l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

J'imagine que le ministre est informé de cet état de situation. «La décision de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, dit-il, s'avère un retour en arrière considérable quant au respect des droits

fondamentaux des personnes présentant une déficience intellectuelle et un retour en arrière considérable à l'égard des orientations ministérielles. Cette prise de position — écrit M. Bousquet — laisse entrevoir le spectre de la réouverture des institutions comme mode d'hébergement et de traitement. Alors ça, c'est une lettre qu'il a écrite et envoyée à M. David Levine, le président-directeur général de l'agence de Montréal.

Je rappelle que le Curateur public du Québec, en février 1999, considérait que les personnes placées sous sa protection devaient quitter l'établissement et recevoir des services dans leur communauté par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle de Montréal.

La question au ministre, c'est... Alors, il y a plusieurs autres lettres d'appui au dossier. Est-ce que c'est une situation qui augure une nouvelle politique ministérielle, des nouvelles orientations, puisque les parents de Rivière-des-Prairies se sont vu confirmer, le 15 mars dernier, que les personnes de leur famille qui ont une déficience intellectuelle et qui étaient hébergées à Rivière-des-Prairies pourraient — qui est une institution psychiatrique, là — pourraient y demeurer? Et ça semble constituer un retour en arrière important. Alors, qu'en est-il, là?

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

M. Couillard: Oui. Il ne s'agit en aucune façon de quelque recours à l'institutionnalisation que ce soit, au contraire. Ce qu'on a voulu depuis le début dans cette histoire complexe, c'est de favoriser la désinstitutionnalisation des gens.

• (17 heures) •

Revenons en arrière. Nous arrivons dans une situation où un groupe de parents est fortement insatisfait de la façon dont les transferts en communauté se font pour ces gens qui sont souvent atteints de lourdes problématiques de déficience intellectuelle. Ils se plaignent que les transferts se fassent de façon unilatérale, qu'ils ne soient pas consultés, qu'effectivement les soins reçus dans la communauté ne correspondent pas à leurs attentes, que parfois il est nécessaire de ramener la personne dans l'établissement, etc. On se souviendra — ceux qui ont suivi le dossier — des craintes des parents auxquelles d'ailleurs nous avons fait écho à l'époque.

Alors, une fois arrivés, nous avons voulu resserrer cette situation en réalisant qu'il est dans l'intérêt de la grande majorité, sinon de la totalité mais certainement de la grande majorité de ces personnes — dans leur intérêt en ce qui a trait à la qualité de vie — d'être transférées dans un milieu plus communautaire. Et, moi, j'ai vu moi-même de mes yeux de ces patients qui étaient auparavant en contention à Rivière-des-Prairies, dans des états de handicaps très sévères, avoir une qualité de vie très améliorée, sans contention en particulier, et certainement une amélioration de leur niveau.

Alors, il y a effectivement un grand nombre de personnes qui ont pu donc... suite à la constitution d'équipes d'évaluation, ce que nous avons demandé, c'est que les équipes d'évaluation individuelle qui sont constituées avec la collaboration du Centre Miriam, qui est un centre d'excellence à Montréal que certains d'entre vous connaissez probablement, pour que chaque cas soit évalué individuellement, qu'on rencontre les

parents et qu'on fasse l'objet d'un protocole de sortie pour chacun avec garantie de services, etc., le protocole devant être l'objet d'un consentement de la part du parent qui a la responsabilité légale pour la personne ou du Curateur public, selon le cas, parce qu'il y a des personnes dans ces institutions qui sont sous curatelle publique, qui ne sont plus sous la responsabilité légale de leurs parents.

Alors, ceci, je dois dire, autant à Rivière-des-Prairies qu'à Robert-Giffard, s'est fait de façon satisfaisante; il y a eu des difficultés au début, mais la chose s'est bien enclenchée. Il reste actuellement 50 personnes à Rivière-des-Prairies comparativement au nombre élevé qu'il y avait auparavant, finalement de deux catégories, soit des gens dans lequel — et je crois que c'est la minorité — le comité d'évaluation a constaté qu'il était impossible en raison de la très grande lourdeur du handicap d'envisager un transfert à la communauté — c'est un très petit nombre de personnes — soit des cas où les parents refusent.

Bon, il faut savoir que l'hébergement est un traitement auquel on peut consentir ou non en termes légaux, donc ça prend nécessairement le consentement du parent ou l'intervention du Protecteur des usagers ou du Curateur public s'il considère que le refus de consentement du parent n'est pas dans l'intérêt de la personne. Donc, vous voyez que, sur le plan légal, c'est assez complexe.

Nous avons malheureusement constaté qu'au niveau de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et au niveau de l'administration il y avait une certaine résistance quant à la poursuite du processus. Nous avons donc insisté pour que la responsabilité des 50 personnes qui se trouvent encore à Rivière-des-Prairies soit transférée sous l'aile du Centre Miriam, c'est-à-dire que les gens sont physiquement dans l'Hôpital Rivière-des-Prairies mais leur encadrement, leurs soins sont pris en charge par le Centre Miriam. Et que, dès que le transfert est fait, toute demande d'intégration communautaire à ce moment-là est traitée rapidement avec encore une fois rencontre des parents. Et que, dans les très rares cas où le retour en milieu communautaire n'est pas possible, bien là on doit chercher un milieu de soins prolongés, ce qui n'est pas le cas de l'Hôpital de Rivière-des-Prairies.

Alors, les syndicats régionaux sont d'accord avec le transfert, l'Association des parents de Rivière-des-Prairies est heureuse de l'entente donc avec l'Hôpital Miriam. Ce qui est actuellement le cas, c'est que la confirmation écrite de la part de l'établissement de Rivière-des-Prairies quant au fait que cette entente ait été conclue ne nous est pas encore parvenue. Et nous allons demander... et nous avons donné... en date d'aujourd'hui, il y a une lettre au directeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies donnant une instruction très claire au directeur général d'accélérer la conclusion et la signature de l'entente et le transfert de la responsabilité par rapport au Centre Miriam.

Alors, on demande donc au directeur de prendre toutes les mesures requises pour établir et maintenir un véritable partenariat avec la direction du Centre Miriam pour favoriser la collaboration entre les intervenants des deux établissements. Et on déplore que certaines façons de faire soient contraires à l'intérêt des usagers et mettent en péril la relation de confiance qui doit prévaloir entre

l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le Centre Miriam. Donc, nous donnons des instructions très claires au directeur général. Si on n'obtempère pas à ces instructions, bien nous verrons quelles autres actions administratives seront prises. Mais j'ai confiance que, après réexamen, autant le directeur général que le conseil d'administration voudront procéder avec célérité.

Mme Harel: M. le Président, j'ai ici la lettre que... une lettre personnalisée à chacune des personnes visées par le projet ou à leurs familles ou leur représentant légal. Elle est signée à la fois par David Levine, président-directeur général de l'agence, et par M. Michel Lapointe, directeur général de Rivière-des-Prairies.

Elle réfère, cette lettre, au transfert au Centre Miriam dont parle le ministre, donc au transfert de la clientèle toujours hébergée à Rivière-des-Prairies et elle réfère aussi à la gestion du projet d'insertion sociale et du personnel lié au projet, si vous voulez, de transfert, donc, de Rivière-des-Prairies à Miriam.

Mais, ce qu'elle dit, c'est ceci: «À compter de la date de ce transfert, les unités de soins deviendront l'internat du Centre Miriam. Comme il a été indiqué aux représentants de l'association des parents le 15 mars dernier, les personnes qui seront alors hébergées pourront demeurer dans leur milieu de vie actuel en bénéficiant des services des professionnels du Centre Miriam.»

Ce que les parents disent, eux, c'est un retour en arrière parce que, eux, ce qu'ils espéraient — ceux des parents qui sont membres du comité des usagers, là — c'est que les enfants ou leurs grands enfants, en fait, ou leurs parents, là, ne soient pas maintenus même sous la responsabilité du Centre Miriam mais à Rivière-des-Prairies, mais soient intégrés dans la communauté, ce qui ne semble pas leur avoir été proposé.

Alors, ce qui leur a été proposé, c'est qu'il y ait ce transfert dans l'institution de Rivière-des-Prairies, si vous voulez, lors de transferts virtuels, des personnes hébergées à Rivière-des-Prairies qui deviennent sous la responsabilité du Centre Miriam mais avec les services à Rivière-des-Prairies. Alors, c'est ça, la problématique, là. C'est ça, le problème.

M. Couillard: ...est le nécessaire préalable au transfert de ces personnes en communauté. Parce que, là, il y a un problème majeur au niveau de l'institution, et là il faut être prudent dans les détails qu'on donne, mais, malheureusement, au niveau de l'institution, on mélange la nécessité de transférer les gens en communauté avec une garantie de maintien de certains services, etc., de mission à l'Hôpital de Rivière-des-Prairies qui est un autre sujet complètement. Alors, nous n'acceptons pas que le bien-être et la première priorité qu'on doit donner à la meilleure solution possible pour chaque personne soit soumise à ces impératifs.

Nous avons donné très clairement au directeur général les indications qu'il devait suivre les instructions et obtempérer rapidement. Je répète que j'ai confiance qu'il saura faire une analyse lucide de la situation et donner suite à nos instructions. Si, par hasard, ce n'était pas le cas, nous aviserons quant aux mesures successives à prendre.

Mme Harel: On peut poursuivre, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Poursuivez donc.

Mme Harel: Oui. M. le député de L'Assomption.

M. St-André: Oui, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de L'Assomption.

Échéancier du projet de conversion du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, à Lachenaie, en centre multivocationnel de santé

M. St-André: Alors, je voudrais aborder un projet. J'ai déjà posé des questions au ministre à ce sujet, il s'agit de la transformation du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, situé à Repentigny, un édifice qui est maintenant inoccupé, étant donné le déménagement de l'hôpital dans des nouveaux locaux à Lachenaie. Alors donc, je rappelle au ministre que je l'ai déjà questionné au mois de novembre à ce sujet. Il s'agit d'un projet extrêmement important qui va permettre de consolider l'ensemble des services de santé et de services sociaux dispensés dans le sud de Lanaudière.

Le ministre a déjà en main, depuis le mois de novembre, le plan fonctionnel et technique pour la transformation, la conversion de l'édifice en question en centre multivocationnel de santé qui va comporter, entre autres, des lits d'hébergement de soins de longue durée et des services en réadaptation fonctionnelle intensive et d'autres services de santé et de services sociaux.

La question que je posais au mois de novembre et que je réitère encore une fois: Est-ce que le ministre, le ministère de la Santé et des Services sociaux a un échéancier quant à la réalisation de ce projet important pour la MRC de L'Assomption et le sud de la région de Lanaudière?

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

M. Couillard: Oui. M. le Président, le concept du projet est bon, c'est-à-dire qu'il s'agit de réutiliser l'ancien hôpital Pierre-Le Gardeur dans un centre multifonctionnel et qui serait d'une part l'hébergement en CHSLD avec des lits de CHSLD, des lits de soins palliatifs, des lits d'hébergement temporaire, des lits avec des personnes avec des troubles de comportement et, également, les services de réadaptation internes et externes.

● (17 h 10) ●

Le coût de ces travaux est actuellement estimé à 27 millions de dollars et le coût potentiel du budget de fonctionnement — on avait bien expliqué l'autre jour que, lorsqu'on faisait des projets, on voulait qu'il y ait un assortiment nécessaire des budgets de fonctionnement — à à peu près 20 millions de dollars annuellement. On se souvient qu'on a dû éponger cette année 24 millions de budget de fonctionnement supplémentaires qui n'avait pas été prévu par le gouvernement précédent pour l'ouverture du nouveau centre hospitalier que nous allons d'ailleurs inaugurer la semaine prochaine, je crois, avec la présence du député. Ce sera une belle journée pour le Québec parce que ça fait longtemps au Québec qu'on n'a pas inauguré de nouvel hôpital.

Maintenant, le projet figure bien, on me dit qu'il est en première priorité régionale, ce qui est déjà une très bonne chose. C'est l'information dont je dispose actuellement. Alors, l'autre jour, il y a une collègue du député qui m'a posé la question sur un projet, et on a constaté qu'il était en priorité n° 7; alors, ça regardait plus ou moins bien. Mais, ce projet-là, qui est en première priorité, est donc bien situé.

Ce qui est en cours actuellement, c'est une analyse de faisabilité en cours à la CHQ, l'avis de pertinence également — tout ça, c'est les étapes normales, là, dans l'évolution d'un projet immobilier — et certainement une mise à l'étude possible parce que la prochaine étape, une fois que le PFT est approuvé, c'est la mise à l'étude qui permet l'engagement de professionnels pour les plans et devis préliminaires.

Alors, effectivement on veut procéder assez rapidement parce que, maintenir la bâtisse inoccupée également, ça a des coûts. On parle d'environ 1 million de dollars par année juste pour maintenir la bâtisse, l'entretenir, la chauffer, etc. Alors, ce qui manque donc, c'est l'analyse de faisabilité, l'avis de pertinence — qui est en préparation actuelle — et bien sûr la confirmation de notre enveloppe d'immobilisations qu'on attend, je crois, vers l'automne, possiblement. Et je crois comprendre donc que ce serait la première priorité pour la région de Lanaudière pour une mise à l'étude. La mise à l'étude, ce n'est pas l'exécution. C'est une période pendant laquelle on fait les plans et devis préliminaires, et, l'étape suivante, c'est les plans et devis définitifs et l'exécution.

Donc, je pense que c'est un dossier qui progresse très bien. Moi, je dois dire que le concept est intelligent et bien pensé. La pertinence également me semble valable; elle va être confirmée par nos équipes au ministère. La CHQ fait diligence également pour produire son analyse de faisabilité; elle devrait nous parvenir, M. le député, avant la fin juin, l'analyse de faisabilité de la CHQ.

Ça ne retarde rien, puisque j'ai expliqué tantôt que notre enveloppe d'immobilisations normalement devrait nous être communiquée vers l'automne. Donc, je crois comprendre de tous ces éléments qu'il sera possible de mettre le projet à l'étude dès réception et confirmation des enveloppes disponibles pour justement les mises à l'étude dans le cadre du plan triennal.

M. St-André: Je comprends de la réponse du ministre que le projet semble bien évoluer. À ce moment-là, les plans et devis pourraient être autorisés quand, et la mise en chantier surtout, quand on pourrait aller de l'avant? D'autant plus que je comprends de la réponse du ministre qu'il y a des coûts importants à assumer quant à l'inoccupation de la bâtisse actuellement. Donc, je comprends que le ministère a intérêt à lancer les travaux de réaménagement du centre le plus rapidement possible. Donc, quand ces travaux-là pourraient être débutés et quand le nouveau centre pourrait commencer à dispenser des services?

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

M. Couillard: Effectivement, M. le Président, ça coûte de l'argent, garder la bâtisse, mais ça va coûter de l'argent également l'avoir, là. Il faut quand même être... là, on parle de 1 million de frais et puis...

M. St-André: Dont la population a cependant besoin.

M. Couillard: Également, certainement, mais c'est 20 millions de frais de fonctionnement qu'il faut trouver également puis qu'on va trouver. Quand on fait un projet immobilier, on fournit les budgets de fonctionnement.

Quant à l'échéancier, je répète, là, on attend l'analyse de faisabilité de la CHQ pour la fin juin, l'analyse de pertinence au ministère, probablement pour à peu près la même période, la confirmation de notre enveloppe d'immobilisations à l'automne, l'annonce de la mise à l'étude à ce moment-là. Et, à ce moment-là, pour la phase suivante, bien là il y a toute l'analyse à refaire parce que j'expliquais l'autre jour qu'il y a actuellement au Québec pour 950 millions de dollars de projets qui ont terminé la mise à l'étude et qui sont en attente d'exécution.

Alors, vous voyez qu'il y a du monde à la porte, mais certainement que cet exercice de priorisation, il se fait avec les agences et puis avec les équipes du ministère également. Et je vous encourage à poursuivre vos actions, particulièrement au niveau de votre agence régionale, pour en accélérer l'heureux et inéluctable dénouement.

M. St-André: Elle le fait avec beaucoup de diligence, puisqu'elle a inscrit ce projet-là comme priorité régionale. Mais je comprends que le ministre demeure prudent dans les réponses qu'il donne; il ne veut pas donner de date, il se garde toutes les portes ouvertes. Je comprends qu'il y a de nombreux projets tout aussi vitaux qui sont à l'étude présentement. Néanmoins, je me permets d'insister encore une fois: Est-ce que le ministre peut être plus précis quant aux échéanciers, notamment quant à la mise en chantier et quant au début des opérations dans le nouveau centre multivocationnel à Repentigny?

M. Couillard: Bien, écoutez, le député de Robert-Baldwin me souffle à l'oreille que ce sera certainement plus rapide que l'Hôpital de Lachine qui a été fermé il y a 10 ans puis qu'il ne s'est rien fait par la suite, là. Mais, non, je ne peux pas être plus...

M. St-André: ...le député de Robert-Baldwin de son soutien.

M. Couillard: ...plus affirmatif que je l'ai été. Je pense qu'on... a déjà donné, je pense, M. le Président, des indications très positives quant à ce projet-là. Je pense que la prudence et la saine administration me conduisent à en demeurer là, mais en assurant que je conviens de l'utilité de ce projet pour les services à la population.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, M. le député d'Arthabaska.

Plan national de santé publique

Fonctionnement

M. Bachand: M. le Président, je vous remercie de me donner la parole avec autant d'empressement. Vous savez à quel point j'apprécie. Vous allez me permettre donc, M. le Président, de saluer le ministre et l'ensemble de son équipe qui est ici en fort grand

nombre. Et, si la quantité est garante de la compétence, permettez-moi de saluer cette grande compétence là.

Donc, messieurs, mesdames, chers collègues de l'opposition, chers collègues du côté ministériel, il y a une augmentation, M. le Président, des crédits en protection de la santé publique et de la prévention, de 25 millions. Et une des principales mesures prescrites par la Loi sur la santé publique est le programme national de la santé publique.

Et M. le ministre... Donc, par la voix de M. le ministre, je vous demanderais, M. le Président, de me préciser un peu pour mieux comprendre comment ça fonctionne exactement ce programme de santé publique là, de santé... pardon, le programme de santé national publique, pardon, et, après ça, je vais avoir d'autres questions, là, pour être capable de cerner un peu mieux, là, le sens de ces questions-là et vos réponses, M. le ministre... M. le Président, pardon.

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

M. Couillard: Alors, effectivement, M. le Président, les investissements en santé publique, c'est important, et il faut en faire. Et c'est toujours difficile parce que ce sont des investissements qui rentrent toujours en conflit avec les investissements dans les services plus immédiats. Mais je pense que tout le monde s'entend pour dire qu'une bonne façon d'améliorer notre système de santé c'est certainement de commencer à produire moins de malades. Et je pense que, si on s'y met à la tâche maintenant, on devrait réussir.

Alors, je fais un résumé des investissements en santé publique des dernières années, c'est très intéressant: en 2001-2002, 4 millions récurrents; 2002-2003, zéro dollar; 2003-2004, 20 millions récurrents; 2004-2005, 25 millions récurrents. Donc, un total cumulatif de 49 millions de dollars récurrents, dont 45 millions au cours des deux dernières années.

Alors, l'an dernier, une bonne part du 20 millions qui est récurrent, donc qui revient cette année, a été utilisée dans la lutte contre l'encéphalopathie causée par le virus du Nil. Donc, cette année, la même lutte va se reproduire. Et le reste maintenant donc des nouvelles sommes récurrentes permet d'actualiser le plan national de santé publique qui est un plan sur 10 ans, de 2002 à 2012, qui a été déposé donc à cette époque et qui permet d'agir sur plusieurs fronts: la question des milieux de vie des jeunes; les services de prévention et de promotion auprès des familles; la prévention de maladies chroniques telles que le diabète; les maladies cardiovasculaires; l'obésité, particulièrement chez les enfants; et, finalement, des mesures visant à atteindre une meilleure santé globale des Québécoises et Québécois avec des bonnes habitudes de vie.

Et, actuellement, nous avons, en passant, pour l'activité physique, un comité interministériel avec l'Éducation, les Affaires municipales, Sport et Loisir, pour choisir la meilleure politique visant à développer l'activité physique chez les jeunes. Mais ça va au-delà de l'éducation physique à l'école, il y a toutes sortes d'autres actions qui peuvent être également entreprises.

Donc, ces investissements nous permettent de commencer enfin à appliquer certaines recommandations

du plan national de santé publique. Nous allons également... À l'automne, il y aura une première au Québec dans le cadre des activités de santé publique, c'est la publication, au niveau ministériel mais avec le Directeur national de la santé publique, du premier bulletin d'état de santé des Québécois. Déjà, ça va être très intéressant parce que ça va nous donner une image photographique de l'état de santé de notre population, qu'on pourra par la suite comparer, année après année, et bien sûr ajuster nos actions de santé publique à cette image que nous obtiendrons, là, sous les soins de la direction.

Le Président (M. Copeman): M. le député d'Arthabaska,

M. Bachand: Oui. M. le Président, si je comprends bien, là, l'ajout d'un 5 millions de dollars, c'est surtout consacré au secteur de la prévention.

M. Couillard: C'est entièrement, M. le Président, prévention, promotion.

Groupes ciblés par les crédits consacrés à la prévention

M. Bachand: Donc, en prévention, j'aimerais savoir, en prévention, quels sont... surtout les groupes populationnels qui ont été ciblés par la prévention, M. le Président.

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

M. Couillard: Surtout les jeunes, les enfants, les jeunes familles, les jeunes, notamment dans le cadre de l'activité physique et la lutte contre l'obésité qui est une façon de prévenir le diabète, une maladie chronique qui apparaît plus âgé lorsqu'on n'a pas développé des bonnes habitudes de vie et certainement également auprès des adultes qui sont aux prises avec les maladies cardiovasculaires. Mais les jeunes seront certainement particulièrement ciblés par ces mécanismes.

● (17 h 20) ●

Également bien sûr il faut mentionner en premier lieu de nos actions la poursuite de la lutte contre le tabagisme, hein? On sait qu'au Québec on a encore malheureusement le taux de tabagisme le plus élevé au Canada, malgré qu'il ait baissé de façon significative l'an dernier, la plus forte baisse au Canada également. Mais on a encore du chemin à prendre, parce que le résultat de ce tabagisme qui reste élevé chez nous, c'est la prévalence élevée du cancer du poumon au Québec, beaucoup plus élevée que dans d'autres régions du Canada. Et, même si on améliore le tabagisme, il faut comprendre qu'on traite actuellement les fumeurs qui ont commencé il y a 25, 30 ans, 35 ans, et qu'on en a encore pour quelques années à traiter les cancers du poumon avant que l'effet de la réduction du tabagisme ne se manifeste. Alors, j'invite tous les fumeurs qui nous écoutent — et j'en ai dans mes proches, parmi mes proches — à prendre acte et à cesser de consommer ce produit nuisible pour la santé.

M. Bachand: M. le Président, j'aurais aimé savoir... On a parlé donc des populations jeunes, des

populations qui sont atteintes d'obésité. À travers les programmes, peut-être des programmes en éducation, en éducation physique peut-être, j'aimerais savoir c'est quoi, le point de chute exactement. Est-ce qu'il y a de nouveaux programmes, M. le Président, ou ce sont, par exemple, des programmes qui sont assumés ou qui sont déjà assumés par les organismes communautaires, par exemple, et qui vont recevoir des sommes additionnelles qui leur permettront de continuer leur travail en prévention?

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

M. Couillard: Alors, tout ça est déployé, le plan national de santé publique est déployé en plans régionaux puis en plans locaux, parce que l'organisation de la santé publique au Québec, qui d'ailleurs fait l'envie de beaucoup non seulement de provinces canadiennes, mais beaucoup de pays dans le monde, que... D'ailleurs, c'est le Dr Rochon qui nous a légué cette organisation de santé publique, et je pense que c'est probablement sa contribution la plus persistante à l'état de santé de la population, la formation du réseau de santé publique, parce que, malheureusement dans le cas du virage ambulatoire, pour des raisons qu'on a vues, ça a été moins efficace.

Et donc on a ce plan national, ce plan régional et ce plan local, et, les 25 millions, on les répartit dans plusieurs secteurs. Et, essentiellement, ce sont des actions qui sont dispersées sur le terrain par les CLSC et également en collaboration avec le milieu scolaire souvent et parfois le milieu communautaire, mais surtout les CLSC puis le milieu scolaire.

Alors, je donne des exemples. La lutte aux maladies chroniques et à l'obésité, elle reçoit 5 millions cette année; l'intervention globale et concertée en milieu scolaire, 4 millions; les services intégrés en périnatalité et en petite enfance alloués à la pauvreté, 4 millions; la réduction des chutes et des fractures chez les personnes âgées, aller visiter les personnes âgées et s'assurer que leur domicile est sécuritaire, 4 millions; lutte contre les infections transmises par le sang et les relations sexuelles, 3 millions; les services régionaux et locaux en regard de la vigie sanitaire et les menaces à la santé, 3 millions; en protection et à la stratégie VIH-sida qu'enfin on peut accompagner de moyens pour un total de 3 millions cette année; surveillance de l'eau potable, changements climatiques et pollution de l'air pour 1,7 million; les maladies infectieuses, le plan d'urgence et la vigie sanitaire, l'obésité et les maladies chroniques, pour 1,2 million; chute chez les aînés, on en avait déjà parlé tantôt.

Donc, au niveau synthèse, c'est très intéressant de voir la répartition, parce qu'en protection il y a 6 millions et en promotion de prévention il y a 17 millions, pour un total de 23 millions. Le 2 millions, il reste les activités de dépistage, également certains services préventifs chez les communautés nordiques donc pour le 25 millions. Et ce qui est également intéressant, c'est que 81 % est dispersé au niveau régional — donc, il va aller directement dans les communautés — et 19 % reste au niveau national pour les grandes stratégies, là, de type... Par exemple, pour l'obésité et la maladie chronique, la stratégie est centralisée au niveau national et dispersée par la suite.

Donc, je pense que c'était une bonne chose de disposer du plan national de santé publique, parce que, là, on a un outil qui nous permet chaque année de déployer ce qu'il était prévu de faire avec les crédits qui sont disponibles. Et je rappelle l'investissement important récurrent que notre gouvernement fait dans ce domaine important.

M. Bachand: Effectivement, M. le Président — oui — c'est fort intéressant, mais c'est aussi conséquent avec l'orientation qu'on s'est donnée de permettre au milieu et aux gens d'assumer, à l'intérieur des organismes qu'ils ont déjà, les sommes additionnelles parce qu'ils ont l'organisation mais ils ont aussi l'expertise d'intervenir à bon escient à l'intérieur même de leur milieu. Et ça, je trouve ça très bien.

Stratégie de prévention du suicide

Je veux donc rapidement terminer avec juste un dernier point sur la prévention du suicide, parce que vous en avez fait mention, M. le ministre, à deux reprises et de façon, je dirais, fort intéressante mais aussi instructive. Vous avez parlé que la prévention du suicide ne donne pas vraiment l'effet escompté à certains égards. Et vous insistez à deux reprises d'ailleurs sur le mode d'intervention, qu'il se fasse sur une base scientifique. Dites-moi donc comment on va articuler et concrétiser ça.

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

M. Couillard: Alors, je vais corriger un peu l'histoire de la santé publique au Québec pour rendre hommage aux personnes qui également le méritent. Le Dr Rochon a fait la première dispersion de la formation des départements de santé communautaire en 1973. C'est Marc-Yvan Côté en fait qui a fait la restructuration des services de santé publique en 1992, qui a débuté la formation de l'Institut national de santé publique, que le Dr Rochon a complétée lors de son arrivée. Donc, je pense que c'est une oeuvre commune, la santé publique, entre Jean Rochon et Marc-Yvan Côté, et il faut rendre à chacun ce qui lui revient en termes de mérite historique.

Maintenant, on vient de parler de la question sur la prévention du suicide, oui. Alors, la prévention du suicide, on y a fait allusion récemment et j'en ai parlé également il y a quelques minutes, à la faveur de ce colloque qui avait lieu récemment à Montréal sur les stratégies de prévention du suicide, où il y a eu également une participation de l'Institut national de santé publique qui avait déposé un rapport, là, d'évaluation à ma demande, alors, un rapport d'évaluation scientifique de la valeur des diverses méthodes d'intervention.

Je note que, parmi les participants à ce colloque, se trouvaient certaines autorités québécoises dans ce domaine qui ont manifesté l'intention de déposer quelques opinions qui sont un peu divergentes, là, par rapport aux conclusions de l'Institut national de santé publique, notamment pour les méthodes de prévention en milieu scolaire.

Parce que, sur l'ensemble du rapport de l'Institut national, les groupes qui étaient là sont en accord. Le désaccord était au niveau de la stratégie en milieu scolaire, puisque certaines revues montrent que le fait

d'aller en milieu scolaire et de parler spécifiquement de suicide aurait un effet contraire à l'effet escompté et pourrait même augmenter le risque suicidaire dans le milieu scolaire. Certains experts ne sont pas d'accord, disent qu'il faut plutôt faire ça, d'autres disent qu'il faut baser sur l'estime de soi et le soutien social. Moi, j'aurais plutôt tendance, intuitivement, à penser que c'est cette avenue qu'il faut primer.

Mais je vais bientôt recevoir le Dr Mishara, qui était d'ailleurs l'organisateur de ce colloque, qui tient beaucoup à nous communiquer son opinion sur la question qui diffère de certaines opinions de l'Institut national de santé publique, et on va réussir comme ça, je crois, à se concentrer sur les méthodes qui ont des chances raisonnables d'avoir un succès.

Parce qu'il y a des choses sur lesquelles tout le monde s'entend. Par exemple, les lignes d'écoute téléphonique; les mesures qui réduisent l'accessibilité aux moyens, par exemple; l'accès aux armes à feu, les garde-personnes au niveau des ponts et autres mesures semblables sont efficaces. Également, le traitement médiatique de l'événement suicidaire est quelque chose qui doit être consolidé et considéré.

Et, également, on parle beaucoup de la nécessité de former les médecins de première ligne à la prévention et à la reconnaissance des signes qui laissent soupçonner qu'on puisse craindre un passage à l'acte suicidaire. Parce qu'on sait qu'une proportion importante des jeunes qui se suicident ont consulté un médecin généraliste au cours du mois qui a précédé leur geste et que souvent, malheureusement, l'état n'a pas été relevé, et souvent il s'agit de messages subtils, hein, qu'il faut être entraîné afin de les dépister. Et je crois qu'on va essentiellement baser notre action sur ces choses qui font l'unanimité, où tout le monde s'entend que ça fonctionne bien, plutôt que de multiplier nos actions dans des programmes éparpillés dont certains n'ont que peu de, je dirais, de chances de réussir.

Il faut être prudent dans certains types d'intervention; par exemple, les initiatives de sentinelles ou de pairs aidants, qui peuvent être utiles, mais, également, en bien apprécier la validité. Ce que l'institut déconseille actuellement fortement, et c'est là-dessus que le Dr Mishara n'est pas d'accord, là: l'institut actuellement déconseille de tenir des activités de sensibilisation sur la réalité du suicide auprès de groupes de jeunes avec des documents vidéo, des pièces de théâtre, des témoignages, des travaux scolaires.

C'est difficile. Moi-même, je ne suis pas un expert du tout de la question, puis il faut balancer un peu les avis des experts. Intuitivement, ayant eu des adolescents, puis, évidemment, c'est une expérience parcellaire, mais, plus on dit à quelqu'un que telle chose n'est pas bonne, à 17, 18 ans, puis qu'il ne faut pas faire ça, plus on risque d'avoir le résultat contraire. Alors, je pense qu'en général il faut transformer ça dans un message positif, et, moi, j'aime beaucoup l'approche basée sur l'estime de soi, sur la nécessité de parler à ses parents ou à ses amis et la nécessité de reconnaître en soi et de se soutenir entre amis dans des situations difficiles.

Mais on veut certainement améliorer nos efforts là-dedans. Et, moi, la tâche que j'essaie de me donner — puis je suis certain que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve va également vouloir embarquer dans ce

train-là — c'est de rendre la population consciente de l'importance de ce problème qui, à mon avis, est aussi grande que celle des listes d'attente en chirurgie cardiaque ou dans d'autres types de problèmes de santé. Et, là-dessus, je termine, parce que je discerne certains signes d'impatience dans votre hochement de tête, M. le Président.

M. Bachand: Merci. J'ai le même problème avec mon épouse: plus je lui dis de ne pas le faire, plus elle le fait.

Des voix: Ah! Ah! Ah!

M. Bachand: Disons, c'est un témoignage fort personnel.

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

Mme Harel: Je ne veux pas commenter, je ne vais pas commenter.

● (17 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): ...la parole est à vous.

Mme Harel: Mais je regrette qu'on n'ait pas plus de temps à notre disposition pour pouvoir échanger sur cette problématique importante, parce que certains aussi prétendent qu'il faudrait une durée d'hospitalisation plus longue et que cela expliquerait les différentes statistiques de jeunes qui se suicident plus nombreux au Québec en regard des autres provinces. Je ne sais pas si on peut induire de statistiques de jours d'hospitalisation des conclusions comme celle-là, là, je ne le sais pas, mais je sais qu'il y a beaucoup de gens dans notre société qui souhaiteraient identifier des solutions. Et c'est peut-être un domaine où les meilleures des solutions ne sont pas des recettes. Et, s'il y avait une recette, on la reconnaîtrait, n'est-ce pas, depuis longtemps puis on l'appliquerait depuis longtemps. Donc, ça suppose sans doute un examen plus approfondi des relations et des rapports qu'on entretient avec les jeunes au sein de la famille, au sein de l'école, au sein du milieu hospitalier, en fait...

Aide au financement du Répît Providence, dans Hochelaga-Maisonneuve

Alors, j'ai une série de questions. Notamment, le ministre a parlé tantôt de la prévention, et j'ai très récemment rencontré, il y a quelques jours, là, Mme Justine Lacoste, qui est présidente du conseil d'administration d'une ressource, Répît Providence. Je comprends, là, qu'on puisse faire valoir les budgets en prévention, mais très concrètement, moi, j'ai un exemple — ça ne vous étonnera pas que cet exemple soit dans Hochelaga-Maisonneuve — et c'est un exemple d'une ressource qui, par exemple, l'an dernier a reçu des milliers d'enfants. Ce sont des milliers d'enfants. C'est une ressource, Répît Providence, qui est complémentaire aux centres jeunesse. Il y a six lits qui sont retenus par les centres jeunesse pour faire du placement. Trois, je pense, de ces lits le sont pour des périodes de 48 heures en urgence sociale, et puis trois autres pour du

répît. Mais c'est une maison aussi qui fait de la prévention.

Et le problème, c'est... Je vais vous donner un cas, là, que j'avais eu. C'est un professeur d'une école de mon quartier qui signale au CLSC un enfant qui présente à l'évidence des signes de négligence, et la situation est vraiment inquiétante pour l'enfant, et puis la mère, chef de famille, traîne une dépression qui n'a pas été soignée. Et finalement cette maison, Répît Providence, accepte — comme elle l'a fait pour 453 autres enfants dans une année — accepte donc de recevoir l'enfant. Il n'y a pas de placement du centre jeunesse, c'est véritablement de la prévention. Ça fait partie du plan de traitement du CLSC, mais le CLSC dit encore cette semaine: Je n'ai pas d'argent, je n'ai pas d'argent pour faire... je vous réfère... Et je suis très, très, très satisfait de vos services, mais je n'ai pas d'argent.

Les centres jeunesse disent: On n'a pas d'argent pour faire de la prévention. Nous, quand on fait du répît ou quand on fait de l'urgence sociale, c'est parce que ça nous est référé par le système de la DPJ. Alors, il faudrait signaler des enfants. Il aurait fallu faire 453 signalements de plus l'an dernier pour que le signalement permette aux centres jeunesse de faire du répît ou de l'urgence sociale. Alors, vous savez, dans ce cas, le jeune est resté pendant sept jours à Répît Providence, et le temps que les aides domestiques puissent faire des choses aussi simples que nettoyer toute la maison, remplacer le frigidaire — des choses aussi simples que celles-là, là — changer la médication pour la mère. Et finalement, bien, le fils et la mère vivent ensemble. Autrement, il y aurait eu un signalement, avec toutes les conséquences lourdes que ça signifiait.

Alors, la prévention... Et ça, c'est maintenant, là, je ne vous parle pas... je vous parle de ça dans le cadre des nouveaux budgets alloués aux CLSC et aux centres jeunesse. Je sais que ma collègue qui est porte-parole de l'opposition pour les services sociaux a elle-même des exemples à donner des centres jeunesse qui ne pourront pas cette année faire aucune prévention. Alors, j'aimerais beaucoup que le ministre s'intéresse, entre autres, à la maison Répît Providence, mais aussi à toute la problématique de la prévention qui manifestement, là, semble être sous-financée au point où, par exemple, ils ont annulé... C'est annulé temporairement, là, mais les répîts qui étaient réservés aux CLSC sont annulés. Le ministre peut prendre la question en délibéré s'il le veut.

M. Couillard: ...M. le Président, le Répît Providence, on va vérifier quel est son statut. Je suppose qu'il s'agit d'un organisme communautaire supporté par le SOC?

Mme Harel: Oui.

M. Couillard: Donc, vous savez que la décision d'appropriation des fonds dépend de l'agence régionale. C'est l'agence régionale qui gère les fonds du SOC.

Maintenant, pour ce qui est de la nécessité d'intervenir en prévention puis en amont, on l'a indiqué l'autre jour dans notre discussion avec notre consœur de Duplessis...

Mme Harel: ...excusez-moi, M. le ministre, le SOC ne peut pas financer, n'a jamais financé cette ressource parce que c'est de l'hébergement pour moins de 18 ans. Ils ne reçoivent rien du SOC, et c'est ça, le problème.

M. Couillard: Alors, on me dit que c'est un organisme qui est reconnu donc, mais non financé. C'est...

Mme Harel: Il est reconnu par les centres jeunesse...

M. Couillard: O.K. Mais non financé.

Mme Harel: ...mais il n'est pas financé par le SOC qui dit: Légalement, je ne peux pas.

M. Couillard: O.K. Alors, regardez, on va vérifier le cas spécifique, là, de cette question-là. Mais je voudrais quand même répéter ce que j'ai dit l'autre jour, c'est que, cette année, il y a 12 millions récurrents qui sont ajoutés en protection de la jeunesse, dont 8,5 millions vont en première ligne, dans les CLSC pour la mise sur pied d'équipes d'intervention de crise dans la communauté. Alors, nécessairement on a de façon évidente pris ce virage d'agir en amont, là, des problèmes plutôt que de tout concentrer dans les centres spécialisés que sont les centres jeunesse, qui également ont besoin de ressources, là. On se dit qu'en mettant moins de pression en amont on risque de diminuer le... je dirais, le nombre de signalements.

Maintenant, si dans certaines régions, dans certains districts, dans certains territoires de réseaux intégrés, le choix est fait d'investir dans ce type de ressources là pour diminuer la pression, moi, je n'ai pas d'objection, il y a de l'autonomie dans... Ce qu'on veut donner, c'est l'autonomie de moyens pour arriver aux mêmes résultats. Mais on pourra donc se renseigner sur le cas spécifique de cette ressource, là, puis y revenir éventuellement.

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

Part des crédits pour la santé mentale consacrée à la prévention du suicide dans les centres jeunesse

Mme Richard: Merci, M. le Président. Ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, M. le ministre, faisait référence, bon, à tout le côté prévention, combien c'est important, puis elle vous a donné un cas précis. Puis vendredi dernier, lors d'étude des crédits, c'est sûr, vous nous avez informé, bon, que vous vouliez agir en amont, surtout dans les centres jeunesse, où vous aviez alloué 12 millions...

Une voix: ...

Mme Richard: Pardon?

M. Couillard: Dans les centres jeunesse.

Mme Richard: Non, mais s'il y avait une partie qui... vu que vous agissez en amont, en prévention, il y

avait une partie du 12 millions qui allait sur de la prévention, donc ça permettait pour vous en tout cas un désengorgement dans les centres jeunesse. Sauf que vous aviez dit également lors de la campagne électorale que vous agiriez sur les deux fronts, en amont et en aval, et on a vu récemment dans un article de *La Presse*, bon, combien on apprend que les jeunes pris en charge dans les centres jeunesse, le suicide est cinq fois plus élevé qu'ailleurs, et vous avez vu combien les jeunes en centre jeunesse souvent sont sous médication, et tout ça.

Et, dans les sommes que vous avez allouées en santé mentale, le 22 millions, quelle part du 22 millions en santé mentale va aller directement dans les centres jeunesse, là, aujourd'hui? Parce qu'on n'est pas contre la prévention puis on sait que là aussi il y a certains problèmes, mais présentement, aujourd'hui, on a des enfants qui sont en centre jeunesse qui ont des taux de suicide que c'est élevé, il y a donc... Présentement, je suis sûre, aujourd'hui même, au moment où on se parle, il y a des risques suicidaires chez des jeunes dans des centres jeunesse, ils vivent des problématiques, et il n'y a pas de sommes allouées dans les centres jeunesse pour cette situation qu'on vit présentement. Est-ce que, dans le 22 millions que vous avez donné en santé mentale, est-ce qu'il y a une part qui pourrait être récupérée par les centres jeunesse pour agir tout de suite? Il faut agir vraiment sur les deux fronts.

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

M. Couillard: Alors, encore une fois, là, j'ai expliqué tantôt les cibles qu'on poursuit, dont l'action au niveau des centres jeunesse pour la détresse des jeunes qui y sont. Ce n'est pas nécessaire que l'argent soit injecté directement dans le centre jeunesse, ça peut être investi dans des équipes d'experts comme des pédopsychiatres ou des intervenants psychosociaux qui vont aller dans le centre jeunesse. Et donc c'est le résultat qui compte, là. Qu'on donne l'argent au niveau du CLSC, ou de la première ligne, ou au niveau du centre jeunesse, ce qu'on veut, c'est que les jeunes, qu'ils soient dans le centre jeunesse, également aient accès à des services.

• (17 h 40) •

Et, moi-même, je suis allé visiter le centre jeunesse de Montréal avec M. Duplantie, puis effectivement il m'a bien expliqué la difficulté qu'il y avait à avoir accès à des services de santé mentale spécialisés. Et on ne parle même pas des pédopsychiatres, parce qu'il n'y en a presque pas, des pédopsychiatres. Je pense qu'en Côte-Nord, s'il y en a un, c'est beau. Il y en a peut-être zéro. Donc, on cherche également des omnipraticiens qui ont un intérêt pour ce type de pratique là, et c'est ce genre de choses là qu'on veut développer. Mais, compte tenu de la pénurie de médecins, c'est encore plus difficile également. Alors, ce n'est pas un problème qu'on peut uniquement résoudre par l'ajout de ressources financières, ça prend du monde. Ça prend du monde, ça prend des médecins. Puis des médecins, il faut en former plus, puis on le fait, puis il n'y en aura pas demain plus. Mais par contre dans nos cibles de résultat clairement figure l'aide aux jeunes. Ça prend des équipes de soutien de façon à ce que les pédopsychiatres soient libérés le plus possible des activités de suivi et se concentrent sur la consultation, et qu'il y ait plus

d'omnipraticiens qui soient disponibles au moyen des AMP si nécessaire, là. C'est possible également de consacrer des AMP à certaines activités avec la jeunesse en difficulté pour aider les intervenants dans les centres jeunesse.

C'est difficile actuellement pour moi de vous donner la partie exacte du 22 millions, là, parce qu'on en train de faire ce travail-là avec les conclusions de notre groupe d'experts, alors... Mais ça va figurer dans les objectifs de résultat qu'on va donner aux régions.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée de d'Hochelaga-Maisonneuve.

Processus d'identification des membres des conseils d'administration des futures instances locales

Mme Harel: Alors, M. le Président, en matière de regroupement des établissements de santé et services sociaux, ce n'est évidemment pas maintenant qu'on pourra à fond discuter de cette question. J'espère que la procédure parlementaire nous permettra de le faire soit dans une motion ou de quelque autre façon. Mais, puisque la loi prévoit la nomination de conseils d'administration par le ministre et l'adoption de lettres patentes par le gouvernement, le ministre peut-il nous indiquer comment se fera le processus d'identification des membres des conseils d'administration des futures instances locales?

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

Mme Harel: Attendez, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Ah! Bon.

Mme Harel: La loi prévoit — c'est une exigence incontournable — la loi n° 25 prévoit qu'un représentant doit provenir de chacun des établissements fusionnés. Alors, je lis ici le document préparé par l'agence de Montréal qui dit ceci: «Le conseil d'administration de l'instance locale est formé des membres suivants...» Et là on énumère six membres, et ce sont six membres qui exercent leur profession dans le réseau de la santé et des services sociaux. Donc, il en resterait neuf hors le personnel médical, infirmier et clinicien, et autres, neuf membres. On dit: «Ces neuf membres doivent provenir des différents secteurs de la communauté.» Il est évident que, lorsqu'il y a donc plusieurs établissements — et, dans certains cas de figure, il y a six, sept, huit établissements — il en faut un par établissement, c'est l'exigence de la loi.

Alors, comment ça va se réconcilier avec une représentation, par exemple, d'une personne du milieu universitaire lorsqu'un établissement qui sera fusionné avait conclu un contrat d'affiliation avec une université, ou encore une personne oeuvrant au sein d'une fondation d'établissement, ou encore une personne représentant la population et les organismes socioéconomiques? Dois-je comprendre que la première obligation, c'est un représentant par établissement? Est-ce que c'est l'établissement qui va recommander ce représentant ou c'est l'agence qui va le choisir?

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

M. Couillard: Alors, le processus se fait d'abord par une suggestion de l'établissement, et c'est l'agence qui fait parvenir au ministre, au ministère la liste de suggestions pour les membres de conseils d'administration. On a donné certaines balises, là. D'abord, effectivement la loi indique qu'il doit y avoir un membre par établissement qui s'intègre. Maintenant, le membre peut être dans n'importe quel des 15 catégories, là, ça peut s'appliquer à n'importe quelle des catégories. Ce qu'on veut, c'est qu'il y ait au moins un par établissement. On a suggéré qu'autant que possible le membre qui provient de l'établissement, le plus souvent possible, soit un des membres élus. Parce qu'il y a certaines personnes dans les C.A. actuels qui ont des mandats électoraux, et on veut le plus possible les préserver.

Les autres balises qui sont données, c'est donc de tendre vers l'égalité hommes-femmes, de tendre également de refléter les caractéristiques de la population, ce qui est important lorsqu'il y a des communautés culturelles, par exemple, dans la population, et qu'on tende vers une représentation équitable des missions — quand on parle de missions, on parle de la mission hospitalière, la mission première ligne, la mission hébergement — de façon à ce qu'il n'y ait pas une mission qui domine l'autre et que ce soit équitablement réparti.

Les membres effectivement sont dans deux grands groupes. Le groupe de gens qui travaillent dans le réseau de la santé et services sociaux, alors il y a un membre du CMDP, un membre de la commission infirmière, un membre de la commission multidisciplinaire, et il y a des ajouts qui à mon avis sont intéressants. Il y a un membre du personnel. C'est quelque chose qui était demandé depuis longtemps par les travailleurs du réseau de la santé d'être réintégrés dans les conseils d'administration, et c'est quelque chose qu'on fait. Il y a également une autre nouveauté qui est un médecin oeuvrant en cabinet privé sur le territoire d'une instance locale, ce qui va certainement favoriser la survenue d'ententes de services entre les cabinets de médecins et l'entente locale. Et il y a également une autre nouveauté qui est un clinicien des services. Quand on dit un clinicien, on veut dire quelqu'un qui s'occupe du monde. Pas quelqu'un qui gère des programmes, quelqu'un qui s'occupe du monde. Et on précise que la profession de ce clinicien des services sociaux doit être une profession différente de celle du conseil multidisciplinaire. En clair, si c'est un travailleur social qui est là pour représenter le conseil multidisciplinaire, le clinicien des services sociaux, il faudrait qu'il soit autre chose qu'un travailleur social, par exemple un psychologue ou quelqu'un qui est dans le même domaine des services sociaux, mais dans une autre profession.

Les autres membres de la communauté, bien je pense que la députée les a résumés: membres de fondations, représentants des universités, représentants des milieux socioéconomiques, du milieu communautaire. Ce sont les représentants habituels qu'on retrouve sur nos conseils d'administration.

J'indique également qu'il s'agit de conseils d'administration provisoires qui ont une durée de deux

ans. Donc, nous avons un travail à faire au cours des prochains mois, c'est d'harmoniser la Loi de santé et de services sociaux avec la nouvelle réalité des réseaux intégrés et non de statuer sur la forme définitive que prendront les conseils d'administration tant au niveau régional qu'au niveau local.

Mme Harel: Les instances sont prévues pour quand? Les nouvelles instances, les futures instances.

M. Couillard: On a déjà commencé à en donner, des lettres patentes, parce qu'il y a la région du Bas-Saint-Laurent qui a terminé son intégration. Ils l'ont fait de façon volontaire avant le 30 avril, tous les réseaux sont formés. Et c'est vraiment intéressant de voir quelle est la dynamique qui est apparue dans cette région-là, et les lettres patentes sont faites. L'autre région pour laquelle nous avons entériné le modèle, c'est la Gaspésie—Les Îles-de-la-Madeleine, et pour ça les lettres patentes ne sont pas encore terminées.

Parce que le processus, c'est d'abord la signature des lettres patentes, et il faut que ça passe au Conseil des ministres à chaque fois pour les entériner. Donc, une fois les lettres patentes constituées, le conseil d'administration est formé. Le conseil d'administration, dans sa première réunion, nomme un D.G. intérimaire, et sa première tâche est de se nommer un ou une directeur ou directrice générale. Et le processus, je tiens à le répéter parce que les D.G., là, qui nous écoutent, qui voudront voir les transcriptions, c'est très important pour eux et elles compte tenu du décret qui régit leur profession. La première vague de concours — et je veux bien le clarifier — est un concours réservé aux D.G. en poste dans les établissements qui s'intègrent. Si cependant le conseil d'administration ne réussit pas à faire un choix parmi ces personnes, un deuxième concours, un concours public est alors ouvert, de sorte que la première occasion qui est donnée est donnée aux D.G. actuellement en poste dans le réseau.

Mme Harel: Alors, vous nous parlez des lettres patentes qui sont déjà émises, là, mais quand prévoyez-vous la fin de ce processus?

M. Couillard: Alors, si tout se déroule comme on l'entrevoit... Puis-je dire qu'actuellement tout se déroule selon l'échéancier qui avait été prévu, toutes les régions ont fait parvenir leurs propositions pour le 30 avril? Et je pense que, là, il faudrait prendre quelques instants pour les féliciter parce que c'est un travail considérable avec les consultations publiques. Ces propositions sont analysées. Au niveau ministériel, nous en faisons à ce moment-là, une fois l'analyse faite, l'adoption ou la modification, le cas échéant. On croit pouvoir... dans le domaine du possible que toutes les lettres patentes et ces conseils d'administration soient formés fin d'été, automne...

Une voix: ...septembre.

M. Couillard: Septembre, pour septembre 2004, on est assez optimiste pour dire que l'ensemble des lettres patentes vont avoir été faites, que l'ensemble des conseils d'administration seront constitués, et il y

aura également les nouveaux D.G. Et je tiens à féliciter les gens du réseau qui nous écoutent parce qu'il n'y a pas beaucoup d'endroits dans le monde où on aurait pu effectuer une transformation aussi importante dans un temps aussi réduit, et je pense que le crédit leur en revient. Le crédit ne revient pas au niveau ministériel, le crédit revient au dynamisme des gens sur place. Et donc automne 2004, septembre, le tout devrait être constitué, et pleine fonctionnalité donc début 2005. Mais déjà, dès l'automne, les conseils d'administration, les D.G. seront en place.

Mme Harel: Vous aviez prévu que ça se fasse en juin. Là, vous nous informez que ce serait à l'automne.

M. Couillard: Les lettres patentes, les premières lettres patentes vont être faites en juin. Et l'ensemble des lettres patentes vont probablement être complétées en juin, mais il y a d'autres formalités qui restent par la suite. Il faut en même temps nommer les conseils d'administration, il faut que les conseils d'administration choisissent leurs D.G. intérimaires puis choisissent leurs D.G. permanents. Il s'agit donc d'une phase de transition pendant laquelle on ne peut pas dire que le réseau intégré ou la nouvelle instance locale est pleinement fonctionnelle, là, il y a des... c'est une phase de transition, là, qui est nécessaire. Lorsque je parle de la cible de septembre, je parle d'une cible où les C.A. sont constitués, les D.G. nommés partout. On pense bien qu'à la fin juin le Conseil des ministres, nous l'espérons, aura terminé d'entériner toutes les lettres patentes des nouveaux établissements.

● (17 h 50) ●

Mme Harel: Vous dites fin juin et vous n'envisagez aucun débat autre que la décision du Conseil des ministres, c'est votre recommandation?

M. Couillard: Il y a eu un débat autour de la loi n° 25. Il y a eu un débat à chaque région par l'agence. Il s'agit de décision d'administration des services publics qui est rendue au niveau ministériel, et qui est entérinée au Conseil des ministres, et qui est appliquée.

Une voix: Selon la loi.

M. Couillard: Selon la loi.

Mme Harel: ...ça, je vous mets en garde, hein? Il y a une différence inestimable entre une législation puis son application, entre des lettres patentes puis ses opérations. Ça, vous...

M. Couillard: Puis d'ailleurs on le sait bien, M. le Président, que ce n'est pas la simple législation qui va favoriser l'intégration des services, c'est l'implication des gens sur le milieu. Mais, s'il y a une chose qui me, je dirais... je ne dirais pas que ça me surprend, mais qui me... vraiment me comble d'aise, c'est voir le dynamisme de toutes les régions du Québec. Il y en a qui ont très hâte de commencer à fonctionner. La plupart des régions, toutes les propositions sont rendues. Les gens veulent commencer, les gens veulent fonctionner sous ce mode d'intégration, et ça permet également de... Une fois les instances formées, il y a une autre étape qui est

le projet clinique, le projet d'organisation de services de chaque région qui doit également accompagner la mise sur pied des instances locales. Alors, tout ça se fait également, les projets cliniques, au cours de l'automne, là, automne 2004.

Mme Harel: Puis les négociations dans le secteur public vont amener à l'automne 2004 les mandats de grève légale à pouvoir s'exercer, puisqu'un certain nombre de syndicats... Je pense au Syndicat de la fonction publique du Québec, le SCFP, qui a demandé au ministre du Travail de nommer un médiateur, donc ça enclenche le processus de grève légale. Il en va ainsi aussi pour la Centrale des syndicats du Québec. Et je comprends qu'à partir du moment où il y a un médiateur qui est demandé au ministre du Travail, le compte à rebours de l'exercice d'une grève légale est possible. Je ne dis pas probable, mais possible. Et je comprends que les syndicats se plaignent que les offres patronales dans le secteur de la santé et des services sociaux n'aient pas encore été déposées aux tables de négociation. Ils sont en attente depuis des mois, ils font valoir que l'échéance était le 30 juin 2003. Nous en sommes un an plus tard. Et ils voient également, ils constatent qu'il n'y a pas de prévisions salariales depuis... dans les crédits de 2004-2005, qu'il n'y en a pas non plus dans le cadre des négociations avec les médecins omnipraticiens, ni les médecins spécialistes, ni les résidents. Alors, ça va être une grosse bouchée, ça, l'automne prochain, M. le ministre. Vous ne trouvez pas ça hasardeux, là, de mettre en place des nouveaux établissements au moment où la confrontation avec le secteur public peut avoir lieu?

M. Couillard: Bien, on parle de confrontation, j'aime plutôt envisager une entente certainement, une négociation avec l'exercice des droits de toutes les parties, incluant les travailleurs, le respect des services essentiels en cas d'arrêt de travail. Tout ça est bien codifié, je crois, dans notre législation. Et certainement qu'on va de notre côté procéder, l'élaboration du plan de dépôt patronal est en analyse au Conseil du trésor. La collègue députée sait bien comment ça fonctionne, elle a elle-même vécu ces périodes de négociations. L'ensemble de l'opération est chapeauté par le Conseil du trésor, et nous avons un rôle de négociation sectorielle. Et on a l'intention, une fois bien sûr qu'elles auront été validées par le Conseil du trésor, de déposer les offres sectorielles en santé et services sociaux.

Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

Mme Harel: M. le Président, je le gardais pour la fin, parce que ce n'est pas un dossier simple, là, c'est celui de l'informatisation. Alors, le ministre a fait état du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux qui se trouve sur le site Internet et puis qui a été rendu public il y a à peine deux mois maintenant. Je dois vous dire que des experts qui en ont fait l'analyse ont constaté que le mot «normalisation» revenait 20 fois dans le rapport et puis le mot «norme» 30 fois, alors que le mot «patient» était mentionné en tout et pour tout quatre fois seulement. Alors, on parle

beaucoup de développement de normes, de standards, de normalisation. Alors, il y a vraiment des phrases comme celle-ci, là: «Divers travaux tels que des cadres normatifs et des orientations technologiques constituent l'amorce de la mise en place d'un processus d'adoption de normes et de standards par divers intervenants du réseau sociosanitaire.» Et ça continue, en fait... Mais ce qui m'intéresse au-delà des normes et de la connectivité, c'est est-ce que ce système pourra servir, entre autres, à éviter des erreurs médicamenteuses ou médicales, là, mais qui ont des conséquences sur les patients?

Alors, de fil en aiguille, j'ai rencontré des personnes qui ont préparé un logiciel qui semblerait extrêmement intéressant à cet égard à partir de recherches qui avaient été effectuées par un savant professeur du Montréal General. Alors, il s'agit donc d'un logiciel qui aurait été à la fois financé par le ministère de la Santé et par le secteur privé, et c'est un logiciel qui permettrait d'éviter des erreurs médicamenteuses. Est-ce que le ministre est au courant de ce dossier-là?

M. Couillard: M. le Président, il existe une gamme immense de logiciels de ce type-là, là. Il s'agit de commencer à les voir défiler devant soi pour voir que le nombre n'est pas infini quand même, mais je dirais très important. Alors, juste quelques mots pour l'introduction.

Bien sûr, le projet d'informatisation du réseau de la santé, avant tout, c'est un projet clinique. Mais il faut effectivement qu'il y ait des normes, de la normalisation, c'est très important, c'est ce qui manquait, là. Également, en passant, le rapport du Vérificateur de 2002 était particulièrement éloquent à ce sujet-là, parce que ce qu'il faut certainement éviter, c'est d'avoir l'éclosion de services et de programmes à gauche, à droite qui n'ont aucune connectivité puis qui ne se parlent pas les uns aux autres. Ça ne me donne pas grand-chose comme patient si mon médecin de famille a un bel ordinateur connecté avec la clinique, mais que, si je vais à Trois-Rivières en vacances puis que j'ai un accident, je ne suis pas capable d'avoir la transmission de mes données médicales à ce niveau-là. Alors, il faut absolument qu'il y ait des normes, de l'harmonisation. C'est des mots tristes, mais c'est mots qui doivent exister.

Lorsqu'on parle de ce qu'on veut faire, il faut se baser sur des objectifs réalistes et possibles dans la première phase d'informatisation, et certainement que la question des médicaments est au cœur même de ce qu'on entreprend. Alors, le profil pharmacologique des gens, particulièrement des personnes âgées, ça va être relativement aisé parce que les données existent déjà à la RAMQ pour les gens de plus de 65 ans. Donc, on devrait pouvoir constituer cette banque de données là. La présence d'un logiciel de prescription, un avisur de prescription, comme on dit, ce à quoi on a fait allusion, je crois que c'est le logiciel Purkinje qui est actuellement en déploiement dans certains groupes de médecine de famille ou un autre. En tout cas, il y en a plusieurs. Nous, on a retenu le logiciel Purkinje, mais je ne sais pas lequel exactement elle fait mention, là. Il y a également Iris, on me dit. Alors, vous voyez, il y en a un puis un autre.

Alors, également on veut qu'ils soient accessibles, les résultats de laboratoire et de rayons X, mais, tu sais, M. le Président, la députée sait bien qu'une fois qu'on aura fait notre lit sur le type de réseau qu'on veut avoir, qu'on aura les sommes disponibles, notamment avec la participation d'Inforoute Santé Canada, bien le processus qui va suivre, c'est un processus d'appel d'offres classique, là. Je ne suis pas ici pour dire que tel logiciel est préférable à un autre et je suis certain que la députée non plus ne veut pas s'engager sur cette voie qui est potentiellement difficile, à moins qu'elle ne veuille voir défiler dans son bureau de comté l'ensemble de l'industrie informatique au cours des prochains mois.

Mme Harel: Ce que vous disiez tantôt, M. le ministre, ça ressemblait étrangement à la carte santé, ça, c'est-à-dire pouvoir avoir l'état de son curriculum santé où que l'on soit au Québec. Est-ce que ce n'est pas là le projet de la carte santé?

M. Couillard: Bien, la première phase, c'est de faire ce qu'on a dit, là, l'essentiel du réseau informatique. Puis l'expérience de SI-RIL en particulier à Laval montre bien qu'on peut obtenir ça sans avoir à déployer une solution coûteuse et plus compliquée comme la carte santé. Alors, c'est l'avenue qu'on suit dans une première phase, parce que sinon on ne fera jamais rien. Si on attend d'avoir la Mercedes, là, puis la Cadillac pour tout le monde, là, on n'aura jamais rien. Si on se concentre avec un déploiement par phases, dans la première phase, c'est les priorités. Alors, le profil médicamenteux, l'avisur de prescription, les requêtes-résultats de laboratoire puis de rayons X, déjà c'est un progrès, là, extraordinaire par rapport à la situation actuelle. Alors, si on réussit à implanter ça au Québec, déjà on aura fait une très bonne action pour les patients du Québec, et c'est 80 % des besoins.

● (18 heures) ●

Qu'est-ce qu'on peut ajouter par-dessus ça? Bien, bien sûr, éventuellement on peut ajouter la transmission des images de radiologie puis des choses qui deviennent un peu plus intéressantes. Mais, vous savez, pour le médecin de famille qui voit un patient qui est sorti de l'hôpital, le fait de voir ou pas les images, ce n'est pas ça qui est vraiment prioritaire; il veut voir le rapport, puis il veut voir le rapport des analyses, puis il veut voir la feuille sommaire d'hospitalisation, puis il veut voir la liste des médicaments que son patient prend. Et ça, ça va éviter des erreurs, le fait qu'on ne prescrive pas deux fois au patient un même médicament ou deux fois des médicaments qui ont une interaction l'un avec l'autre. Je pense que, ça, c'est une façon d'éviter des erreurs.

Mme Harel: Le projet que vous mentionnez est intéressant à Laval, mais il n'est pas connecté, là, en connectivité avec d'autres, il ne dessert que Laval.

M. Couillard: D'où l'idée de la normalisation. Ce qu'on veut, c'est que les autres systèmes qui vont être ouverts ou disponibles dans les autres régions du Québec répondent à des normes, une normalisation — c'est dommage, mais ce sont les mots, là, qu'il faut utiliser — de façon à ce que ces systèmes puissent se

parler. Et il y a même actuellement, dans le domaine informatique, des firmes qui se spécialisent dans des logiciels ponts entre les différents systèmes de transmission de données. Alors, la technologie là-dedans va naturellement encore plus vite que nous, et on veut s'y adapter, mais je pense que la stratégie qui risque le plus de nous réussir est de nous fixer les objectifs réalistes qui ont tout de suite un impact sur la clinique et la pratique médicale. Le système SI-RIL — on me donne une information intéressante — ça regroupe actuellement, à Laval, 10 cliniques privées, 107 médecins et un hôpital. C'est quand même très intéressant, puis on veut, le plus vite possible, que l'ensemble des patients du Québec, là, aient accès à ça.

Ventilation des frais de traiteurs

Mme Harel: Lors du congrès de l'Association médicale du Québec, j'ai eu l'occasion d'échanger avec à la fois les utilisateurs, c'est-à-dire les médecins en clinique privée, mais aussi des concepteurs. Dans les crédits que nous aurons à adopter, M. le Président, il y a diverses informations, et une qui a attiré mon attention, c'est celle que l'on retrouve à la page 175, et vous allez m'expliquer comment il se fait qu'il y a pour... Je crois que c'est 250 000 \$ de factures, 250 283 \$ de factures de traiteurs. Alors, ça va de la page 175 à la page 185, il y en a pour 10 pages. Moi, j'ai calculé avec mon adjointe qui était avec nous il y a quelques minutes, j'ai calculé que cela faisait 1 000 \$ par jour ouvrable, puis jours ouvrables incluant Noël, jour de l'An puis Pâques. Alors, c'est quand même considérable.

M. Couillard: Bien, M. le Président, je rassure tout de suite la députée, ce n'est pas moi qui ai mangé tout ça. Maintenant, ce qui serait...

Le Président (M. Copeman): Moi, ça me tente de rassurer tout le monde, moi non plus.

M. Couillard: Ce qui serait intéressant, c'est de comparer avec les années précédentes. Je n'ai pas le chiffre comparatif, là, mais ça ne me paraît pas à première vue scandaleux compte tenu de la taille du réseau, du nombre de personnes qui travaillent bénévolement sur différents groupes de travail auxquels on fournit, lorsqu'ils viennent à Québec, la nourriture. Tous nos groupes de travail, tous nos comités bénévoles, le Conseil du médicament, tous ces gens-là travaillent bénévolement, et le moins qu'on puisse faire, c'est de les aider à supporter leurs dépenses. Je ne crois pas que ça ait été différent dans les années précédentes. On pourrait sortir les dépenses des années précédentes pour le comparer, là. Compte tenu de la transformation du réseau qu'on fait actuellement, de tous les groupes de travail qu'on a en cours, moi, je ne suis pas surpris, là. On pourrait sortir les cinq dernières années par intérêt pour voir qui mange plus. Ha, ha, ha!

Mme Harel: Il y a, par exemple, des factures de 23 315 \$. C'est quand même considérable, là, et il y en a quelques-unes comme celles-là. Alors, il faut être une grosse gang, là. Excusez-moi, là, mais vous savez que, pour une facture, 23 315 \$, ou 8 401 \$, ou — en fait, je

les prends comme ça, au hasard, là — ou 10 180 \$, ou 20 000 \$...

M. Couillard: ...

Mme Harel: Bon, la question précise qui était posée, c'était la liste ainsi que les montants versés à chacun des traiteurs ayant fait affaire avec le ministère, incluant les cabinets ministériels et organismes, mais les agences ne sont pas incluses là-dedans, là. Ce n'est pas les restaurants, c'est les traiteurs. C'est-à-dire que c'est quand même 1 000 \$ par jour. Alors, il n'y a pas d'agences, là, les régies régionales ou les agences ont leurs propres budgets. Donc, ça s'ajoute...

M. Couillard: Encore une fois, pour avoir une estimation réaliste, il faudrait comparer, puis on va le faire, avec les cinq dernières années, là. Il s'agit, à première vue, là, il s'agit d'un vaste réseau auquel on demande beaucoup de choses. Ce soir, je vais au Gala des prix excellence du réseau, il y a un grand nombre de personnes qui sont là. Le Symposium du médicament également, il va y avoir de la nourriture qui va être fournie. Ce n'est pas quelque chose qui me renverse, là, M. le Président, je dois dire, là. Mais encore une fois on fera une étude comparative.

Mme Harel: ...que le Gala de l'excellence ne serait pas inclus parce que ce ne sont que des factures de 25 000 \$ et moins, alors que le Gala de l'excellence, c'est...

Une voix: ...

Mme Harel: Alors, quoi qu'il en soit, j'apprécierai, là, qu'on ait cette information, parce que de prime abord, en comparant avec les crédits des autres ministères qui seront adoptés cette année, c'est du simple au triple.

M. Couillard: Les dépenses en général puis le volume d'activité...

Mme Harel: Oui, du simple au triple, en fait.

M. Couillard: ...c'est même plus que ça, c'est... Le budget du ministère des Relations internationales, c'est 240 millions par année. Alors, ce genre de budget là, on ne peut pas le comparer à un budget de 20 milliards, là...

Mme Harel: Attendez, il ne faut pas confondre, là, M. le ministre. Là, on parle de traiteurs et on ne parle pas de réceptions à l'extérieur. Ça s'ajoute, ça, j'imagine. Bon.

Une voix: ...

M. Couillard: ...le ministère, ça, M. le Président, on les fait venir à l'endroit où le colloque a lieu, où la réunion a lieu.

Mme Harel: Ce qu'on m'indique, là, c'est qu'en plus de ce 250 000 \$ de traiteurs il y a aussi en plus les

contrats de moins de 25 000 \$ qui sont, par exemple, des contrats de frais de repas pour des réunions en santé publique. Ça s'ajoute, ce n'est pas un qui comprend l'autre. Alors, si vous voulez...

M. Couillard: Pas nécessairement...

Mme Harel: ...je n'ai pas fait l'exercice, mais on pourrait, en plus du 250 000 \$, ajouter tout ce qu'on retrouve au titre des contrats de moins de 25 000 \$, à la question 8. Mais ça, c'est un autre exercice, en fait.

M. Couillard: ...que ce soit compté deux fois, là, hein? Ce n'est pas impossible du tout que ce soit compté deux fois.

Mme Harel: D'accord, mais on apprécierait... J'aime autant vous en parler que ce soit dans *Le Journal de Montréal*. Alors, j'aime autant que vous nous donniez l'information.

Le Président (M. Copeman): ...va tellement vite, j'ai l'impression que j'observe un match de tennis, hein, c'est... Allez-y.

Mesures visant à éliminer les allergies aux produits d'entretien utilisés dans les établissements de santé

Mme Harel: M. le Président, au contraire, vous savez combien on apprécie votre présidence. Alors, j'ai aussi un dossier sur lequel je pense important d'attirer l'attention du ministre et du ministère. Peut-être, Mme Martel, qui fait beaucoup de représentations sur la question relative aux parfums, aux produits, aux produits d'entretien, aux allergies qui sont produites par ces produits d'entretien utilisés dans les établissements et évidemment aussi en dernière instance, là, aux problèmes d'intolérance que beaucoup de gens vivent... Alors, sur cette question, est-ce que le ministre a été sensibilisé?

M. Couillard: Oui, le mot «sensibilisé» est bien choisi dans le cas présent, là, mais je vais effectivement, là... On m'en a parlé, et puis il ne faut pas non plus prendre ça à la légère, là, c'est des inconforts importants quand quelqu'un a une allergie qui le rend malade, là. Et, bon, on me dit qu'il y a eu une réponse du directeur... d'un directeur à Mme Martel, qu'il y a eu une correspondance. Il y a un guide de la CHQ qui comprend une page traitant de l'intolérance aux produits chimiques à l'intention des gestionnaires d'établissements et l'exposition à des produits tels que les parfums. Le document de travail mentionne toutefois que certains médecins déconseillent de créer un environnement à exposition nulle, car la personne atteinte doit se créer un mode de vie où elle peut fonctionner adéquatement au quotidien. Le guide indique que certains établissements suggèrent d'éviter de porter des produits parfumés, d'autres suggèrent d'en faire une utilisation discrète. Donc, vous voyez qu'il n'y a pas de politique établie. Mais la Corporation d'hébergement du Québec a l'intention de diffuser, en automne 2004, un guide à l'intention du gestionnaire d'établissement sur cette question qu'encore une fois... Là, on fait un peu d'humour, mais je ne la

prends pas à la légère, là, quelqu'un peut devenir malade de façon importante s'il est allergique et mis en contact avec ces substances-là.

• (18 h 10) •

Mme Harel: Il y a des diagnostics d'asthme, d'allergie, de rhinite, de migraine, des affections cutanées et il y a une perte de tolérance aussi aux produits chimiques. Alors, évidemment les symptômes varient selon les individus, et ça varie en intensité, ça varie en sévérité. Mais il semble qu'il n'y ait pas eu d'actualisation, là, de ce document dont vous parliez, ce qui fait qu'il y a tellement de produits nouveaux sur le marché qu'il y a une recrudescence, là, d'allergies, y compris dans les établissements, chez le personnel comme chez les usagers.

M. Couillard: Bien, écoutez, j'indiquais tantôt qu'il y a un nouveau guide qui va être diffusé, là, donc réactualisé à l'automne 2004, et je vois également que notre consœur la députée de Taillon a été sensibilisée par la personne également. On me dit qu'il y a déjà des institutions au Québec, dont l'Institut thoracique de Montréal, le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, qui ont adopté des politiques visant à diminuer l'utilisation des parfums. On dit «diminuer». On ne dit pas «interdire», mais «diminuer» l'utilisation de parfums par le personnel et les visiteurs. Donc, il y a déjà des gestes qui sont posés, et encore une fois on va publier en automne 2004.. pas nous, mais la Corporation d'hébergement du Québec, un guide actualisé sur cette question.

Projet de maison de naissance dans les Laurentides

Mme Harel: Alors, M. le Président, j'aimerais également échanger avec le ministre sur les maisons de naissance. Je sens votre intérêt, il est à la hauteur du mien. Alors, je pense bien qu'à deux nous pouvons certainement susciter l'intérêt de nos collègues. Évidemment, je ne voudrais pas reprendre les questions et les réponses que le ministre vous a données, M. le Président, sur cette question-là, mais j'aimerais en particulier l'interroger sur la maison de naissance des Laurentides. Et cette maison de naissance des Laurentides a obtenu l'appui du conseil municipal de la ville de Sainte-Thérèse et a obtenu un appui de plusieurs intervenants, pour ne pas dire tous, là, de la région des Laurentides. Le député de Groulx, l'actuel député de Groulx, a fait des représentations également dont j'ai copie. Alors, l'ensemble de la région des Laurentides, qui est une région qui connaît un boom démographique extrêmement important qui est sans doute le plus important au Québec, c'est, je crois, la région avec peut-être Lanaudière... Mais la région des Laurentides est celle qui connaît le taux de natalité en plus forte progression, alors elle attend sa maison de naissance avec beaucoup, beaucoup d'impatience.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, on sait que le développement de la profession de sage-femme au Québec, on s'y est mis en pratique avec la conclusion d'un protocole d'entente entre les CLSC et les hôpitaux qui va d'ailleurs se répéter dans d'autres régions. Puis je

suis heureux même d'annoncer que, cette semaine, le Conseil des ministres a adopté deux règlements qui étaient attendus depuis longtemps par les sages-femmes: l'un sur la pratique de l'accouchement à domicile, l'autre sur les conditions de transfert de la responsabilité d'une parturiente à un médecin spécialiste dans certaines conditions spécifiques. Alors, je crois que voilà un autre geste concret qui témoigne de notre engagement là-dedans.

On sait que, la question de la maison des naissances des Laurentides, ça fait depuis 2001 que le projet est déposé, là. Écoutez, bien sûr on est favorable à ce qu'il y ait plus de maisons de naissance, mais, comme tout projet immobilier, ça représente des coûts, et il faut que le projet soit priorisé par la région — ça me paraît important — d'abord. Mais ce que j'aimerais dire, c'est que j'ai rencontré des groupes de sages-femmes à mon bureau à Montréal, puis j'ai été encouragé par leur façon de présenter ça parce qu'elles m'indiquaient que, pour avoir des maisons de naissance, ce n'était peut-être pas nécessaire tout le temps de faire des grosses constructions, qu'on pouvait soit adapter une maison qui existait ou soit uniquement adapter un CLSC, par exemple, faire une extension à un CLSC pour en faire une salle de naissance finalement dans certains petits milieux. Et donc on sait que les gens ont embauché des chargés de projet dans les Laurentides. Il y a la Montérégie également qui veut développer des projets.

Le projet de loi est priorisé par l'agence, et c'est clair, là, il faut que... La première étape, s'ils veulent pousser leur projet, c'est qu'il faut que l'agence des Laurentides en fasse une priorité en termes de projet immobilier, et évidemment ça, c'est toujours difficile parce qu'il y a tellement de priorités en immobilisations en termes de CHSLD, agrandissement de salles d'urgence, et autres. D'un autre côté, ce n'est pas nécessairement des projets très coûteux, surtout si on adopte des solutions autres que celle d'une construction d'un bâtiment neuf. Et moi, mon engagement que j'ai donné aux sages-femmes quand je les ai vues et également au public, c'est que je voulais que les femmes aient le choix du lieu de naissance, soit le domicile, soit la maison de naissance, ou l'hôpital, et que, dans les trois endroits, elles puissent être bien sûr suivies par des sages-femmes. Alors, je vais faire ce qu'il faut pour pouvoir développer ce projet-là.

Et on sait que ça fait 10 ans que la Corporation des maisons de naissance des Laurentides réclame l'accessibilité, là, aux services de ce côté-là. Il y a un budget qui a été octroyé pour 2004-2005 et 2003-2004 au CLSC Arthur-Buies, je crois, dans une solution de remplacement, et on veut vraiment, là, que l'agence s'engage à travailler de concert avec ce CLSC là pour évaluer tout ce qui peut être possible comme solution alterne à un gros projet d'immobilisations qui, par sa nature même, pourrait être difficile à prioriser. Alors, moi, j'invite les gens en région de bien sûr travailler avec l'agence, avec tous les partenaires du réseau pour bien évaluer la faisabilité de l'implantation dans les Laurentides en maison de naissance, et surtout d'envisager des solutions immobilières moins coûteuses que la construction d'un nouveau bâtiment, et encore une fois que ce soit priorisé par leur agence régionale.

Mme Harel: Vous parlez d'une subvention au CLSC Arthur-Buies qui travaille très étroitement avec la maison des naissances des Laurentides. Ils ont même développé conjointement, je crois, un plan par étapes successives, là, de réalisation de la maison des naissances et également de la réalisation d'un point de services, parce que Laurentides, c'est un immense territoire, hein, la région des Laurentides. Quel est le montant qui a été octroyé au CLSC Arthur-Buies?

M. Couillard: Les deux exercices financiers 2003-2004, 2004-2005, donc pour le temps que ça prend à évaluer le projet puis à l'agence de faire un consensus autour de la question, c'est 75 000 \$ qui a été attribué comme subvention au CLSC.

Mme Harel: Vous savez que le maire de Sainte-Thérèse a offert au groupe communautaire, là, qui s'appelle la maison des naissances des Laurentides et au CLSC qui les appuie un terrain zoné communautaire pour y implanter la maison de naissance. Alors, c'est donc déjà une contribution importante, là, d'une ville. C'est quand même, je pense, à mettre en lumière, cette contribution d'une ville à... Donc, déjà le terrain est là. Alors, est-ce que... Ce 75 000 \$, c'est sur deux ans?

M. Couillard: C'est non récurrent sur deux ans, 2003-2004, 2004... dans le cadre d'un projet pilote, là, d'évaluation. Mais, pour revenir à ce qui vient d'être dit, c'est bien que la ville ait offert un terrain, là, bravo! Mais, si on veut donner le maximum de chances à un projet de se développer, moi, j'encouragerais tous les partenaires à évaluer d'autres possibilités que la construction d'un nouvel édifice: l'achat d'un édifice existant puis sa transformation et son adaptation, la construction d'une extension à un CLSC. Ce sont les sages-femmes elles-mêmes qui, lorsqu'elles sont venues me voir, m'ont fait état de ces possibilités-là, parce que, moi, je les mettais devant la difficulté de créer des gros projets immobiliers dans toutes les régions qui, compte tenu de la mécanique de nos projets d'immobilisations, risquent de prendre des années et des années avant de se compléter.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Parce que vous voulez passer la parole à d'autres?

Le Président (M. Copeman): Oui. Bien, on a fait un bloc de 48 minutes, imaginez-vous, c'est plus...

Mme Harel: Auparavant, M. le Président, là, c'était 15 heures.

Le Président (M. Copeman): Je comprends, mais on vient de terminer un bloc de 48 min 29 s. C'est l'équivalent de plus que deux fois un bloc, alors ça m'apparaît... J'ai une demande d'intervention à droite, nous allons revenir à la gauche.

D'ailleurs, M. le ministre, la suggestion que vous faites pour... ou qui est faite pour l'achat d'autres bâtisses, ou la rénovation de bâtisses, ou autre chose m'apparaît intéressante. La Maison de naissance Côte-des-Neiges,

où ma fille est née, est effectivement une bâtisse qui est un ancien presbytère de l'église à côté. Je ne connais pas les coûts de transformation, mais je suis pas mal certain que ça a coûté moins cher que la construction d'un centre neuf.

• (18 h 20) •

Et ça a été, comme je l'ai déjà mentionné, un processus absolument fantastique. Nous étions tous les deux, moi et mon épouse — j'aurais tendance à dire tous les trois, ma fille à moi également — très contents de tout le déroulement de cette magnifique... 24 quelques heures ensemble, à peu près. Ça a duré à peu près 24 heures au total, oui. Non, c'est assez... le troisième enfant, c'est assez rapide, hein, on ne niaise pas. Non, mais ça, c'est au total, ça, c'est après aussi, là, tu sais, c'est... Je ne parlais pas uniquement de l'avant, je parlais de l'après. Somme toute, ça a été une expérience très positive pour tout le monde. Un peu douloureux, mais on peut comprendre que c'est la nature des choses.

M. le député de... pardon, Rouyn-Noranda — la fatigue un peu — Témiscamingue désire intervenir. Alors, allez-y, M. le député.

M. Bernard: Merci, M. le Président. C'est ma deuxième commission aujourd'hui, puis les gens ont beaucoup de difficultés, les présidents, avec le nom de mon comté. Alors, je pense qu'il va falloir faire une demande à la toponymie pour changer le nom du comté, ça a l'air à être difficile. Mais, tout ceci étant dit...

Le Président (M. Copeman): Dans mon cas, M. le député, il y a également un aspect linguistique qui me défavorise encore plus, alors...

M. Bernard: Oui, c'est vrai. Pour avoir côtoyé beaucoup d'anglophones dans ma vie antérieure, comme je dis souvent, quand venait le temps de prononcer Rouyn-Noranda, pour un anglophone, c'est un mot souvent très difficile. Le mot «Rouyn», pas Noranda lui-même.

Politique concernant les aidants naturels

Alors, ceci étant dit, M. le Président, je voudrais aborder le dernier bloc qu'il nous reste pour parler d'un sujet qu'on passe beaucoup ces temps-ci puis que je ne vous cacherai pas que, moi, me soulève beaucoup de questionnements, c'est celui des aidants naturels. Puis, pour vous illustrer un peu mon point de vue, moi, le 29 avril dernier, alors que M. le ministre célébrait sa première année en tant que ministre, de mon côté, c'était le 25^e anniversaire du décès de mon père qui était décédé alors que j'étais à l'université à l'époque. Mon père est décédé d'une maladie dégénérative qui, on le sait maintenant, s'appelle la maladie d'Alzheimer. Et je me rappelle beaucoup de l'époque, j'étais adolescent à ce moment-là, quand la maladie s'était déclarée. Elle était moins connue à cette époque-là, mais après ça on avait su que c'était cette maladie-là.

Quand on regarde la période tout au long que mon père a été à la maison et le moment qu'il soit en institution, il s'est passé une période autant je me rappelle... au moins quatre ans et un peu plus, et après ça mon père a été en institution pendant trois ans à

l'Hôpital Saint-Julien, de Saint-Ferdinand. Puis je me rappelle très bien de l'époque parce que mon père restait à la maison. Ma mère était fleuriste et elle travaillait à la maison. Et mon père est resté pendant les quatre années à la maison, et j'ai vu tout l'effort que ça a exigé à ma mère pour s'occuper de mon père. Parce que les gens, on a tendance à oublier, on parle d'aidants naturels, c'est... Quand on parle d'aidants naturels, c'est 24 heures sur 24. Et c'était très exigeant émotivement parce que mon père était encore dans la cinquantaine à ce moment-là quand ça s'est déclaré, vers la fin de la cinquantaine, et ma mère voyait naturellement passer ses jours avec mon père après sa retraite, chose qui malheureusement n'est pas arrivée. Alors, en plus d'être émotif, bien c'est exigeant parce que ça dégénère graduellement.

Ça avait commencé par... tout simplement, mon père oubliait ses mots, et tranquillement, après ça, il fallait constamment surveiller, ça prenait de la surveillance parce que les gestes que mon père pouvait poser n'étaient plus nécessairement réfléchis, et des fois ça aurait pu entraîner des accidents. Ma mère a été indirectement chanceuse parce que, avec le travail à la maison, il y avait des employés qui venaient l'aider, et qui étaient conciliants, et qui aidaient ma mère à ce moment-là, puis ils prenaient soin de mon père. Également, moi, j'étais le dernier d'une famille de neuf enfants puis j'avais encore quelques-unes de mes sœurs à proximité qui venaient donner un coup de main à ma mère. Donc, ça donnait un support, parce que, comme je disais, c'était très exigeant. Puis je me rappelle, pour vous dire émotivement... aussi je me rappelle d'avoir entendu ma mère pleurer les soirs, puis tout ça, parce qu'elle était seule, puis il est difficile de se confier aux personnes.

Alors, quand je vois maintenant comment que les familles sont rendues... Écoutez, on parle maintenant des petites familles. Souvent, les gens, quand c'est... Comme je regarde, par exemple, en Abitibi-Témiscamingue, souvent les enfants sont partis à l'extérieur, et les familles plus petites, il y a moins de personnes pour seconder le conjoint, souvent, qui est la personne aidante. Je vais vous dire objectivement, M. le Président, puis c'est ça un peu que je veux savoir par rapport... un peu l'avis de... l'opinion un peu ou la perception de M. le ministre, parce que, objectivement, je vais vous dire, quand on parle d'une politique d'aidants naturels dans le contexte actuel, je me demande si c'est une politique souvent que je pourrais qualifier de réaliste. Réaliste parce que ce n'est pas... surtout dans une maladie dégénérative. Comme je vous disais, ça a été quatre ans à la maison, puis après ça ma mère, le jour que mon père était rendu assez... je vous dirais, dans un état où que ma mère a décidé de le placer... puis, les trois dernières années, là il était en institution, et ma mère a pu récupérer. Et quand je regarde ça, puis ça, comme j'ai dit, une maladie dégénérative qui est très longue, je ne suis pas convaincu. Je ne suis pas convaincu. On en parle, puis je sais que les gens, quand ils en parlent, ils ont une bonne volonté pour vouloir aider puis améliorer les choses de ce côté-là pour aider, puis on parle de soins à domicile.

Alors, moi, ce que j'aimerais demander à M. le ministre, c'est: Quel est l'état de la situation actuellement concernant les aidants naturels puis quel est exactement...

où en est le gouvernement, je dirais, dans la mise en oeuvre d'une politique d'aidants naturels? J'aimerais avoir la perception de M. le ministre à cet égard, M. le Président, s'il vous plaît.

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

M. Couillard: M. le Président, la meilleure façon d'aider les aidants naturels, c'est d'abord de déployer de meilleurs services de soutien à domicile. Alors, c'est ce qu'on a fait l'an dernier, c'est ce qu'on va continuer à faire cette année. On compte possible, avec ça, de mieux accompagner 136 000 personnes puis de maintenir presque 7 000 personnes de plus à domicile, alors que normalement elles auraient dû être en institution.

Notre groupe de travail sur les aînés en perte d'autonomie se penche spécifiquement sur la question des aidants naturels également tout en reconnaissant quand même que les familles ont également une responsabilité vis-à-vis leurs proches. Il ne s'agit pas de déresponsabiliser non plus les familles de la nécessité de s'engager au niveau de leurs proches, c'est de les soutenir dans les situations difficiles.

On sait que, depuis 1993, il y a un crédit d'impôt remboursable pour la personne qui s'occupe à la maison d'une personne âgée ou quelqu'un qui a une déficience physique ou mentale prolongée. Notre intention, on le sait, est d'augmenter ce crédit d'impôt, de favoriser également le financement d'organismes d'entraide, de soutien, de répit. Par exemple, cette année, en déficience intellectuelle, le gros, en fait la presque totalité de la somme de 5 millions qui est investie va en répit et soutien pour les familles.

Bon, il faut également améliorer l'accès aux services. On l'a dit l'autre jour que notre prochaine priorité serait, lorsque les sommes seraient disponibles, d'investir dans la liste d'attente et l'accessibilité aux soins. Et, cette année, on a voulu marquer le pas sur la nécessité d'accompagner mieux les familles qui sont souvent épuisées. Alors, c'est l'essentiel de ce qu'on fait actuellement et donc une combinaison d'une meilleure politique de soutien à domicile, soutien d'organismes, reconsidération du crédit d'impôt et également considération de ce problème-là dans le cadre des travaux de notre groupe ministériel sur les aînés en perte d'autonomie.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Bernard: Oui, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Pontiac, allez-y.

**Effets de la demande accrue de services
pour les personnes âgées
sur l'engorgement des salles d'urgence**

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. M. le ministre, moi, j'aimerais qu'on parle un peu de la situation des urgences. On sait qu'avec le vieillissement de la population souvent les personnes âgées ont besoin de soins et se présentent, je dirais, dans la majorité des cas, par ambulance au niveau des urgences. Je pense

qu'il y a eu une augmentation assez marquée de demande de services de ces clientèles-là.

Je regardais aussi à la page 283 les statistiques, le tableau de bord comparatif sur la situation des urgences, et je suis heureuse de voir que dans l'Outaouais, avec une augmentation assez substantielle de personnes qui se sont présentées et la façon qu'ils sont arrivés à l'urgence, on a quand même, je pense, une feuille de route assez intéressante. Ce qui veut dire que c'est un centre, le CHVO, qui aurait priorisé les soins à l'urgence, et ça, ça m'apparaît comme étant intéressant. Et ce n'est pas le seul d'ailleurs, il y a plusieurs des centres, quand je regardais le tableau, qui présentent une nette amélioration sur l'année passée.

Et j'aimerais ça, M. le ministre, que vous nous parliez un peu de ce qui a été fait, et de quelle façon, et quel type de plan il va y avoir pour maintenir où il y a des bons résultats, d'une part, et, deuxièmement, pour les urgences qui ont encore certaines difficultés, quelles sont les mesures en place pour les aider à arriver, dans le fond, parce que je pense qu'on vise, tout le monde, un objectif zéro de gens qui attendent sur les civières. Ça m'apparaît comme étant l'objectif qu'on doit, tout le monde, tenter à arriver. J'aimerais ça vous entendre là-dessus, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, bien sûr un des éléments d'accessibilité de notre système, c'est la situation de l'engorgement des salles d'urgence qui se vit d'abord par des séjours prolongés puis spécifiquement par des séjours de plus de 48 heures sur les civières. Alors, il s'agit de se donner, si on veut réussir, une marche avec des étapes qui sont réalistes.

● (18 h 30) ●

Alors, la première étape que j'ai fixée au réseau, c'est l'obligation, la forte nécessité de diminuer au maximum et même d'éliminer les séjours de plus de 48 heures sur civières.

Il faut savoir que c'est une situation qui est prévalente depuis des années dans notre réseau de santé, particulièrement dans nos grandes urgences de la région montréalaise où c'est effectivement là que le problème se concentre, également dans certaines institutions comme l'Hôpital de la Vallée de l'Outaouais, et, parfois dans la Mauricie également, on a des problèmes de ce côté-là, en Montérégie, à Granby, où il y a une très petite urgence pour la population. Mais l'expérience de 2003-2004 permet de conclure deux choses: d'abord, c'est que, lorsqu'on a un plan d'action vraiment attentif et spécifique et porté sur des urgences en particulier, celles-ci s'améliorent; deuxièmement, que l'action qui est à faire n'est pas une action nécessairement dans l'hôpital lui-même. La solution aux problèmes d'engorgement des urgences, elle se trouve à l'extérieur de l'hôpital; alors, une première ligne mieux déployée. Alors, c'est pour ça qu'on accélère le développement des groupes de médecine de famille et, à Montréal, des cliniques médicales associées pour l'accès au plateau technique des hôpitaux.

Les meilleurs soins à domicile, pour le maintien à domicile et les soins lorsqu'on quitte l'hôpital également et un meilleur accès également aux différentes ressources d'hébergement, autant institutionnel que non institutionnel, de façon à diminuer le pourcentage de

personnes qui attendent des lits de soins prolongés. Parce que, si vous regardez attentivement, comme je le fais, les statistiques, là, des urgences, presque tous les jours vous allez remarquer qu'il y a un lien direct entre le taux d'engorgement d'une urgence et le pourcentage de personnes en attente de lits d'hébergement dans les lits de soins aigus. C'est un des éléments qui est clairement en rapport.

Alors, ce qu'on a fait cette année pour les grandes urgences de Montréal, puis je réitère mon invitation à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve d'aller féliciter sur place les gens de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont parce que c'est probablement, avec quelques autres institutions où l'amélioration a été la plus notable et persistante, ça été de déployer... d'abord de s'assurer que, dans l'hôpital, même l'urgence devienne une priorité pour l'ensemble des personnes, autant des médecins que l'administration que le personnel.

Deuxièmement, de déployer autour de l'hôpital les meilleurs systèmes de soutien à domicile intensif, de suivi de personnes atteintes de santé mentale, de problèmes de santé mentale et de lits de réadaptation dans les hôpitaux comme Marie-Claret, par exemple, à Montréal, qui est très performant à ce sujet-là.

Et l'évidence montre qu'on a réussi à faire passer le taux moyen d'occupation au Québec de 113 %, dans l'année, à 100 %, cette année, c'est-à-dire que, si on regarde le portrait global, il y a une amélioration. Si on regarde certaines grandes urgences dans lesquelles on a agi de façon spécifique comme Maisonneuve-Rosemont, Sacré-Coeur, Charles-Lemoyne, Pierre-Boucher, le CHUM, ces urgences qui défrayaient la chronique depuis des années, et également il y a des résultats.

Maintenant, on n'est pas arrivés au terme de notre processus, on est encore loin d'une situation que je qualifierais de satisfaisante, mais on va continuer à déployer les actions dans le même ordre, c'est-à-dire investir autour de l'hôpital en soins à domicile, en hébergement, en réadaptation, également agrandir les salles d'urgence qui sont trop petites, là où la population a explosé et l'installation n'a pas suivi, je pense à l'hôpital de Granby en particulier, et continuer donc cette action au cours des prochaines années.

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

Intentions concernant un centre pour dialysés dans les Hautes-Laurentides

Mme Harel: Alors, M. le Président, nous en sommes à la presque fin de nos travaux. Peut-être avant de faire un bilan des échanges que nous avons eus, peut-être un bilan bref, là, j'aimerais peut-être interroger le ministre sur le centre pour dialysés dans les Hautes-Laurentides.

Mon collègue le député de Labelle lui a fait part, là, des conditions très pénibles auxquelles sont confrontés ses concitoyens des Hautes-Laurentides qui doivent se déplacer jusqu'à l'hôpital de Saint-Jérôme, parfois jusqu'à Laval, pour obtenir leur dialyse. Alors, c'est un service qui n'existe pas dans les Hautes-Laurentides, et plusieurs même ont quitté la région pour se rapprocher du centre de traitement; c'est le centre

hospitalier de Saint-Jérôme, qui est à 300 km, 400 km par jour.

Alors, il y a eu beaucoup de discussions autour, hein, de cette question-là, et je comprends qu'il y a finalement... peut-être qu'il y a une plus grande utilisation des infrastructures ou des ressources qui étaient disponibles au centre de santé de L'Annonciation mais qui ne sont pas encore équipés pour offrir ce traitement. Les personnes doivent souvent se déplacer trois fois par semaine. Alors, je ne sais pas si le ministre peut nous donner de l'information où en est rendu le dossier.

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

M. Couillard: Alors, effectivement l'augmentation de la clientèle qui nécessite de la dialyse à chaque année, c'est comme l'augmentation du cancer, hein, c'est répété et annuel.

Quand j'étais à Sherbrooke, on évaluait l'augmentation annuelle à à peu près 7 % à 8 %, minimum, le nombre de cas qui nécessitent la dialyse. Et bien sûr je suis au courant de ce projet puisque le député lui-même m'en a parlé à quelques reprises. C'est qu'il existe également des projets similaires au Québec qui ont été mis en application. Je veux les citer, parce que c'est des projets vraiment intéressants, desquels les autres régions peuvent s'inspirer.

Alors, il y a le projet à Québec — qui a été récompensé d'ailleurs — de dialyse ambulatoire dans un autobus. Moi, j'ai rencontré l'autobus quand j'étais à Charlevoix pour visiter un établissement, et c'est au même moment que l'autobus de dialyse était dans la région, et ça, c'est très, très utile.

Il y a un projet qui vient de commencer à Sherbrooke de dialyse à domicile — ça aussi, c'est très intéressant — où les gens ont une machine de dialyse chez eux, on leur apprend à l'utiliser puis ils se font eux-mêmes la dialyse. Et, dans le reportage que j'ai vu, le patient qui était interrogé disait même qu'il avait demandé à être retiré de la liste d'attente pour greffe rénale, tellement l'amélioration de sa qualité de vie avec la dialyse à domicile avait été importante.

Il y a également le concept des antennes, et c'est peut-être ce qu'on entrevoit pour les Hautes-Laurentides, parce qu'on ne peut pas avoir des néphrologues partout. Mais, par contre, les moyens de communication actuels permettent à un néphrologue qui est dans un pôle régional de contrôler à distance une dialyse qui se ferait dans un hôpital de petite taille. Alors, c'est l'essence de ce projet-là.

C'est difficile pour moi aujourd'hui de confirmer quand est-ce que ce projet va voir le jour. Cependant, je vous mentionne que l'Agence des Laurentides bénéficie, comme toutes les régions du Québec, d'augmentation de ses crédits, particulièrement Laurentides, puisqu'il s'agit d'une région sous-financée qui va donc bénéficier du nouveau mode d'allocation budgétaire en termes de pleine allocation des développements, donc que, si c'est son choix prioritaire, il est probable et possible que l'Agence ait les moyens de mettre en application ce projet.

Cependant, ça reste un choix qui doit se faire au niveau régional, et, moi, j'ai souvent indiqué que je ne désirais pas m'ingérer dans les choix que font les

agences. Je note quand même que, selon les derniers chiffres dont je dispose, le nombre de cas en hémodialyse traités à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme qui viennent des territoires des Hautes-Laurentides, c'est huit personnes. Donc, on ne parle pas d'un grand nombre de personnes, mais, pour chaque personne, on sait qu'il y a des inconvénients importants compte tenu des transports: les coûts de transport pour ces huit personnes, c'est 33 653 \$. Alors, ça, c'est une chose à être considérée.

Je reviens sur le projet d'unité mobile de dialyse. On est en train d'analyser l'impact de ce projet-là, les coûts, et c'est encore trop tôt pour dire si on veut l'exporter dans d'autres régions du Québec, mais c'est possible si on trouve que c'est un projet qui est efficient en termes de coûts et de services, parce que ça nécessite également des budgets d'exploitation assez considérables.

Donc, en résumé, là, la question de la dialyse, c'est une clientèle qui augmente à chaque année; le besoin en services augmente. Il y a plusieurs façons de déployer les services, que ce soient des unités mobiles, la dialyse à domicile ou les antennes de dialyse. La région des Laurentides va bénéficier d'un ajout budgétaire important en 2004-2005. Elle a la possibilité, si c'est une de ses priorités, de développer ce service-là, mais bien sûr parmi les autres priorités qui lui sont présentées.

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

Politique de soins palliatifs

Mme Harel: Alors, M. le Président, je disais donc que nous en sommes à la fin de nos travaux, et il y a un certain nombre de dossiers, dont le dossier des soins palliatifs, que nous n'avons pas pu aborder. Nous avons demandé, dans les questions de l'opposition, les budgets qui étaient spécifiquement dédiés aux soins palliatifs, la réponse que nous avons eue étant qu'il n'y en avait pas, de budget, spécifiquement dédié aux soins palliatifs. Le ministre a annoncé une politique à l'égard des soins palliatifs. Quand sera-t-elle rendue publique?

Et quelle est la cible de redressement budgétaire qui a été donnée aux établissements de santé pour 2004-2005? On sait que la cible 2003-2004 est de 104 millions. Mais quelle est la cible de redressement budgétaire pour la présente année, là, compte tenu des crédits qu'on va voter?

(Consultation)

M. Couillard: Alors, la politique des soins palliatifs, elle a été rendue publique il y a déjà quelque temps, là, à l'occasion d'un colloque sur les soins palliatifs. Je peux la résumer de toute façon, là.

Le principe fondamental de cette politique, c'est le libre choix de la personne et l'adaptation des priorités selon les régions, parce que les milieux de fin de vie peuvent être le domicile, une maison de soins palliatifs ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre hospitalier. Il y a une gamme de possibilités.

● (18 h 40) ●

D'après les différents sondages, la vaste majorité des Québécois préféreraient terminer leur vie à la maison.

C'est le choix prioritaire des gens. Je pense que c'est plus de 90 % des Québécois qui, me dit-on, lorsque questionnés disent: Bien, moi, je préférerais vivre mes derniers jours chez moi.

Mme Harel: M. le Président, il y a certainement là une confusion, parce que mon adjointe a téléphoné au ministère qui a communiqué avec le cabinet, et la réponse que nous avons eue était que cette politique n'était pas disponible. Alors, peut-on nous la rendre disponible?

M. Couillard: Elle a été annoncée, elle est en édition actuellement et elle va être rapidement... Mais elle a été annoncée publiquement dans le cadre d'un communiqué...

Mme Harel: Hein? Parce qu'elle avait été annoncée, je voulais en prendre connaissance.

M. Couillard: Oui, mais elle sera disponible. Donc, je reviens sur ce que j'expliquais. Donc, il s'agit du concept de libre choix, je dirais, du milieu de fin de vie, et on sait que la vaste majorité des personnes souhaitent finir leurs jours chez elles. Donc, toute politique de soins palliatifs passe nécessairement par l'amélioration du maintien à domicile, et, dans l'enveloppe et les cibles de maintien à domicile, vont figurer des cibles attachées aux soins de fin de vie.

Les deuxièmes milieux possibles... J'ai un exemplaire ici qui n'est probablement pas le modèle luxueux de l'édition définitive, mais on voudra peut-être...

Une voix: Non, non...

M. Couillard: Ah! elle n'est pas terminée. Elle n'est pas terminée, je m'excuse, ce n'est pas le... On vous le fera parvenir dès qu'il sera édité.

Donc, pour ce qui est des deux autres milieux, surtout la question des maisons de naissance: alors, les maisons de naissance... pardon, pas les maisons de naissance, les maisons de soins palliatifs. Alors, il faut actuellement considérer que... D'ailleurs, c'est au livre des crédits, en 2003-2004, il y a 3 350 000 \$ qui ont été consacrés aux maisons de soins palliatifs de fonds publics, parce qu'il y également des fondations et des associations qui contribuent. Pour 2004-2005, il faudra au moins prévoir la récurrence des budgets consentis en juin 2003 à la Résidence de l'Ouest-de-l'Île, 440 000 \$, montant qui s'ajoutait aux 200 000 \$ récurrents consentis en 2002 et à La Maison de Rouyn-Noranda, 100 000 \$; prévoir également la récurrence du budget consenti depuis deux ans au centre de jour de la Maison Michel Sarrazin, pour 67 500 \$; et des montants doivent être prévus pour la mise à niveau de certaines maisons existantes et certains projets comme Le Phare — Enfants et Familles. Il n'existe pas de maison de soins palliatifs pour les enfants adolescents au Québec. Alors, en 2004-2005, sur les 10 millions consacrés à la lutte contre le cancer, je réponds... je lis la réponse à la question, là, 133...

Mme Harel: On a lu la réponse, c'est bien. Mais je...

M. Couillard: Bon, je pourrais arrêter de la lire, là, mais c'est très intéressant pour la population de l'entendre.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Très bien. Oui, c'est intéressant, surtout le projet pour enfants, là...

M. Couillard: Oui.

Mme Harel: ...parce que j'ai rencontré les gens qui l'animent, si vous voulez.

M. Couillard: C'est ça. Oui.

Mme Harel: Alors, écoutez, il reste quelques minutes à peine, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): À peine.

Mme Harel: Donc, je voudrais d'abord souhaiter que, lors du prochain exercice des crédits, on n'ait pas cette liste de réponses «non pertinentes» qu'on a données aux questions posées. Il y a au-delà d'une trentaine de questions sur lesquelles on nous a dit que ce n'était pas pertinent d'en discuter, quand on sait que finalement cette discussion a lieu entre les députés ministériels et le ministre sur bon nombre de ces questions. Ce devait être une personne différente qui a préparé les réponses de l'opposition et les dossiers des députés ministériels. Mais il faudrait la prochaine fois que ce soit connecté.

Bon, ce que je constate, c'est qu'il y a 363 millions de déficit l'an dernier, et, là-dessus, le redressement budgétaire, la cible qui est demandée aux hôpitaux est de 104 millions; donc, l'an dernier, 259 millions certainement de déficit dit autorisé, ce qui est une nouvelle façon de voir les crédits. C'est-à-dire que finalement on permet de dépenser à crédit, puisque les opérations courantes se feront à crédit, l'an dernier et encore cette année, pour... l'équivalent, comme montant donc, c'est un demi-milliard, là, d'opérations courantes à crédit.

Je conclus également que l'équité interrégionale va être autofinancée dans des vases communicants. Le 30 millions dont le ministre nous a parlé va être prélevé des régions qu'on dit en excédent, sera prélevé sur leur budget, nouveau budget de développement en moins, et puis va être octroyé aux régions qui sont considérées comme étant en déficit. Mais c'est un 30 millions qui n'est pas en surplus de ce que les régions reçoivent mais qui est prélevé des budgets de développement qu'on leur avait pourtant fait miroiter.

Je constate également qu'il n'y a pas d'amélioration en matière d'urgences, particulièrement pour les patients séjournant 48 heures ou plus, puisque les durées moyennes de séjour sur civière sont demeurées relativement stables et que les statistiques démontrent, pour la durée moyenne de séjour, une augmentation de la durée moyenne et du séjour de 48 heures ou plus dans les urgences.

Alors, c'est décevant, M. le Président, puisque le gouvernement avait tellement annoncé qu'il mettrait fin aux attentes, il y a une liste de 40 000 personnes qui

attendent des interventions dans des délais médicalement non acceptables. Alors, c'est là très sommairement, n'est-ce pas, dit, le bilan de ces échanges que nous avons eus à l'occasion des crédits.

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

M. Couillard: Le plus sommairement possible, parce que, moi également, j'aimerais conclure ces débats. D'abord, pour saluer la façon dont ils ont été tenus, mais encore mieux que l'an dernier, moi, j'ai trouvé. C'est encore plus agréable que l'an dernier, c'est ma deuxième expérience, et je présume que la prochaine sera encore plus grande.

Je vais quand même devoir rétablir certains faits et auparavant remercier la collaboration du ministère et de toutes les personnes qui nous accompagnent du cabinet également, des collègues députés ministériels, collègues députés de l'opposition qui ont été présents, le personnel du secrétariat de la commission et bien sûr même M. le président.

Je vais rapidement — ne vous en faites pas — relever des points qui ont été mentionnés. Déficit autorisés: le gouvernement précédent a pratiqué l'art des déficits autorisés pendant des années, et je trouve ça un peu exagéré, là. Ce qu'on veut, c'est mettre en place une réponse adaptée puis le redressement des bases budgétaires rationnelles. Si on regarde la croissance des déficits, n'importe qui va pouvoir constater que c'est loin d'être une pratique nouvelle.

Deuxièmement, l'équité interrégionale: bien, il faudra nous expliquer s'il y a un autre moyen de faire quand on veut rétablir l'équité que de donner plus aux régions en déficit puis moins aux régions qui ne sont pas en déficit. L'avantage, c'est que c'est dans un contexte de développement budgétaire et de développement pour toutes les régions qui, toutes, voient leur budget augmenter, il faut le répéter.

Sur la question des urgences — et je vais terminer là-dessus — je suis toujours quand même... et je pense qu'on doit me reconnaître au moins cet aspect: je n'hésite pas à reconnaître certaines bonnes actions qui ont été posées par le gouvernement précédent. Et j'aimerais, dans le cas des urgences, qu'on soit honnêtes et qu'on regarde les chiffres récents, parce que les données aux crédits sont des données cumulatives, et, si on regarde les chiffres des dernières semaines, particulièrement dans l'hôpital du comté de la députée où il y a des résultats remarquables — et, le crédit, je ne le remarque pas, je ne le demande pas pour moi, je le demande pour les gens qui travaillent dans les hôpitaux — et, le moins qu'on pourrait faire, c'est reconnaître que, par exemple, à Maisonneuve, d'avoir une diminution de séjours de 48 de moins de 74 %, c'est quelque chose qu'on n'avait pas vu depuis longtemps et qu'on doit reconnaître publiquement. Et j'espère que, comme je le fais, la députée d'Hochelaga-Maisonneuve va vouloir à l'occasion souligner certains succès.

Adoption des crédits

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup. Alors, je mets aux voix les crédits, les programmes

relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux. Est-ce que le programme...

Mme Harel: Vote nominal, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Bien, je vais lire en premier lieu, hein? Est-ce que le programme 1, intitulé Fonctions nationales, est adopté?

Mme Harel: Un vote nominal.

Le Président (M. Copeman): Il y a une demande de procéder par vote nominal. Mme la Secrétaire de la commission.

La Secrétaire: M. Marsan (Robert-Baldwin)?

M. Marsan: En faveur.

La Secrétaire: M. Bachand (Arthabaska)?

M. Bachand: Pour, pour, M. le Président.

La Secrétaire: Mme L'Écuyer (Pontiac)?

Mme L'Écuyer: Pour.

La Secrétaire: M. Bernard (Rouyn-Noranda—Témiscamingue)?

M. Bernard: Pour.

La Secrétaire: M. Clermont (Mille-Îles)?

M. Clermont: Pour.

La Secrétaire: M. Auclair (Vimont)?

M. Auclair: Pour.

La Secrétaire: Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve)?

Mme Harel: Contre.

La Secrétaire: Mme Richard (Duplessis)?

Mme Richard: Contre.

La Secrétaire: M. St-André (L'Assomption)?

M. St-André: Contre.

La Secrétaire: M. Valois (Joliette)?

M. Valois: Contre.

La Secrétaire: Adopté. Le programme 1 est adopté.

Le Président (M. Copeman): Alors, le programme 1 est adopté. Non, c'est parce que j'hésitais. Est-ce que je n'ai pas le droit de vote, Mme la secrétaire?

La Secrétaire: Oui. Excusez-moi. M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Pour. Alors, le programme 1 est adopté.

Est-ce que le programme 2, intitulé Fonctions régionales, est adopté?

Mme Harel: Même vote.

Le Président (M. Copeman): Même vote? Même vote. Même vote.

Est-ce que le programme 3, intitulé Office des personnes handicapées du Québec, est adopté?

Mme Harel: Même vote.

Le Président (M. Copeman): Même vote? Même vote.

Est-ce que le programme 4, intitulé Régie de l'assurance maladie du Québec, est adopté?

Mme Harel: Même vote.

Le Président (M. Copeman): Même vote. Est-ce que les crédits sur les responsabilités du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2004-2006 sont adoptés?

Mme Harel: Même vote.

Documents déposés

Le Président (M. Copeman): Même vote. Alors, avant de compléter l'étude des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2004-2005, je dépose en bloc les cahiers des renseignements généraux et particuliers qui ont servi de référence pour l'étude de ces crédits.

● (18 h 50) ●

Je remercie beaucoup les parlementaires de leur participation ainsi que les collaborateurs et collaboratrices au ministère et au service de recherche de l'aile parlementaire du Parti québécois ainsi que, évidemment, les autorités de la table, les autorités de l'Assemblée nationale, les pages qui nous ont tellement bien servis pendant ce bloc de 20 heures d'étude du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Et, compte tenu de l'heure, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à demain, 9 h 30, afin d'entreprendre l'étude des crédits de la Condition féminine, c'est-à-dire le programme 5 des crédits budgétaires du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, demain, vendredi 14 mai, 9 h 30, ici... pardon, à la salle du Conseil législatif. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 18 h 51)

