



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 16 avril 2008 — Vol. 40 N° 33

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services
sociaux (5): volets Santé et Services sociaux

**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)	30,00 \$

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
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

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 mercredi 16 avril 2008 — Vol. 40 N° 33

Table des matières

Santé	
Discussion générale (suite)	1
Achat de deux avions-ambulances	1
Implantation d'un service de transport ambulancier hélicopté	2
Formation en techniques ambulancières	4
Services psychiatriques du Centre hospitalier Fleury à Montréal	5
Traitement des personnes atteintes de schizophrénie	5
Indexation des indemnités du Programme provincial et territorial d'aide aux personnes infectées par du sang contaminé	6
Augmentation des chirurgies bariatriques	7
Situation au Centre hospitalier Saint-Eustache	7
Services préhospitaliers d'urgence	8
Corporation d'urgences-santé	10
Accès aux services médicaux spécialisés	11
Formation en techniques ambulancières (suite)	12
Installation d'équipements de télémétrie dans les véhicules ambulanciers	13
Mise en application de la Loi facilitant les dons d'organes	14
Statut du centre de traitement de la psychose Le 388, de Québec	15
Organismes communautaires jeunesse	16
Financement des organismes communautaires	17
Délai de carence pour l'admissibilité et l'inscription au régime public d'assurance-maladie	18
Table de concertation pour venir en aide aux personnes atteintes du VIH-sida	19
Projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (suite)	19
Projet pilote de remboursement de pompe à insuline	23
Consommation d'alcool pendant la grossesse	25
Organisation des services dans l'Outaouais	27
Projet de loi fédéral sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels	28
Prime au personnel infirmier des urgences et des unités de soins intensifs	29
Ouverture de lits de posthospitalisation	29
Plan d'action en santé mentale	30
Services sociaux	32
Remarques préliminaires	32
M. Éric Laporte	32
Mme Louise Harel	33
Discussion générale	34
Protection de la jeunesse	34
Aide à la pédiatrie sociale	35
Budget des centres jeunesse	36
Programme Qualification des jeunes	36
Budget des centres jeunesse (suite)	37
Programme Qualification des jeunes (suite)	37
Charge de travail des intervenants dans les centres jeunesse	37
Maintien à domicile des aînés	38
Crédits accordés et dépenses réelles des établissements du réseau	39
Réadaptation physique et intellectuelle	40
Financement des organismes communautaires	41
Réadaptation physique et intellectuelle (suite)	42
Financement des organismes communautaires (suite)	42
Réadaptation physique et intellectuelle (suite)	42
Accès aux services médicaux spécialisés	43
Création d'un poste de commissaire aux droits des enfants	45
Suite donnée au rapport du Groupe de travail sur le régime québécois de l'adoption	45
Équipes multidisciplinaires en prévention du suicide dans les centres jeunesse	46
Règlement sur l'aide financière pour favoriser la tutelle à un enfant	46
Registre sur les signalements au directeur de la protection de la jeunesse	47
Processus de médiation dans les centres jeunesse	47

Table des matières (suite)

Nombre de fugues répertoriées par les centres jeunesse	47
Traitement des demandes d'aide provenant d'enfants en difficulté	48
Soutien aux familles d'accueil	49
Maintien à domicile des aînés (suite)	49
Réadaptation physique et intellectuelle (suite)	50
Financement des organismes communautaires (suite)	52
Document déposé	52
Pénurie d'orthophonistes	53
Plan d'action en matière de violence conjugale	54
Suite donnée au rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes	54
Prévention du suicide	56
Aide financière aux personnes utilisant un chien d'assistance	59
Homicides commis par des personnes souffrant de maladie mentale	60
Alimentation dans les centres d'hébergement pour personnes âgées	61

Autres intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Philippe Couillard

M. Éric Caire

M. Bernard Drainville

M. Claude Cousineau

M. Gerry Sklavounos

M. Pierre Reid

M. Martin Lemay

M. Russell Copeman

* M. Michel A. Bureau, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Mme Marie-Josée Guérette, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Note de l'éditeur: Les crédits du volet Promotion et développement de la Capitale-Nationale du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été étudiés à la Commission de l'aménagement du territoire le 14 avril 2008.

Le mercredi 16 avril 2008 — Vol. 40 N° 33

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (5): volets Santé et Services sociaux

(Neuf heures trente-huit minutes)

Le Président (M. Kelley): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Je constate quorum des membres de la Commission des affaires sociales, donc je déclare la séance ouverte.

Je vais rappeler le mandat de la commission. La commission est réunie, cet avant-midi, afin de terminer l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2008-2009. Cet après-midi, la commission débutera l'étude du volet Services sociaux de ces mêmes crédits.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Francoeur (Portneuf) remplace M. Roy (Montmagny-L'Islet); M. Lemay (Sainte-Marie—Saint-Jacques) remplace M. Bergeron (Verchères); et M. Cousineau (Bertrand) remplace Mme Lapointe (Crémazie).

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Pour l'organisation du temps, nous avons fait nos calculs hier soir, et il reste, pour le parti ministériel, 1 h 17 min, il reste, pour l'opposition officielle, 1 h 10 min, et, pour le deuxième groupe de l'opposition, 42 minutes. Alors, on va procéder dans trois tours de blocs. Alors, vos blocs, M. le député de La Peltrie... ou de l'opposition officielle, vont être 22 minutes, 23 minutes chacun, alors je ne vais être pas obligé de vous couper si rapidement que d'habitude.

Alors, sans plus tarder... Et j'aurais besoin du consentement, vu qu'on a commencé à et sept, de terminer à 12 h 37. Est-ce qu'il y a le consentement?

Une voix: Consentement.

Santé

Discussion générale (suite)

Le Président (M. Kelley): Parfait. M. le député de La Peltrie, la parole est à vous.

Achat de deux avions-ambulances

M. Caire: Merci, M. le Président. Alors, c'est une bonne nouvelle de savoir qu'on aura un peu plus de latitude.

Pour le premier bloc d'aujourd'hui, M. le Président, j'aimerais aborder avec le ministre le sujet du préhospitalier, notamment le fait qu'il y a un peu plus d'un an le gouvernement avait pris la décision de remplacer les avions-ambulances parce que les avions-ambulances arrivaient à la fin de leur vie utile, leur vie utile étant définie par le nombre d'heures garanti par le fabricant. Or, bon, il y a eu une élection depuis, il y a toutes sortes de circonstances qui ont fait que la décision a tardé, a tardé, a tardé, et récemment le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé l'achat de deux nouveaux appareils.

Je voulais savoir d'abord: Est-ce que ce processus-là, il est final? Parce que, d'un côté, on me dit: Oui, la décision est prise, et le type d'appareil a été déterminé; de l'autre côté, on me dit: Bien, non, c'est plus une volonté qu'une décision finale, le type d'appareil n'est pas encore arrêté. Alors, je voulais avoir de la part du ministre, là, un peu d'éclaircissements là-dessus, parce qu'on sait, M. le Président, qu'un coup l'appareil acheté il faut calculer, à ce qu'on me dit, là... puis là-dessus le ministre pourra apporter des précisions si nécessaire, s'il le juge utile, mais on me dit que c'est de 12 à 18 mois, le temps de préparer l'avion pour qu'il soit fonctionnel. Alors, à ce moment-là, comme on arrive à la fin de la vie utile des avions d'ici un an... À moins que le fabricant ait reconduit un certain bloc d'heures de garantie. Ça, c'est une autre information que le ministre pourra nous donner, là, si c'est le cas.

● (9 h 40) ●

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Effectivement, la décision a été prise, et c'est une décision arrêtée, là, au Conseil des ministres — et le processus d'appel d'offres est en cours de préparation actuellement — d'acquiescer deux nouveaux avions. Pourquoi deux nouveaux avions? Revenons un peu en arrière.

Le constat, c'est que, un, l'avion prend de l'âge. Je ne suis pas certain que l'épisode récent du train d'atterrissage a nécessairement à voir avec l'âge de l'appareil, mais disons que c'est un avion qui arrive de toute façon au bout de sa vie utile et qu'il fallait remplacer. Le constat, c'est que, comme il n'y a qu'un avion-ambulance — évidemment, on peut prendre l'autre du Conseil exécutif au besoin — il arrive souvent que cet avion est utilisé pour des cas dont la gravité ne nécessite pas la présence d'une équipe intensive permanente dans l'avion. Alors, la conséquence de ça, d'abord c'est un manque d'efficacité puis, deuxièmement, une certaine démotivation de ces équipes-là qui veulent faire de l'avion-ambulance pour, entre guillemets, l'adrénaline que ça donne puis la haute intensité de services médicaux que ça apporte. Alors, les deux avions neufs vont avoir deux missions un peu différentes: l'un va être un véritable avion-hôpital, si vous voulez, presque une salle de soins intensifs volante, et l'autre va être plus un avion-ambulance pour des cas un peu moins aigus.

Alors, les appels d'offres sont actuellement en rédaction. Tout ce qu'on a donné, c'est le type d'appareil requis, le type d'appareil requis, et il y a également des éléments à considérer tels que le contenu canadien demandé dans les appareils, qui va être précisé, je crois. Mais il n'y a pas de décision sur le fait qu'on va commander cet appareil-là. Il faut qu'il y ait un processus d'appel d'offres, mais il faut que les spécifications en soient le plus détaillées possible, et c'est ce qui est en train d'être fait actuellement.

M. Caire: M. le Président, dans les spécificités de l'avion qui est actuellement en service, il y avait la

particularité du train d'atterrissage, parce qu'on sait qu'il y a quelques pistes d'atterrissage, dans les régions très éloignées, qui sont encore sur la gravelle, et, pour un avion, ça peut être fâcheux pour la coque. Donc, on a fait un train d'atterrissage qui était particulier. Et ce qu'on me disait, c'était que ce type de train d'atterrissage là, dans les nouveaux modèles, dans les nouveaux appareils, ne se retrouvait pas. Alors, je voulais savoir est-ce que...

Et aussi peut-être préciser qu'il y aurait eu possibilité d'acheter le même type d'appareil avec peut-être 5 000 ou 6 000 heures de vol, donc usagé mais à 5 000 ou 6 000 heures de vol, avec une enveloppe d'à peu près 20 millions. Là, je comprends que c'est 40 millions qui seront mis dans l'achat des deux nouveaux appareils. Juste préciser pourquoi. Est-ce parce qu'on a trouvé un appareil neuf qui répondait à ces spécificités-là, parce qu'on a décidé de paver les pistes d'atterrissage qui étaient encore sur la gravelle? Comment la décision, comment les spécificités ont été établies par le ministère de la Santé? Et pourquoi des appareils neufs à 40 millions? Puis je veux vraiment une information, là, je ne dis pas que ce n'est pas une bonne décision, mais juste essayer de comprendre pourquoi on a fait ce choix-là.

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

M. Couillard: Évidemment, M. le Président, je vais donner les informations. On comprendra tous que je ne suis pas un expert en génie aéronautique, là, ni en avions. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que les options ont toutes été étudiées, notamment par les Services gouvernementaux et le Conseil du trésor, et entre autres la possibilité d'acquérir des appareils usagés, qui peut paradoxalement, à l'achat, coûter un peu moins, mais, à l'entretien, coûter plus. Alors, tout ça a été mis en balance, et à long terme il est préférable d'aller avec des appareils neufs encore une fois. Je pense que le député a compris pourquoi deux plutôt qu'un, je pense que j'ai expliqué tantôt, je ne répéterai donc pas l'explication.

On veut également — et je pense que ça devrait sourire à notre collègue — entreprendre des partenariats avec le secteur privé pour les navettes plus électives dans l'ensemble du territoire du Québec. Il y en a une actuellement dans le Nord-Ouest, mais on voudrait l'étendre pour l'ensemble du territoire.

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

M. Caire: Merci, M. le Président. Oui, effectivement je considère comme judicieux le fait d'avoir deux appareils, pour des raisons assez évidentes.

Par contre, M. le Président, puisqu'on est dans le transport aérien, problématique qui a été soulevée, c'est: le transport aérien gouvernemental répond à certains horaires plus qu'à certaines urgences. Donc, l'avion a sa run de lait, comme on dit. Et, dans certaines régions, je pense à l'Abitibi entre autres, ça a été soulevé comme étant un problème, parce que, si vous avez un transport à faire, transport urgent, et que ce transport là est nécessaire, mais que ce n'est pas la journée où l'avion du gouvernement atterrit, l'alternative, c'est de faire affaire avec un transporteur aérien privé, ce qui en soi n'est pas une mauvaise chose. Par contre, on y va à la pièce. Et ce qui était suggéré dans ces cas-là, c'était d'avoir une entente avec ces transporteurs-là et d'acheter, si vous voulez, un certain nombre de transports pour

diminuer les coûts, parce que ce que je comprends — puis là j'y vais de mémoire — le vol, un transport avec l'avion du gouvernement, c'est entre 600 \$ et 1 000 \$ pour le patient, et, quand on y va au niveau du transporteur privé, c'est 3 000 \$ et même plus, dans certains cas. Et il y aurait possibilité, semble-t-il, avec des ententes de gré à gré entre, par exemple, l'agence pour la région et un transporteur aérien, de diminuer et de donner plus de flexibilité, plus de possibilités pour le transport aérien.

Alors, je ne sais pas si c'est une problématique dont le ministre a été mis au fait, ou s'il y a des choses qui se font dans ce sens-là, ou si, avec les deux appareils, on va régler le problème en donnant un service accru.

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

M. Couillard: En fait, je vais reprendre: il y a deux appareils et un système de navette. Ce n'est pas deux appareils dont un système de navette. Il y a deux appareils qui servent soit pour des cas extrêmement graves soit pour des cas sérieux, urgents comme ceux que décrit le député mais qui ne sont pas de la même intensité que les premiers. Ça, c'est pour la totalité des transports urgents. Donc, le cas de figure que notre collègue soulève, qui serait un déplacement urgent, ne sera pas pris en charge par les navettes privées, mais par un des deux avions. C'est justement l'idée d'en avoir deux disponibles.

Pour les transferts programmés, c'est-à-dire les transports, exemple, le patient doit aller à Québec — ça arrive souvent, là — passer un examen cardiaque qui n'est pas disponible dans sa région, bien on sait le jour et l'heure du rendez-vous, on planifie ça d'avance.

Pour ce qui est des ententes avec les transporteurs privés, il y a des ententes actuellement, notamment en Gaspésie, entre les établissements... et aux Îles-de-la-Madeleine et dans la Baie-des-Chaleurs entre les établissements et les transporteurs privés. Alors, toutes les options sont utilisées. Mais le fait d'ajouter une navette élective aux possibilités qu'on a mais gérée par le privée, je pense, ça va nous donner encore plus de flexibilité, vu qu'on a déjà fait ça dans le Nord-Ouest avec succès.

M. Caire: Merci, M. le Président. Parce que le cas que je soulève est un cas qui a été porté à mon attention, notamment dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, au début de l'automne dernier. Donc, je comprends que ce problème-là est en voie de se régler avec la navette et avec effectivement des ententes.

Implantation d'un service de transport ambulancier hélicoptéré

M. le Président, un autre type de transport aérien qui est disponible, c'est le transport par hélicoptère. On sait qu'il y a des régions, puis on en a tous en tête — puis vous, M. le Président, puis le ministre, étant un grand pêcheur, j'oserais dire un grand pêcheur devant l'éternel — on pense...

Une voix: ...grand pêcheur, il ne parlait pas du poisson, là.

M. Caire: Non, pêcheur. Je n'ai pas dit «pêcheur», j'ai dit un «pêcheur».

M. Couillard: Je fais le plus possible, je fais...

M. Caire: Un grand pêcheur.

Une voix: ...

M. Caire: Un pêcheur, c'est quelqu'un qui fait des péchés, puis un pêcheur, c'est quelqu'un qui... Voilà. Est-ce qu'on a une autre bière, M. le député?

Une voix: On a pris du temps sur votre...

● (9 h 50) ●

M. Caire: Mais, non, plus sérieusement, M. le Président, on a tous en tête des situations où le transport par hélicoptère est le transport le plus efficace. Or, il semble y avoir un conflit ou mésentente avec un transporteur actuel, qui est AirMédic, qui donnait le service, évidemment qui est une entreprise privée qui offre une adhésion aux citoyens du Québec et qui donne ce service, et service auquel réfèrent très souvent les agents de la Sûreté du Québec dans les parcs nationaux, entre autres. Et il semblerait qu'il y ait une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux pour ne plus faire affaire avec AirMédic.

D'abord, je voudrais que le ministre confirme ou infirme cette information-là: Est-ce que c'est vrai, est-ce que c'est faux, premièrement? Et, deuxièmement, est-ce qu'il y a un plan de développement soit par partenariat ou d'autres façons pour développer le transport aérien par hélicoptère? Parce qu'on sait que, bon, le transport aérien, l'avion, ça nécessite certaines conditions, puis on parle d'une efficacité mais dans des distances d'au-delà de 250 km. Or, à l'intérieur de 250 km, il semble que le transport par hélicoptère soit le plus efficace, et il semble là-dessus qu'il n'y a pas vraiment de développement au niveau du ministère. Donc, je voudrais savoir, là, qu'est-ce qui est dans les cartons du ministère, M. le Président.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, on est en fin de préparation d'un plan effectivement, et je me suis personnellement beaucoup intéressé à cette question-là parce que j'ai constaté que, dans d'autres provinces canadiennes, l'Alberta et l'Ontario par exemple, on dispose d'un service de transport hélicoptéré qui ne vient pas remplacer, mais compléter la gamme d'options de transport. Comme a dit judicieusement notre collègue, c'est une question de rayon puis de distance, c'est-à-dire qu'il y a des patients qui sont trop loin pour l'ambulance puis pas assez loin pour l'avion, et ils sont un peu dans une zone grise. Alors, on est en train de compléter, au ministère, la préparation d'un projet très concret de transport hélicoptéré.

J'indique tout de suite pour dire qu'il n'y a pas de conflit avec AirMédic, là. Lorsqu'on va déposer ce projet-là, ils auront le loisir de déposer une proposition. Lorsqu'on va faire, par exemple, une demande de propositions ou une invitation de propositions sur le développement d'une première base hélicoptérée, par exemple ici, à Québec, AirMédic aura tout le loisir d'entrer en compétition avec d'autres types d'organisations, la différence étant... AirMédic est une organisation, sauf erreur, sans but lucratif, une fondation. Il peut y avoir des organisations à but lucratif également qui veulent — et c'est leur droit — déposer des propositions. On va certainement le regarder avec intérêt.

Il y a un parallèle à AirMédic en Alberta, qui est un peu le même modèle, là. Moi, je les ai rencontrés, les gens d'AirMédic, et je trouve ça intéressant ce qu'ils font. Mais on ne peut pas non plus dire que c'est garanti que c'est eux qui vont avoir le contrat.

Alors, ce qu'on veut faire, dans ce projet-là, c'est, d'une part, régler la question des transports santé en grande majorité des cas, et particulièrement les transports interhospitaliers. Il faut souvent résister un peu à la notion d'aller chercher les gens directement sur une scène d'accident dans le milieu de l'autoroute avec l'hélicoptère puis les amener à l'hôpital. Ce qui est recommandé par nos spécialistes en traumatologie, c'est plutôt les stabiliser immédiatement à l'hôpital régional et de là, de l'hôpital régional, les amener par hélicoptère, par exemple, ici, à l'Hôpital de L'Enfant-Jésus.

Cependant, dans le projet qui est demandé, qui est mis sur pied actuellement, suite à des consultations avec la Sûreté du Québec et le ministère de la Sécurité publique, on nous a demandé d'ajouter un volet sauvetage au programme hélicoptéré qu'on déploierait pour les milieux qui sont difficiles d'accès, exemple en forêt, ou en montagne, ou ce genre... Dans le parc des Laurentides, je pense, c'est un excellent exemple. Le député sait qu'il y a eu des problèmes associés au transport ambulancier dans cette région-là. Mais voici une zone dans laquelle le transport hélicoptéré peut certainement apporter des bénéfices considérables.

Alors, on me dit qu'on est très près de nous présenter, au niveau de mon équipe, là, le plan tel qui est proposé actuellement, et par la suite on l'acheminera au Conseil du trésor, selon les méthodes habituelles de décision gouvernementale. Mais je dois dire que, du côté du Conseil du trésor, on est ouverts. D'ailleurs, on nous a demandé, après qu'on l'ait proposé, de mettre sur papier ce plan pour leur proposer. Je crois que ça va faire un beau complément aux options qui sont disponibles. Donc, on aurait une option terrestre encore, dans la majorité des cas, une option aérienne longue distance et une option hélicoptérée.

Il y a également, et je termine là-dessus pour ne pas prendre trop de temps du collègue, là, il y a des conceptions anciennes qu'il a fallu revoir, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs années on disait que ça ne sert à rien de mettre sur pied le transport hélicoptéré parce qu'étant donné les conditions météo et autres les hélicoptères, pour un nombre important de journées par année, ne peuvent voler. Or, les appareils modernes peuvent voler de jour et de nuit, ont également des systèmes de navigation qui font que, bien qu'ils ne puissent pas tout le temps voler... il y a certainement des conditions climatiques qui les rendent inopérants, mais ce n'est pas le problème que c'était auparavant.

Donc, on est en train actuellement de finaliser ce plan-là, y compris les investissements nécessaires. Il est certain qu'on pourrait le faire et le déployer de façon séquentielle. Je dois dire, et, comme nos collègues également de la région, on en sera satisfaits, on a vraiment l'impression qu'on pourrait déployer la première base ici, dans la région de la Capitale-Nationale et par la suite étendre avec une base montréalaise. Avec une base montréalaise et une base à Québec, si on regarde les rayons d'action, on couvre la plus grande partie de la population, là, qui n'est pas couverte par l'avion-ambulance, qui nécessairement est difficilement atteinte par l'avion-ambulance. Alors, c'est un développement qui est très intéressant et dont je suis particulièrement heureux.

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

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Juste pour ma compréhension, quand le ministre parle d'une base à Québec... Parce que, si on adhère à la thèse que le transport hélicoptéré est efficace dans un rayon de 250 km, j'imagine que, les régions, dans le Grand Nord, l'Abitibi, on commence à dépasser ces rayons-là. Et, bon, je faisais référence, à la blague, tout à l'heure, à la passion du ministre, mais on pense à tous les chasseurs, les pêcheurs qui vont effectivement dans des zones où il n'y a pas d'accès, où il n'y a pas de piste d'atterrissage. Est-ce que — puis je veux juste comprendre — quand on parle d'une base à Québec, est-ce que c'est la base d'opération ou est-ce qu'il y aurait possibilité, par exemple au Saguenay—Lac-Saint-Jean, de déployer des bases d'opération aussi qui répondraient à la base de Québec?

Juste essayer de voir comment le... sans lui demander de dévoiler le plan avant qu'il le dépose, là, voir si on a quand même un schéma de couverture, là, pour toute la province, qui est respectueuse des caractéristiques et des avantages mais aussi des désavantages, parce qu'il y a des désavantages effectivement au transport hélicoptéré. Et, en complément d'information, M. le Président, si le ministre pouvait nous donner un ordre de grandeur à quel moment il entend déposer le plan en question.

Puis peut-être une troisième question, tiens, tant qu'à y être: D'ici à ce que le plan soit déposé et mis en oeuvre, est-ce qu'il y a des ententes qui sont prises avec AirMédic, là... — sans vouloir faire la promotion d'une compagnie, mais, que je sache, c'est le seul transporteur hélicoptéré au Québec — et s'assurer qu'il y aurait quand même une couverture qui est donnée? Parce que j'ose croire qu'il n'y a pas de mot d'ordre actuellement, là, de ne pas se servir de ces services-là lorsque les services sont requis.

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

M. Couillard: Bien, même si le député m'avait demandé de déposer le plan, j'aurais été obligé de le décevoir en lui disant que c'est des notes de travail et qu'il ne m'est pas possible de le faire. Mais les rayons d'action sont de 250 km. On parlait de 150 km; en fait, c'est 250 km. Je n'avais pas bien entendu. Donc, les rayons combinés nous feront passer depuis presque à Rimouski jusqu'à Hull, là, d'est en ouest, et, vers le nord, plus au nord que le Lac-Saint-Jean, vis-à-vis Québec, Dolbeau étant la base hélicoptérée ou le site d'atterrissage hélicoptéré le plus éloigné du rayon d'action par rapport à Québec. Et, par rapport à Montréal, on se rend jusqu'à la base immédiatement à l'entrée du parc de La Vérendrye, là, dans ce coin-là. Donc, on aurait un rayon d'action qui serait considérable avec ça, auquel il faut ajouter bien sûr l'avion-ambulance. Quand on parle du Grand Nord, bien cet avion-ambulance bien sûr prendrait en charge ces transports-là.

Et il n'y a pas de directive de ne pas faire affaire, mais on n'a pas de programme hélicoptéré actuellement. Alors, on pourrait peut-être éventuellement y aller au cas par cas. Mais ce n'est pas exact de dire qu'il y a juste un transporteur hélicoptéré. J'ai rencontré au moins une autre firme, dans mon cabinet, qui est intéressée également, éventuellement, à déposer une proposition dans le cadre de ça. Alors, il faut être prudent également dans le genre

de relations qu'on établit avec des prestataires de services, surtout lorsque la nouvelle se répand qu'on est à la veille d'aller en processus d'invitation.

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

M. Caire: Oui, M. le Président. Bien, simplement dire que je voulais donner l'opportunité au ministre de corriger l'information, parce que l'information que, moi, j'avais, c'est que les gens de la Sûreté du Québec avaient reçu instruction de ne pas faire affaire avec AirMédic. Alors, je voulais juste m'assurer que ce n'était pas le cas, que la Sûreté du Québec...

M. Couillard: Bien, la Sûreté du Québec, moi, je ne suis pas au courant honnêtement ce qui est fait dans la Sûreté du Québec. Au niveau d'AirMédic, il n'y a pas de conflit avec eux, là, on est toujours prêt à regarder les cas individuels et particuliers.

M. Caire: Parfait. Ça me...

M. Couillard: Mais je répète qu'on n'a pas actuellement de programme hélicoptéré, c'est ça qu'on est en train de faire, là. Mais on veut...

M. Caire: Non, ça, je le comprends. Mais justement, en attendant, pour pallier à ça, je voulais être sûr, là, qu'on ne fermait pas la porte à des services...

M. Couillard: Il faudrait y aller au cas par cas. Puis on va être très prudents, compte tenu du fait qu'il y a des développements qui arrivent et qu'il y a des appels d'offres, des propositions qui vont être faites. Je peux vous dire que, les entreprises, il y en a d'autres, hein, qui vont regarder ça d'un oeil un peu suspect.

● (10 heures) ●

M. Caire: Que l'on fasse affaire avec qui on voudra, mais en autant qu'on ne ferme pas la porte à ce service-là, parce que le gouvernement n'a pas le service établi.

Formation en techniques ambulancières

M. le Président, dans un autre ordre d'idées, hier, j'ai entendu le ministre parler des paramédics, parler d'un plan qu'il serait à mettre en oeuvre — qui ne répond pas d'ailleurs à ce qu'il y a dans le rapport Gauthier — sur les soins avancés. Le rapport Gauthier est resté assez discret sur cette question-là. Et c'est une discussion que j'avais eue avec le ministre, l'année dernière, dans le même cadre. Et il semblerait qu'il y ait une ouverture pour aller de l'avant avec une formation en soins avancés puis d'avoir des paramédics de niveau 3 avec une formation au niveau collégial.

Par contre, dans le cadre de la pénurie d'effectif qu'on connaît, est-ce qu'il est de l'intention du ministère d'ajouter la formation collégiale et de maintenir la formation professionnelle, ce qui donnerait effectivement, d'une part, des techniciens ambulanciers, d'autre part, des paramédics, pour quand même continuer, là, à alimenter le service préhospitalier, qui est en grave pénurie de personnel actuellement?

Puis on sait que la formation professionnelle, qui est la formation que nos techniciens ambulanciers

paramédics ont présentement, peut quand même donner, là, des gens capables d'intervenir sur le terrain. Et évidemment c'est une formation qui est moins longue que la formation collégiale. Puis là je veux être sûr que le ministre comprend bien ce que je dis, là. J'approuve une formation collégiale, j'approuve une formation de soins avancés, mais, dans le contexte où on doit quand même augmenter les effectifs rapidement, est-ce qu'il a l'intention de maintenir les deux programmes, c'est-à-dire d'ajouter le programme collégial et de maintenir le programme de formation professionnelle?

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

M. Couillard: Oui, tout à fait, M. le Président, et on veut... Et on l'a exprimé dès le rapport de l'Agence d'évaluation des technologies, il y a déjà quelques années, là-dessus, qu'on devait effectivement aller vers la diffusion des pratiques avancées. Il faut rappeler cependant que les pratiques ambulancières en général, au Québec, ne sont pas moins avancées que dans le reste du Canada, et il faut toujours faire cette mise au point là. Il y a des choses que nos ambulanciers font que d'autres ne font pas ailleurs, notamment certains médicaments ou certaines techniques. Il est exact qu'il y a des ambulanciers appelés paramédics, dans les grandes villes canadiennes, qui ont des formations plus poussées que les soins primaires ambulanciers. C'est la raison pour laquelle on veut également développer ce programme-là.

Pour fins d'information pour le collègue — et je le dis de mémoire, je peux me tromper de un ou deux, là — le statut de paramédic complet, ou pratique avancée, là, tel que défini ailleurs au Canada, comprend 27 protocoles cliniques, dont 12 actuellement sont déjà délégués par le Collège des médecins. Il en reste donc 15 à déléguer. Le Collège des médecins travaille actuellement sur cette délégation. Au Québec, et c'est différent des autres provinces, ça doit nécessairement passer par la délégation d'actes faite par le Collège des médecins. Mais je dois dire qu'il y a une collaboration importante de leur part, et on devrait être capables de compléter les protocoles, là, j'espère, d'ici quelques mois, là, si le Collège des médecins termine son travail de délégation. Mais encore une fois il n'y a pas de blocage de leur part, et je pense que là-dessus on doit s'en satisfaire.

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à cet échange. Et je suis prêt à céder la parole au député de Marie-Victorin pour un bloc de 15 minutes. M. le député.

Services psychiatriques du Centre hospitalier Fleury à Montréal

M. Drainville: Merci, M. le Président. J'ai cinq questions à poser au ministre. Ça fait trois minutes par question. On va essayer de faire ça le plus rapidement possible.

La démission des psychiatres à l'Hôpital Fleury. Ma collègue de Crémazie est très inquiète — elle aurait souhaité poser la question elle-même, mais elle vit un deuil dans sa famille. On nous informe que l'hôpital aurait possiblement trouvé des psychiatres. Est-ce que le ministre peut nous le confirmer, s'il vous plaît?

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

M. Couillard: En fait, je suis au courant qu'il y a une entente avec l'Hôpital du Sacré-Coeur, qui a été conclue pour assurer la continuité des services à Fleury. Est-ce qu'ils ont recruté des psychiatres nouveaux, permanents, là? Je l'ignore. Peut-être qu'on pourrait... Oui?

Une voix: ...

M. Couillard: On me dit que, oui, c'est exact. Mais je veux juste faire une brève remarque sur cette question-là. Il ne faut pas mésestimer l'aspect — ouvrez les guillemets — chicane de docteurs — fermez les guillemets — dans cette histoire-là. Ça arrive.

M. Drainville: Bien sûr que ça arrive. Est-ce que, d'après ce que vous savez... Il y aurait cinq psychiatres qui auraient annoncé leur départ. Est-ce qu'on en aurait trouvé suffisamment pour remplacer les cinq départs?

Le Président (M. Kelley): Avec consentement, Dr Bureau répondra à la question. Dr Bureau.

M. Couillard: Dr Bureau suit quotidiennement ou presque ce dossier, là. Il va pouvoir vous...

M. Bureau (Michel A.): En effet, il y a eu cinq départs annoncés. Il y avait deux recrues qui étaient aussi annoncées mais qui ne voulaient pas travailler dans le cadre de la pratique médicale de Fleury, qui avait besoin d'être modernisée. Il y a eu une association avec Sacré-Coeur, et ses psychiatres sont retenus par Sacré-Coeur pour couvrir l'Hôpital Fleury. Et il y a d'autre recrutement qui est prévu en juillet.

Traitement des personnes atteintes de schizophrénie

M. Drainville: Merci beaucoup. Deuxième question, M. le ministre, sur la question de la santé mentale, toujours. J'ai reçu une lettre très touchante de la part de la coordonnatrice de la Société de schizophrénie de la Montérégie, c'est Mme Lucie Couillard. C'est une femme exceptionnelle. Aucun lien de parenté effectivement, M. le Président, c'est important de le dire. Alors, cette personne-là se pose plusieurs questions. Dans sa lettre, elle cite un juge qui lui a dit: «À chaque mois, je dois envoyer des personnes atteintes de schizophrénie en prison étant donné qu'elles sont laissées à eux-mêmes.» Elle précise également, dans cette lettre-là qu'elle me fait parvenir, elle raconte: alors qu'elle soutenait une famille dans le processus visant à obtenir une ordonnance de traitement, elle s'est fait dire par un psychiatre en poste qu'une ordonnance de traitement — ouvre les guillemets — «est beaucoup d'ouvrage» — ferme les guillemets. D'ailleurs, elle posait la question, dans cette lettre-là qu'elle m'a envoyée: «Pourquoi les parents qui obtiennent une ordonnance d'hospitalisation n'obtiennent-ils pas en même temps une ordonnance de traitement?»

Et je comprends que c'est un sujet très complexe, je ne suis même pas sûr, M. le Président, de mesurer toutes les implications de cette question qu'elle pose elle-même. Mais vous comprenez un peu le sens de sa lettre. C'est une femme exceptionnelle, M. le ministre, je dois vous en assurer, elle travaille auprès des familles pour

presque rien, le genre de citoyenne active et impliquée qu'on souhaiterait côtoyer à tous les jours. C'est vraiment une femme exceptionnelle, un grand, grand coeur. Alors, je vous soumetts ces questions et je vous laisse maintenant le soin d'y répondre.

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

M. Couillard: Oui, puis je partage la sympathie ou la solidarité de notre collègue avec les personnes atteintes et leurs familles. D'ailleurs, il y a une fédération des proches et des familles de personnes atteintes de problèmes de santé mentale, la FFAPAMM — probablement que nos collègues la connaissent — qui a été soutenue très activement, notamment sur le plan financier, par le ministère justement pour inclure les familles dans toute cette démarche thérapeutique.

Bon, pour la remarque qui est citée — évidemment, n'ayant pas été moi-même témoin de la remarque, je la prends telle qu'elle est lue par notre collègue — ça m'apparaît assez peu professionnel comme façon de décrire une situation. Je pense que là-dessus on va s'entendre.

Pour la question de l'ordonnance de traitement, là, ça devient beaucoup plus compliqué parce qu'effectivement on peut devoir remplir une ordonnance de... dans le temps, on disait cure fermée ou d'hospitalisation, lorsqu'on considère que la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, mais ça ne signifie pas qu'on puisse forcer nécessairement quelqu'un à suivre un traitement. D'ailleurs, ça présente des problèmes majeurs en santé mentale, compte tenu du fait de la compliance ou non-compliance aux prescriptions de médicaments.

Alors, à la question logique: Qui décide de la capacité de quelqu'un à consentir?, bien ce sont les psychiatres eux-mêmes, et il y a des critères, là, qu'ils doivent suivre pour décider de la compétence, entre guillemets, ou non d'une personne à consentir à ses traitements. Mais, une fois que cette personne a quitté l'hôpital et qu'elle est considérée donc ne constituant plus une menace pour elle-même ou pour autrui, il n'y a, sur le plan légal, pas vraiment de possibilité de l'obliger légalement à suivre les traitements requis, auxquels elle a la possibilité de consentir ou de ne pas consentir, comme tout citoyen du Québec. C'est un problème qui est très complexe sur le plan éthique et social.

M. Drainville: ...ces schizophrènes, apparemment, M. le Président, tous ces schizophrènes qu'on envoie en prison faute d'avoir des places ailleurs pour les héberger, pour les aider, est-ce que vous avez un commentaire là-dessus, M. le ministre?

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

M. Couillard: Bien là, il faut éviter, puis les gens du domaine de la santé mentale nous disent d'être très prudents dans... Je sais que ce n'est pas le but que vise notre collègue, là. Il faut éviter de créer une association, dans la tête du public, entre des comportements violents ou difficilement acceptables socialement et les problèmes de santé mentale. C'est très sensible comme question également dans le milieu. Il y a un projet de tribunal de santé mentale à Montréal, d'ailleurs, qui va être mis sur pied ou qui est en train d'être mis sur pied, et on a, avec le

Plan d'action de santé mentale, un plan de suivi intensif dans la communauté qui est mis sur pied également.

Pour la question plus large de la criminalité liée aux problèmes de santé mentale, notamment la criminalité intrafamiliale, le député aura probablement noté qu'on a demandé un projet de recherche structuré à une chercheuse — je crois que c'est une chercheuse — connue du domaine, qui va faire un recensement de la réalité, parce qu'il faut éviter les généralisations, hein, et ce travail-là va être fait de façon très structurée.

M. Drainville: Il me reste combien de temps, M. le Président? Combien me reste-t-il...

Le Président (M. Kelley): Il vous reste neuf minutes.

M. Drainville: À cinq minutes, prière de me faire signe.

Le Président (M. Kelley): Oui.

Indexation des indemnités du Programme provincial et territorial d'aide aux personnes infectées par du sang contaminé

M. Drainville: Alors, deux fois deux minutes, M. le Président. Première question sur l'indexation du PPTA. La Société canadienne de l'hémophilie était très heureuse d'apprendre que le gouvernement allait enfin indexer le Programme provincial et territorial d'aide. Je parle bien sûr, M. le Président, des victimes du scandale du sang contaminé. Alors, je me fais le porteur de cette question qu'on vous pose, M. le ministre.

L'organisme, donc la Société canadienne d'hémophilie, aurait souhaité que l'indexation soit rétroactive à 2005 et non pas seulement à partir de 2007. Et, dans leur esprit, M. le Président, je pense, c'est important de le dire, M. le ministre, ce n'est pas... Comment dire? Ça mettrait fin, dans leur esprit, au dossier. Donc, ce n'est pas insignifiant pour eux que l'indexation commence en 2005 plutôt qu'en 2007, ce serait, pour eux, une façon de tourner la page.

Et vous savez qu'il ne reste plus beaucoup de victimes du scandale du sang contaminé, il y en a plusieurs qui sont décédées, ces dernières années. Alors, celles qui sont toujours là vous demandent si c'est possible de mettre fin... de clore ce dossier-là en permettant que le programme soit indexé à partir de 2005 et non pas 2007. Je ne pense pas que ça représente des sommes très importantes. Est-ce que vous êtes ouvert à ça?

● (10 h 10) ●

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

M. Couillard: Bien, dans toute décision semblable, M. le Président, il y a toujours un élément de compromis et d'équilibre. Il faut d'abord dire que l'approche que nous avons choisie est celle choisie par la majorité des provinces et territoires canadiens également. Il y a toujours une communication, je dirais, interprovinciale qui se fait dans ce genre de cas là. Ce n'est pas la totalité, mais la majorité, je répète.

En pratique, l'indemnité, pour 2007-2008, va augmenter de 30 000 \$ à 30 600 \$, et par la suite il y aura

une augmentation, une indexation annuelle. Les coûts supplémentaires reliés à cette indexation sont de plus de 2 millions de dollars. Évidemment, ça semble peu par rapport au budget de la Santé, mais toute somme doit être trouvée quelque part et par définition placée à un autre endroit que là où elle aurait pu aller. On a l'impression d'avoir fait un compromis correct et acceptable socialement. On est toujours prêts à discuter avec l'association cependant. Mais il nous semble qu'on est arrivés à un équilibre correct, compte tenu du fait encore une fois que la majorité des provinces et territoires ont choisi cette approche.

M. Drainville: Je vais leur relayer cette réponse-là, M. le Président.

Augmentation des chirurgies bariatriques

Finalement, l'obésité morbide. 10 octobre dernier, M. le Président, la Coalition contre l'obésité morbide réclamait l'amélioration de l'accès à la chirurgie bariatrique au Québec pour les personnes souffrant d'obésité morbide. Selon la coalition, il y a près de 3 500 Québécois qui sont sur une liste d'attente pour une chirurgie bariatrique. La majorité d'entre eux vont attendre au moins cinq ans parce que, nous dit-on, il y a à peine 1 000 interventions qui sont pratiquées chaque année. Est-ce que le ministre a un plan pour accroître le nombre de chirurgies, possiblement l'augmenter de telle façon à ce que le nombre de chirurgies augmente de façon significative, à chaque année, pour réduire donc la liste d'attente?

On sait que les personnes qui souffrent d'obésité morbide représentent, elles l'admettent elles-mêmes, un fardeau économique très important, des frais directs en soins de santé, des indemnités salariales, des pensions d'invalidité. Et ces personnes que j'ai rencontrées souhaiteraient pouvoir subir cette intervention chirurgicale afin de pouvoir redevenir des personnes beaucoup plus actives, beaucoup plus productives et beaucoup plus heureuses pour elles-mêmes et pour leurs proches. Alors, est-ce que vous pourriez envisager, est-ce que vous souhaitez envisager une augmentation du nombre de chirurgies bariatriques, M. le ministre?

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

M. Couillard: Oui, M. le Président. Effectivement, il faut d'abord noter que... Et d'ailleurs je regardais avec intérêt un reportage, sur le site anglais de Radio-Canada, il y a quelques semaines, qui montrait que, sauf erreur, c'est au Québec où il se fait le plus grand nombre de ces chirurgies au Canada, actuellement. Alors, je pense qu'il y a déjà un effort important. Il y a des augmentations de volumes chirurgicaux également au cours des années, mais, comme le dit très justement notre collègue, la demande de soins... c'est la réalité de la situation de santé de la population, la demande de soins pour cette chirurgie-là augmente continuellement.

Donc, oui, effectivement, il est prévu d'augmenter le nombre de chirurgies de façon importante. On vise d'augmenter à 1 500 par année, d'ici un an, ce qui est considérable comme bond. Mais ce ne sera probablement pas encore suffisant, compte tenu de la prévalence du problème. Alors, il y a un plan à plus long terme qui s'appuie sur plusieurs éléments, dont le fait de faire certaines chirurgies à

niveau de risque moins élevé dans les centres satellites, à l'intérieur du concept des RUIS, là, satellites, sous la supervision du centre universitaire, qui peuvent faire certains cas, bon, moins graves ou moins risqués que ce qui doit être fait dans les grands centres universitaires.

Il faut également réaliser que le déploiement à un niveau plus élevé que les 1 500 prévues demande des changements d'infrastructures et de main-d'oeuvre qui demanderont quelques années. Pourquoi? Parce qu'il y a actuellement, je crois, 19 chirurgiens... 24 chirurgiens, au Québec, dans neuf centres, qui font cette chirurgie-là, et pas tous le font de façon intensive dans leur emploi du temps. Donc, ça prend plus de chirurgiens, ça prend plus d'équipes également pour suivre ces malades après la chirurgie. Parce que, même si la chirurgie est efficace, et on voit même qu'elle peut amener des soulagements de maladies chroniques telles que le diabète ou amener une amélioration de l'espérance de vie de ces personnes-là, il n'en reste pas moins que la chirurgie en elle-même produit des conséquences physiologiques qui font en sorte que ces personnes ont besoin d'un suivi médical à long terme, alors il faut... Ça ne donnerait rien d'augmenter des chirurgies sans avoir le suivi par la suite.

Donc, oui, dans un premier temps, augmentation de chirurgies, mais également, à plus long terme, désignation de centres satellites, équipes de suivi, parce qu'il y a la chirurgie bariatrique, mais la médecine bariatrique également pour suivre ces patients-là. Et il y a un projet intéressant qui pourrait faire l'objet, j'espère, d'une adhésion de notre collègue. On pourrait, par exemple, à Montréal, utiliser le principe des centres médicaux spécialisés associés pour faire certaines chirurgies à basse intensité ou à moins basse intensité. Je suis certain que notre collègue va appuyer avec enthousiasme cette formule, puisque naturellement elles ne seront pas faites à aucun frais pour les patients et que d'ailleurs son collègue le député de Rousseau soutenait le concept de clinique affiliée en décembre 2002.

Le Président (M. Kelley): Alors, il vous reste deux minutes. Si j'ai bien compris, le député de Bertrand, vous voulez une enveloppe de cinq minutes. Alors, si vous voulez, je peux amputer sur le prochain bloc. Avec consentement, on va donner au député de Bertrand cinq minutes. Est-ce que ça vous va? M. le député de Bertrand, pour cinq minutes.

Situation au Centre hospitalier Saint-Eustache

M. Cousineau: Merci, M. le Président. Puis je remercie mon collègue le député de Marie-Victorin de me donner quelques minutes pour poser certaines questions.

M. le ministre, vous connaissez la situation dans les Laurentides présentement: la croissance démographique est fulgurante, et ce, que ce soient les Moyennes-Laurentides ou les Basses-Laurentides. Et évidemment c'est très intéressant de voir que la population augmente comme ça, ça amène beaucoup d'activités socioéconomiques, mais ça amène aussi énormément de pression sur le système de santé. Et puis le gros sujet de conversation présentement, dans les Basses-Laurentides, au niveau du système de santé, c'est l'Hôpital de Saint-Eustache.

L'Hôpital de Saint-Eustache présentement subit une pression énorme. Vous avez eu, dans les derniers mois,

le départ de nombreux médecins et l'arrivée de nouveaux médecins mais qui ne peuvent pas combler les départs, le nombre de départs. Présentement, l'Hôpital de Saint-Eustache vit une situation extrêmement difficile, extrêmement difficile, il y a débordement sur les autres hôpitaux. L'Hôpital de Saint-Jérôme, la situation n'est pas bien, bien plus rose mais au moins... Et puis présentement il y a des transferts d'ambulances vers Sainte-Agathe. Sainte-Agathe reçoit beaucoup d'ambulances en provenance du sud, en provenance de Saint-Eustache.

Ma question, ma première question, concernant l'Hôpital de Saint-Eustache, pour le bénéfice des professionnels de la santé qui nous écoutent et puis surtout pour le bénéfice des citoyens et citoyennes des Laurentides qui se posent énormément de questions: C'est quoi, le plan de match, pour les prochains mois, pour l'Hôpital de Saint-Eustache? Comment... Je sais que vous en avez discuté avec les gens, les professionnels de la santé, mais, pour M., Mme Tout-le-monde qui nous écoutent, là, on veut savoir c'est quoi, le plan de match, pour les prochains mois, pour faire en sorte que ces gens-là peuvent sortir un peu la tête de l'eau puis être capables de donner les services à la population.

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

M. Couillard: M. le Président, je dirais qu'avec l'Hôtel-Dieu de Montréal, dont on a parlé hier, ça a été le point chaud de nos travaux pour les salles d'urgence, au cours des dernières semaines, on a mis beaucoup... puis l'Outaouais, qui est toujours, mais également l'Hôtel-Dieu de Saint-Eustache, ça a été l'objet d'une attention très soutenue, et ça l'est encore. Quand il se produit quelque chose...

D'abord, je vais revenir en arrière un peu. Pour la question des Laurentides, on tient compte, dans les allocations budgétaires annuelles, dans le plan de réallocations budgétaires, de corrections d'inéquités, des augmentations de population non seulement en nombre, mais en qualité, voulant dire, sans être péjoratif: la démographie change, le niveau socioéconomique change, ce qui fait que les demandes de soins peuvent être plus importantes. On fait ces ajustements dans le financement annuel de la région puis on va continuer à les faire année après année.

Maintenant, quand on se trouve dans une situation où rapidement on perd un grand nombre de médecins à proximité de Montréal — là, on est littéralement à 20 minutes de Montréal — moi, dans ce cas-là, je n'invoque pas la pénurie d'effectifs médicaux, il y a un problème interne à l'établissement. Tu sais, le système a le dos large des fois, là. Ici, il y a un problème interne à l'établissement, et essentiellement c'est une autre chicane, là, querelle entre les médecins qui faisaient de l'hospitalisation et ceux qui font de la salle d'urgence, un groupe ne se sentant pas soutenu par l'autre — je vous laisse envisager lequel. Alors, ça a mené au découragement, désertion de l'hôpital, les médecins ont quitté. Ça a atteint, je dirais, un point critique où on est passé très près d'avoir des zones ou des périodes de décroissance à l'hôpital de Saint-Eustache. On a dû intervenir.

Puis je salue la collaboration de plusieurs personnes. D'abord, les hôpitaux de la région et des régions avoisinantes, parce que vous avez parlé de Saint-Jérôme, vous avez parlé de d'autres hôpitaux, Sainte-Agathe, la Cité de la santé de Laval, puis même l'Hôpital du Sacré-Coeur reçoivent

les contrecoups, entre guillemets, de la situation à l'Hôpital de Saint-Eustache, ce qui est paradoxal parce que c'est un hôpital où, je rappelle, on a investi beaucoup, on a accordé un agrandissement de plusieurs dizaines de millions de dollars qui, soi-disant, à l'époque allait régler les problèmes, permettre d'attirer les médecins, mais c'est le contraire qui s'est produit. On a annoncé également un appareil de radiologie, je pense, une résonance magnétique à cet hôpital-là. Donc, on a été au rendez-vous pour ce qui était demandé par l'établissement.

Alors, comme on était très préoccupés par cette question-là, on a demandé l'intervention de la profession médicale au niveau de l'organisation de cette profession. D'abord, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Le Dr Godin, dont je salue la collaboration, je l'ai contacté personnellement pour parler de Saint-Eustache avec lui, et c'est en grande partie grâce à ses efforts et ceux des autres, là, qu'on a réussi à combler les quarts de travail.

Deuxièmement, le Collège des médecins. Parce qu'on a eu des commentaires — et je tiens à le dire parce qu'il faut que la population sache que parfois, comme je le dis, le système a le dos large, là, dans le problème du système de santé — on a eu l'information que certains médecins dépanneurs qui acceptaient d'aller donner un coup de main à leurs collègues, disons, ont été reçus assez fraîchement à l'hôpital par leurs collègues, ce qui nous a inquiétés au plus haut point. Alors, on a demandé au Collège des médecins de faire une intervention, ce qui fait que le Collège des médecins est allé sur place, on a dépêché sur place une équipe presque complète pour appuyer l'administration, avec de nombreux médecins, dans cette équipe, qui ont l'expérience de l'administration hospitalière.

Alors, on espère que cet hôpital-là va d'abord, comme je le disais il y a quelque temps, sortir la tête de l'eau, sortir de l'atmosphère de crise dans laquelle il est depuis quelques semaines et quelques mois puis par la suite revenir à ce qu'il devrait être. C'est un hôpital qui est dans une région très attrayante pour la pratique médicale, un hôpital dans lequel on a investi de façon majeure, tout va être modernisé, les équipements médicaux, les installations, il n'y a aucune raison de ne pas être capable d'intéresser les médecins à travailler à l'Hôpital Saint-Eustache.

● (10 h 20) ●

M. Cousineau: Donc, ce que vous me dites, c'est que vous suivez la situation, là, d'une façon très serrée.

Le Président (M. Kelley): Très brièvement, s'il vous plaît, très brièvement.

M. Couillard: On a une équipe du ministère sur place, là.

M. Cousineau: Bien, j'ai une autre question qui découle un petit peu...

Le Président (M. Kelley): Oui. Parce que votre cinq minutes s'est épuisé. Alors, je dois maintenant aller à ma droite et reconnaître le député de Laurier-Dorion. Alors, la parole est à vous, M. le député.

Services préhospitaliers d'urgence

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. Sous la gouverne du Parti québécois, plusieurs rapports avaient

sonné l'alarme sur les carences des services préhospitaliers d'urgence. Tout d'abord, en 1998, M. le Président, le rapport du Vérificateur général du Québec démontrait que, même si le système préhospitalier coûtait 200 millions de dollars annuellement, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'était absolument pas en mesure de savoir si le service qu'il offrait aux Québécois en matière de services préhospitaliers d'urgence était adéquat.

Le 12 décembre 2000, le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, présidé par M. André Dicaire, rendait public son rapport. Ce rapport dénonçait l'absence de leadership au ministère de la Santé et des Services sociaux dans ce secteur. Il recommandait entre autres, M. le Président, la mise sur pied dans les régions de centres de communication santé qui coordonneraient les appels d'urgence médicale. Il proposait aussi une meilleure formation des techniciens ambulanciers et la mise en place sur tout le territoire d'équipes de premiers répondants bien formés. Enfin, il recommandait que le ministère de l'Éducation intègre des notions de secourisme dans les cours de tous les étudiants.

Le 7 mai 2002, soit près de 17 mois, M. le Président, après la publication du rapport Dicaire, le gouvernement du Parti québécois déposait le projet de loi n° 96 portant sur les services préhospitaliers d'urgence. Toutefois, même si le projet de loi n° 96 donnait suite au rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, il ne faisait pas du tout l'unanimité au sein de ce comité. En effet, M. le Président, près de la moitié des signataires du rapport Dicaire avaient alors signifié leur profonde déception à la suite du dépôt de ce projet de loi. Des consultations eurent lieu les 4 et 5 juin, et le projet de loi fut adopté le 18 décembre 2002. Le Parti libéral avait alors, M. le Président, voté contre le projet de loi, estimant que le ministre aurait pu aller plus loin et inclure dans la loi notamment le concept de premier répondant, c'est-à-dire paramédic.

Bref, M. le Président, peu de développements ont été faits dans le domaine des services préhospitaliers d'urgence par le gouvernement du Parti québécois. De plus, la Corporation d'urgences-santé, responsable des services préhospitaliers d'urgence sur les territoires de Montréal et Laval, semblait exercer ses activités libre de tout contrôle de la part de ce gouvernement.

M. le Président, ma question est donc la suivante: Peut-on savoir, de la part du ministre, aujourd'hui, de façon générale, quelles sont les améliorations apportées aux services préhospitaliers d'urgence depuis 2003?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, une question.

M. Couillard: M. le Président, la première chose à dire, c'est qu'il reste encore beaucoup d'améliorations à apporter. Il y a des gestes importants qui ont été posés, je crois qu'ils sont salués, mais il y a encore beaucoup de travail à faire, au cours des prochaines années, pour consolider cette partie intégrale du réseau de la santé et des services sociaux.

Évidemment, on a commencé à investir dès l'arrivée au gouvernement, en 2003, de plusieurs façons, et surtout on a adopté une orientation très claire pour la professionnalisation du milieu des techniciens ambulanciers paramédics, et, pour moi, c'est la clé de tout, là. L'accès

à une formation reconnue, postsecondaire, par un diplôme d'études collégiales et même des formations de plus pour la pratique avancée, l'accès à un ordre professionnel, en soi, ça va grandement améliorer, je dirais, l'ambiance générale ou la situation dans ce milieu-là.

Il y avait des recommandations du rapport Dicaire qui ont été mises en place, notamment le déploiement des centres de communication santé, qui sont les centres de réponse. On peut dire qu'avec l'annonce récente de celui de Laurentides-Lanaudière, je crois, tout le territoire maintenant est couvert par les centres de communication santé, qui ont accès à une technologie moderne. Cette technologie moderne comprend souvent la répartition assistée par ordinateur, qui est complétée par un sujet très cher à notre collègue de La Peltrie: l'installation d'appareils GPS dans les appareils ambulanciers, qui a plusieurs utilités d'ailleurs, l'appareil GPS. Mais cette installation couvre actuellement 50 % du territoire du Québec, et on prévoit, je crois, d'ici 2009, étendre la disponibilité des appareils à l'ensemble du territoire du Québec.

Au-delà de ça, il y a une question d'organisation de travail et de reconnaissance, et la dernière négociation avec Urgences-Santé et les corporations ambulancières a permis de faire des progrès, il en reste d'autres à faire, mais des progrès ont été faits, notamment la reconnaissance de certains niveaux de formation et l'entente de travailler ensemble sur l'amélioration du climat de travail et des horaires de travail.

Maintenant, il y a deux grandes réalités qui diffèrent beaucoup: il y a la réalité en milieu urbain puis la réalité en milieu rural. En milieu urbain, on veut certainement continuer à combler les déficits d'effectif qui existent, mais également, en même temps, améliorer l'organisation du travail et l'efficacité du système. Il y a, par exemple, sur l'île de Montréal, des inégalités des temps de réponse, selon les parties de l'île de Montréal, qui de toute évidence correspondent à des déficits d'organisation qui doivent continuer à être modifiés ou améliorés. Il y a eu également, dans le milieu urbain, à Montréal, le déploiement d'un service de premiers répondants, qui est en cours, là, bien intégré avec le service des incendies, qui va permettre d'ajouter un maillon à la chaîne préhospitalière, non pas de remplacer les techniciens ambulanciers, mais de permettre à des gens d'intervenir immédiatement sur les scènes des incidents ou des accidents.

Et, en milieu rural, c'est une autre réalité. En milieu rural, avec de vastes territoires et un nombre relativement moins fréquent d'appels, il y a la question de la gestion des horaires de travail. Et, pour information, la majorité de ces horaires sont encore souvent, en région, là, globalement, étant donné... les zones urbaines, ce n'est pas le cas, mais, en région, on a encore beaucoup d'horaires de faction, qui sont la mise en disponibilité des techniciens ambulanciers, et, lorsqu'il y a un appel, ils doivent se rendre disponibles. Il faut dire que, partout au Canada, c'est le cas, c'est-à-dire qu'il n'y a pas un seul territoire canadien qui rémunère en salaire horaire, dans les territoires ruraux, complètement les techniciens ambulanciers. En général, ce sont des combinaisons d'horaires de faction et d'horaires à l'heure.

Alors, devant le constat qu'il y avait, d'une part, une insatisfaction profonde dans le milieu des techniciens ambulanciers mais, d'autre part, également des problèmes de service dans le terme de la desserte efficace des

territoires, on a fait un pari qui, je crois, a été réussi, le pari, c'était d'intégrer les syndicats comme partenaires de la réflexion et non pas comme adversaires dans une négociation. Alors, une fois qu'on a réglé la question des négociations collectives, on a invité les syndicats à participer avec nous à un comité, qui s'est appelé le comité Gauthier et qui a fait plusieurs conclusions, notamment la mise sur pied de projets pilotes un peu partout sur le territoire, où on transforme effectivement les horaires de faction en une combinaison d'horaires à l'heure et d'horaires de faction. On fait également de façon ponctuelle des ajouts de quart de travail à l'heure dans les zones où c'est plus problématique ou lorsque c'est jugé prioritaire. Et on peut penser qu'au cours des prochaines années on va continuer à faire ces progrès-là.

Les zones où il y a eu les projets pilotes sur lesquels le comité s'est entendu... Et les gens se sont entendus de façon unanime, au comité, pour faire ces projets-là. Bien sûr, tout le monde aurait voulu être un projet pilote, mais beaucoup sont appelés, mais peu sont élus, c'est toujours ça, le principe dans ce genre de situation là. Et on a également convenu de consacrer notre marge de manoeuvre financière, dans ce programme-là, à la réalisation des projets pilotes. Alors, je les nomme rapidement: dans le Nord-du-Québec, Chibougamau, Chapais, ça devrait débiter en novembre 2007... Non, non. Janvier 2009?

Une voix: ...

● (10 h 30) ●

M. Couillard: Janvier 2009. Saguenay—Lac-Saint-Jean: le Saguenay, février 2008; Lac-Saint-Jean, décembre 2008. C'est là où l'investissement est le plus important, au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Capitale-Nationale, dans Portneuf, février 2008; Côte-Nord, janvier 2009; Gaspésie, décembre 2008. Pour un investissement total de 7,5 millions de dollars.

Avec ça, il faut augmenter les cohortes d'étudiants qui sont formés en techniques ambulancières dans nos cégeps. Alors, actuellement, on démarre des cohortes supplémentaires, on l'a fait dans plusieurs des collèges du Québec. Et également il faut réaliser, en passant — je reviens en arrière — que ces cohortes sont nécessaires pour faire les projets pilotes. La réalisation des projets pilotes demande une main-d'oeuvre ambulancière plus importante que celle que nous avons actuellement, de sorte qu'on a augmenté les cohortes de formation dans les cégeps pour y pallier.

Et on a vu l'accueil enthousiaste qui a été fait récemment, en Outaouais, à l'ouverture d'un programme de formation en techniques ambulancières au cégep régional. Je lisais, dans les journaux de la région, il y a quelques jours, que le nombre de candidats dépasse beaucoup les places d'admission, ce qui témoigne d'un engouement certain et de l'attrait que cette profession a pour beaucoup de nos jeunes. Et il faut souhaiter qu'on rende cette profession encore plus attrayante au cours des prochaines années.

Mais globalement je pense que la clé, encore une fois ce sont des meilleures conditions de travail, des statuts précisés en termes de niveau d'expertise et encore une fois la professionnalisation de ce milieu-là avec éventuellement la création d'un ordre professionnel. Je pense qu'on est en bonne direction, mais c'est un travail qui devra encore prendre plusieurs années d'efforts.

Le Président (M. Kelley): On peut ajouter à votre liste, M. le ministre, l'ajout de ce programme au cégep John-Abbott, dans le comté de Jacques-Cartier. C'est la première fois que la technique ambulancière va être offerte en langue anglaise. Alors, c'est une autre bonne nouvelle pour les personnes qui s'intéressent à ce métier. M. le député de Laurier-Dorion.

Corporation d'urgences-santé

M. Sklavounos: Oui, merci, M. le Président. Le ministre a touché un petit peu à la Corporation d'urgences-santé, j'aimerais lui revenir avec une autre question là-dessus. On sait qu'en février 2005 un rapport d'inspection ministérielle a conclu, M. le Président, au non-respect des orientations ministérielles par la corporation face à un projet de recherche en soins avancés. Ensuite, en mars 2005, le gouvernement a décrété une enquête portant sur l'administration, l'organisation et le fonctionnement de la corporation. J'aimerais connaître, M. le Président, de la part du ministre quels correctifs ont été apportés pour donner suite à cette inspection et cette enquête.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, les constats, effectivement, tout ça démarre de la discussion qui avait eu lieu à l'époque autour de la question des pratiques avancées, où on a constaté qu'il y avait un fonctionnement autonome, et pas nécessairement dans le bon sens du mot, dans cette organisation-là, où il semblait y avoir une déconnexion entre le fonctionnement de l'organisation et les orientations ministérielles et les priorités régionales même. Alors, il faut que tout ça soit intégré et que les gens se parlent et aient les mêmes buts. Et, à ce moment-là, suite à ce rapport d'inspection, on est allé sur place, on a fait... on a assuré une transition avec un P.D.G. d'abord interimaire et un diagnostic précis de la situation pour par la suite nommer le P.D.G. qui est actuellement en place, et on suit actuellement encore la situation de très près.

Ce qu'on a constaté également, c'est la nécessité de rattacher Urgences-Santé, dans son organisation médicale surtout, à l'organisation médicale de l'île de Montréal et de Laval. On ne peut pas garder deux structures séparées, il faut que ce soit intégré et relié les uns aux autres, de sorte qu'on a instauré un centre de soins préhospitaliers d'urgence à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, qui serait la base, on peut dire, académique et hospitalière ou la base hospitalière de ce programme de services ambulanciers à Urgences-Santé, ce qui fait que les médecins qui oeuvraient de façon un peu autonome à Urgences-Santé soient maintenant rattachés à l'établissement de santé et au centre de traumatologie principal de l'île de Montréal. Et je crois qu'il y a là, je dirais, une avenue de progrès qui est très, très intéressante.

Ce centre maintenant va assumer certaines responsabilités qui étaient auparavant dévolues aux médecins qui oeuvraient à la corporation, dont la recherche, la formation prégraduée ainsi que l'actualisation clinique du programme de soins avancés préhospitaliers en lien avec la Corporation d'urgences-santé. Il y a également eu une entente de gestion qui vise à assurer cette cohérence entre les actions de la corporation et celles du réseau de la santé, qui a été signée en octobre 2006, de façon à ce

que les attentes ministérielles soient bien identifiées et que les priorités régionales également soient en lien avec les actions terrain de l'organisation. On a mis en place un service de premiers répondants en collaboration avec la ville de Montréal et bien sûr, comme je l'expliquais tantôt, les premiers répondants. On a également remplacé la flotte d'ambulances de la corporation, 129 véhicules, qui maintenant ont tous été livrés.

Alors, c'est un domaine, le système de santé, dans lequel nous allons continuer à mettre beaucoup d'efforts au cours des prochaines années parce que, et sur le plan de l'organisation et sur le plan de la professionnalisation, il y a des progrès considérables à faire. Mais je crois que des progrès ont été faits, il faut le reconnaître, mais encore une fois beaucoup reste à faire.

M. Sklavounos: Merci.

Le Président (M. Kelley): M. le député d'Orford.

M. Reid: Il reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Il vous reste huit minutes.

Accès aux services médicaux spécialisés

M. Reid: C'est amplement le temps nécessaire. M. le Président, notre gouvernement a fait de sa santé sa première priorité, il y a investi des efforts considérables et des budgets qu'on n'a jamais vus, certainement, en tout cas, en proportion de l'ensemble des programmes gouvernementaux. Et dans ce contexte le ministre a annoncé la mise en place d'un mécanisme de garantie d'accès — et c'est là-dessus que porte ma question, M. le Président — pour les opérations à la hanche, au genou et à la cataracte.

Alors, j'aimerais, M. le Président, que le ministre nous fasse un état de situation, un état de situation sur la mise en place de ce mécanisme. Alors, sur la mise en place, un état de situation veut dire: Est-ce qu'on atteint nos cibles également, nos cibles sur le plan médical, nos cibles sur le plan des crédits, nos cibles sur le plan des échéances? Et, avec ce que l'on sait aujourd'hui, donc avec un peu un bout de chemin qui a déjà commencé à être franchi, quels sont les résultats qui sont attendus de ce mécanisme-là qui a fait l'objet de longues consultations dans cette même commission et pour lequel il y a une décision qui a été prise et une annonce qui a été faite il y a déjà un certain temps? Alors, M. le Président, est-ce que le ministre pourrait nous faire un état de situation en particulier au niveau des cibles qui sont visées et sur les résultats qui sont attendus avec ce que l'on sait maintenant qu'on a fait un bout de chemin?

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

M. Couillard: M. le Président, on sait que c'est un problème qui a fait l'objet de beaucoup d'actions et d'investissements du gouvernement, mais pas uniquement d'investissements, mais également de changements de façons de faire, et les deux doivent être au rendez-vous lorsqu'on veut apporter une amélioration à l'accessibilité.

Je dirais que cette action dont on discute avec le député d'Orford porte largement sur l'accessibilité aux services médicaux spécialisés. Outre la radiothérapie, la chirurgie est souvent celle qui est mentionnée. On va faire état de succès qui ont été obtenus dans plusieurs régions, mais il faut rappeler que le problème d'accessibilité au système de santé ne se borne pas aux services médicaux spécialisés ou aux chirurgies. Je dirais qu'actuellement le problème est probablement de façon quotidienne vécu plus difficilement pour l'accès au médecin de famille et la transition entre le médecin de famille et le spécialiste, comme je l'indiquais dans mes remarques d'hier.

Et, si on se concentre sur le délai d'accès à partir du moment où le patient est inscrit à la liste d'attente et la chirurgie est réalisée, le rapport de l'Institut Fraser et d'autres montrent que le Québec fait très bonne figure, au niveau canadien, à ce niveau-là et il y a eu un progrès. De façon globale, on peut dire que le nombre de personnes en attente de plus de six mois — et le six mois est le chiffre, la balise qui a été retenue partout au Canada pour le nombre — pour les chirurgies de cataracte, ça a diminué de 82 %; pour les chirurgies de la hanche, ça a diminué de 65 %; pour les chirurgies du genou, de 66 %; pour les chirurgies avec hospitalisation, de 28 %; et les chirurgies d'un jour, ça a diminué de 5 %. Au total donc, toutes chirurgies confondues, 26 %, ce qui est assez considérable comme nombre, comme réduction de patients en attente de plus de six mois.

Il faut dire que, jusqu'à récemment, il n'y avait aucun système de collection de données fiable, au ministère de la Santé et dans les régions, pour le calcul effectif du nombre de patients réalisés et les délais d'attente pour les chirurgies. C'est le cas maintenant avec le déploiement du système intégré de mesure d'accès aux services spécialisés, le SIMASS, qui est maintenant déployé. Et, à partir du mois d'avril, du mois courant, les données seront actualisées tous les trois mois, sur le site Web du ministère, avec le logiciel SIMASS qui permet une vision beaucoup plus précise de la situation.

Parce qu'auparavant qu'est-ce qu'on faisait? Bien, on avait une saisie manuelle des données. Ça explique peut-être pourquoi, avant 2003, il n'y avait aucune publication des listes d'attente sur quelque véhicule que ce soit, parce que les chiffres étaient très, très, très peu fiables. Par exemple, je me souviens, dans un article de *L'Actualité médicale*, en mars 2003, mon prédécesseur le député de Rousseau faisait état de 44 000 personnes en attente de plus de six mois, mais ceci réalisé par collecte manuelle téléphonique d'information. Alors, il est fort probable que ce chiffre sous-estimait fortement la réalité. Et, avec une collecte en temps réel informatisée au niveau du bloc opératoire et du bureau d'admission, on a enfin des chiffres qui sont très, très fiables.

Alors, aux chiffres globaux que je viens de citer, s'ajoutent également les réussites dans les établissements en termes des chirurgies qui sont accomplies. Parce qu'il y a deux statistiques différentes quand on regarde l'accès, et l'une complète l'autre, l'une n'est pas supérieure à l'autre: il y a le nombre de patients en attente; il y a les délais d'accès, quand quelqu'un est opéré, ça fait combien de temps qu'il attendait. Et là je dois dire que les résultats sont assez intéressants, on les trouve dans le cahier des crédits, région par région.

Et il y a deux constats à faire. D'abord, c'est que la majorité des régions ou sinon la totalité des régions

atteignent des pourcentages de chirurgies dans les délais qui sont très élevés, en fait plus élevés que ce à quoi même on espérait. Premier constat. Deuxièmement, c'est que la priorité placée sur les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, contrairement aux craintes exprimées par certains, n'a pas amené un recul d'accessibilité pour les autres types de chirurgies, parce qu'autant dans les chirurgies d'un jour que les chirurgies avec hospitalisation on maintient de très hauts niveaux de performance. Il y a même des régions qui sont absolument remarquables.

Et vous me permettez, de façon un peu peut-être compréhensible, de parler des résultats de la région de la Capitale-Nationale, où globalement, au total, 97,6 % des patients sont opérés à l'intérieur de six mois. Lorsqu'ils sont opérés, c'est six mois ou moins qu'était la durée d'attente. Ça varie maintenant selon le type de chirurgie: la chirurgie de la hanche, c'est 83,5 %, donc il y a du progrès à faire — nous, on définit l'accès correct par 90 % des personnes opérées dans le délai prescrit de six mois; genou, 90,2 %; cataracte, 98,8 %, c'est considérable; chirurgie d'un jour, 99,1 %, aussi bien dire que tout le monde est opéré dans les temps requis; chirurgie avec hospitalisation, 95,1 %; pour une moyenne donc de 97,6 %.

● (10 h 40) ●

Alors, ce sont de bons résultats, mais de bons résultats qui doivent s'améliorer encore parce que l'autre versant... Ça, c'est les délais des patients opérés. L'autre versant, c'est le nombre de personnes, en nombre absolu, en attente de plus de six mois. Mais pourquoi il faut voir les deux statistiques? Parce que ce n'est pas les mêmes personnes. Souvent, quand on cite les chiffres tous les deux, trois mois, on a l'impression que ce sont les mêmes personnes qui sont sur les listes d'attente. Non, elles sont renouvelées constamment, et les gens sont opérés. L'utilité de connaître le nombre absolu des personnes en attente de plus de six mois nous indique la cible à atteindre en termes d'augmentation du volume de chirurgies à accomplir pour qu'il n'y ait plus de personnes en attente depuis plus de six mois. Actuellement, le pourcentage, par rapport aux chirurgies réalisées, des personnes en attente de plus de six mois tourne autour de 6 % à 7 %. Donc, si on augmente la production chirurgicale de 6 % à 7 %, déjà, avec les bons résultats qui sont obtenus, on va continuer à progresser puis à arriver à une situation qui, d'après moi, même au niveau canadien, va devenir encore plus enviable.

Comment on va faire ça? Bien, c'est bien sûr en rendant nos blocs opératoires des établissements publics plus performants, en bonifiant... Les hôpitaux sont encouragés financièrement à opérer beaucoup de malades. Il y a la tournée d'optimisation actuellement avec la Fédération des médecins spécialistes, qui s'est d'ailleurs fixé comme cible d'augmenter de 5 % la productivité des blocs opératoires, qui, d'après moi, va donner des résultats concrets, et dans certains cas — dans certains cas et pas dans tous les cas, dans certains cas — l'utilisation du milieu privé ou du prestataire privé par entente contractuelle sans frais pour les patients pour faire un volume de chirurgies supplémentaires. Ça, c'est pour la partie concernant l'accès à la chirurgie.

Maintenant, il y a des sous-catégories. Il faut être plus précis dans nos chiffres, parce que, lorsqu'on parle de la chirurgie d'un jour, ça comprend littéralement des centaines de procédures différentes, même chose pour les chirurgies avec hospitalisation. Alors, la prochaine étape,

ça va être, si vous me pardonnez l'expression, d'éclater un peu ces chiffres-là pour aller rechercher des endroits précis où il persiste des difficultés. Par exemple, même avec un résultat global de 95 % à Québec pour les chirurgies avec hospitalisation, je sais, moi, que, dans le cas de la chirurgie bariatrique qu'on vient de discuter, le chiffre est beaucoup plus bas. Alors, il faut aller faire des explorations, là, ponctuelles de certains types de chirurgies pour bien choisir les priorités.

Mais en gros le mécanisme fonctionne bien. Il y a des offres qui sont faites aux patients, deuxième offre, même, à l'occasion, des troisièmes offres de chirurgie. Et la bonne nouvelle, c'est que les régions, globalement, entre guillemets, ont un très bon niveau de performance. L'autre bonne nouvelle, c'est que, contrairement à des craintes exprimées, les autres chirurgies n'ont pas souffert de la priorisation des hanche, genou, cataracte. D'ailleurs, s'il y a une chose que je constate, moi, c'est que c'est des bonnes priorités, parce que, si on regarde la chirurgie du genou et de la hanche, on voit qu'il y a encore des progrès à faire, on n'est pas partout rendu à la cible de 90 %, et c'est pourquoi? C'est à cause de la démographie et du besoin grandissant dans ce type de chirurgie là. Donc, c'est une...

Le Président (M. Kelley): En conclusion, s'il vous plaît.

M. Couillard: Je dirais que c'est une avancée importante qui a débuté, qui se manifeste en termes de progrès concrets et qui devrait se poursuivre au cours des prochaines années. Je suis persuadé... Je veux juste terminer là-dessus.

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Couillard: Je suis persuadé que le système de santé public du Québec, avec l'aide du prestataire privé dans certaines situations, a actuellement tous les moyens financiers requis pour opérer tout le monde à l'intérieur de six mois. Il s'agit maintenant d'avoir l'organisation en place et la fonctionnalité en place partout pour le faire. Mais toutes les options sont possibles. Je veux le dire également pour les établissements qui nous écoutent: Si quelqu'un veut opérer le soir, ils peuvent opérer le soir; s'ils veulent opérer le samedi, ils peuvent opérer le samedi. Il faut que le monde accepte de venir travailler cependant, et ça, c'est une autre question. Mais il n'y a pas de problème budgétaire, là. Il n'y a pas de raison de ne pas opérer de patients avant six mois.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Il nous reste deux rondes. Juste pour l'intendance: pour l'opposition officielle, il reste 44 minutes, alors deux blocs de 22 minutes; pour le deuxième groupe de l'opposition, 27 minutes; et, pour le parti ministériel, 40 minutes, alors deux blocs de 20 minutes. M. le député de La Peltrie.

Formation en techniques ambulancières (suite)

M. Caire: Merci, M. le Président. Dans mon deuxième bloc, aborder différents sujets avec le ministre, mais quand même revenir sur le préhospitalier, parce

que, hier, le ministre a dit que c'était important de se donner des objectifs, et je suis d'accord avec lui. Et on sait qu'au niveau préhospitalier la pénurie d'effectif, elle est extrêmement importante. Il y a beaucoup de secteurs au niveau du réseau de la santé où la pénurie est importante, mais, au niveau préhospitalier, elle est importante et elle a des impacts majeurs. Par exemple, on parle dans certains cas de taux d'assurance salaire de 30 %. Quand on sait que, dans un centre hospitalier, là, un taux d'assurance salaire qui est au-dessus de 7 %, c'est catastrophique, on peut imaginer qu'à 30 %, c'est l'hécatombe.

Je voulais savoir — parce qu'on a parlé de la formation, tout à l'heure, autant au niveau professionnel qu'au niveau collégial — d'abord, cette formation collégiale là, à quel moment elle sera mise en place, à quel moment le programme va être prêt et mis en place. Et est-ce qu'au niveau du ministre de la Santé on a des prévisions, comme on le fait d'ailleurs avec les cohortes de médecins? Le ministre de la Santé qui nous dit: Bon, bien, d'ici 2012, c'est 2 000 médecins. Hier, le sous-ministre nous disait: En 2015, c'est 1 300 omnis, 1 300 spécialistes qui seront formés. Est-ce qu'au niveau du préhospitalier on est en mesure d'avoir la même planification, des cohortes qui seront disponibles et des plans d'effectif minimalement nationaux, là, puis idéalement régionaux, M. le Président?

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

M. Couillard: M. le Président, d'abord, le programme D.E.C. qui est en place, je pense que le député était au courant, là, il y a des étudiants qui étudient actuellement les techniques ambulancières...

M. Caire: Avancés, là.

M. Couillard: Ah! mais je parlais des D.E.C., là.

M. Caire: Excusez, je n'ai pas précisé, sur les soins avancés.

M. Couillard: O.K. Les soins avancés, on doit finaliser les ententes avec le Collège des médecins pour les 15 protocoles restants. D'ici là, les gens qui sont sur le terrain, qui ont la formation et qui d'ailleurs sont reconnus comme pouvant pratiquer, là, sur le terrain, à Montréal entre autres, les fameux 18 dont il était question à l'époque, il en reste quelques-uns, là. Il y en a qui sont partis travailler ailleurs, qui sont dans l'administration, il y en a qui sont... Je pense qu'il y en a 12 sur le terrain qui font leur protocole de pratique avancée.

Alors, effectivement, on a confirmé, à l'hiver 2008, qu'il y a cinq autres collèges qui dispenseront la formation: Chicoutimi, Abitibi, Gatineau, John-Abbott de Montréal et Rivière-du-Loup — Rivière-du-Loup, ça devrait sourire à l'opposition officielle. De plus, une institution privée, le collège Notre-Dame-de-Foy, pourra aussi donner cette formation.

Alors, on fait une planification d'effectif, effectivement en lien avec ce qu'on ajoute comme horaire de travail. Par exemple, j'expliquais tantôt que les travaux du comité Gauthier nous ont permis de réaliser que, juste pour mettre en place les cinq projets pilotes, on devait disposer de 60 techniciens ambulanciers de plus. Alors, les cohortes ont été ajoutées dès maintenant, sans attendre

l'ouverture de nouveaux centres de formation pour donner ces postes-là. Pour ce qui est de la planification globale du nombre de postes requis, c'est un travail qui est en cours actuellement. On m'indique que...

Une voix: Pour le programme des soins avancés.

M. Couillard: O.K., pour le programme de pratique avancée, actuellement nous finalisons le programme avec le Collège des médecins et les universités, parce que c'est un programme post-D.E.C. essentiellement, c'est D.E.C.+, pratique avancée. Alors, on est, je pense, en bonne direction. La bonne nouvelle pour notre collègue puis pour la population, c'est que le Collège des médecins est un collaborateur actif actuellement dans cette chose-là, ce qui est un progrès important.

Donc, on va également faire la planification des effectifs requis et pour les diplômés collégiaux et pour les diplômés en technique avancée. C'est un travail qui va prendre quelque temps, là, mais sur lequel on est actuellement en travail. Même chose pour les infirmières d'ailleurs, ce qu'on appelle le plan d'effectif. Mais, à court terme, les effectifs requis pour le déploiement des projets pilotes, par exemple, ont été pourvus dans les centres de formation.

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

Installation d'équipements de télémétrie dans les véhicules ambulanciers

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a fait allusion, tout à l'heure, à l'installation d'équipements GPS dans les véhicules ambulanciers d'ici 2008. Ça m'apparaît un peu long, là. C'est plus rapide pour un député d'avoir un GPS dans son véhicule que pour une ambulance d'avoir ça... Enfin. Mais au moins ça se fait. Sur un autre équipement, les équipements de télémétrie...

Une voix: ...

M. Caire: Non, mais, je me dis, peut-être que les gens pourront appeler leur député s'il y a une urgence.

Sur les équipements de télémétrie, M. le Président, on sait qu'il y a eu quelques projets pilotes qui ont été mis de l'avant, notamment ici, là, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, et qui sont concluants. Je pense que le ministre va être d'accord avec moi. On a cru comprendre qu'il y avait une volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de déployer ces équipements-là dans les véhicules ambulanciers.

Alors, je voudrais savoir: Est-ce que, oui, effectivement, c'est le cas? Si oui, quel est le calendrier de réalisation? Quels sont les échéanciers? Est-ce qu'on s'est entendu sur un système? Parce que je pense qu'il y a plusieurs systèmes qui ont été évalués. Est-ce qu'on s'est entendu sur un système? Et selon quel échéancier est-ce qu'on déploiera ces équipements-là dont l'utilité a été amplement prouvée, M. le Président?

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

M. Couillard: Bien, il faut peut-être corriger, là: amplement prouvée jusqu'à ce que la preuve soit apportée.

Elle est en train d'être apportée. C'est-à-dire que ce n'est pas parce que quelque chose est intuitivement bon que nécessairement c'est bon. Parce que c'est intuitivement bon, on accepte de faire un projet pilote puis on fait une évaluation parallèle. Cette évaluation-là donne des résultats positifs actuellement. Donc, effectivement, le programme a des résultats positifs, au point où on a d'abord permis à la région de poursuivre et non pas se limiter à la durée d'un projet pilote et de faire de la région de Chaudière-Appalaches un site de démonstration pour les autres régions qui pourront adapter également cette pratique-là. Il est encore trop tôt pour donner les échéanciers, là, de ça, mais déjà c'est un gros pas en avant, là. On est passé d'un seul projet pilote à un projet permanent pour la région et à l'extension dans d'autres régions du Québec.

Il y a d'autres types de procédures diagnostiques préhospitalières, comme le député le sait, qui sont en place actuellement, dont l'électrocardiogramme à 12 dérivations, qui a un lien très étroit avec les projets tels que celui de l'Hôpital Pierre-Boucher qu'on mentionnait d'ailleurs, je crois, hier, dans la session de crédits. Donc, là-dessus, il y a un progrès important. Quant au type de technologie retenu, là, je regrette, je ne suis pas capable de donner l'information. On pourra revenir au député là-dessus.

● (10 h 50) ●

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

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Juste apporter une précision. Peut-être que le ministre pourra corriger, mais ce que j'ai compris, c'est qu'effectivement le projet pilote de l'Hôtel-Dieu était terminé, que les conclusions avaient été déposées et acceptées. Et, lorsqu'on a reçu les différentes agences, M. le Président, j'avais cru comprendre qu'il y avait une volonté de déployer ces appareils-là dans d'autres régions que celle de Chaudière-Appalaches.

Puis là ce que j'ai compris de la réponse du ministre, puis juste pour clarification, ce que j'ai compris, c'est que la région, c'est-à-dire Chaudière-Appalaches, devenait une espèce d'école pour les autres régions qui seraient intéressées. Ce que j'avais compris, c'est qu'on ne demandait pas aux autres régions si elles étaient intéressées, là. Le projet a fait la démonstration, puis on est dans un processus où on doit déployer ces équipements-là. C'est parce qu'il y a une subtilité peut-être qui m'échappe, là. Il y a une différence entre être intéressé puis le faire, puis dire: Bien oui, vous êtes intéressés et vous allez le faire. Alors, je veux juste savoir, là, de la part du ministre, quelle est l'attitude du ministère par rapport à ça, là.

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

M. Couillard: Ce que je veux dire, c'est qu'on va encourager certainement le déploiement de cette expérience-là, mais de façon ordonnée, là. Ce n'est pas un péché de dire qu'il faut suivre les disponibilités budgétaires puis un plan établi. Alors, on va accueillir les demandes des régions, les premières qui veulent suivre la région de Chaudière-Appalaches. Je pense que c'est une bonne idée d'avoir cette région comme site de démonstration pour que les équipes puissent aller voir là comment ça se passe sur le terrain.

Mais on va être prêts à entreprendre le déploiement, qui va être progressif, là, dans d'autres régions, en y allant également par priorité. C'est que le niveau de priorité

n'est pas le même partout. Je ne suis pas certain que c'est aussi prioritaire de déployer cette technologie-là immédiatement pour des régions où la population est très concentrée, où il n'y a pas de grande distance à faire et les établissements hospitaliers sont proches. Par contre, dans les zones comme Chaudière-Appalaches ou autres zones rurales avec des distances à couvrir, il y a des choix d'affectation ou de direction de patients, ça peut être intéressant.

L'autre élément, je reviens encore sur l'électrocardiogramme 12 dérivations parce que c'est un élément très, très important dans l'approche qu'on veut prendre pour le traitement de l'infarctus aigu du myocarde et le fait de diriger les patients au bon endroit, au bon moment, sans passer par des étapes inutiles, jusqu'au moment de leur traitement.

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

M. Caire: Oui, M. le Président. Alors, tout à fait satisfait des précisions que le ministre a apportées.

Mise en application de la Loi facilitant les dons d'organes

Donc, dans un autre ordre d'idées, il y a déjà un certain temps, le gouvernement du Québec adoptait une loi sur les dons d'organes et qui était d'ailleurs attendue, là, par tous les intervenants du milieu, mais cette loi-là tarde à être mise en application, puis, selon le Dr Bureau, c'est parce que, bon, ça apporte certaines complications administratives. Mais ça fait un an et demi que la loi a été adoptée puis elle n'est toujours pas mise en vigueur.

Or, quand on sait que le principal problème, c'est justement le manque de donneurs et qu'il y a des vies qui sont perdues parce qu'on n'a pas les organes nécessaires, je voudrais juste comprendre, de la part du ministre de la Santé et des Services sociaux, pourquoi ce projet de loi là n'est pas encore en vigueur au moment où on se parle, pourquoi on ne le met pas de l'avant, puisqu'il répond aux attentes du milieu, là.

Le Président (M. Kelley): La loi de notre ancien collègue, Bill Cusano, l'ancien député de Viau. M. le ministre.

M. Couillard: Lui-même, lui-même bénéficiaire d'une transplantation cardiaque, et qui s'est bien sûr très attaché à cette cause-là. Bien, cette loi-là, pour être appliquée, doit nécessiter des ententes avec la Régie de l'assurance maladie du Québec. Alors, c'est ce que nous allons faire et ce que nous allons continuer à faire, et on va vouloir la mettre en application.

Mais il faut également mentionner le phénomène... Il y a d'autres actions qui sont prises, notamment la création d'un registre de donneurs qui actuellement fonctionne assez bien, hein? Il y a eu, jusqu'à maintenant... au 31 janvier 2008, il y avait 215 681 consentements qui ont été inscrits au registre de la Chambre des notaires, ce qui est un nombre considérable de donneurs potentiels qui peut-être n'auraient pas été accessibles s'il n'y avait pas eu mise sur pied de cet outil-là.

Pour mémoire, là, si ma mémoire est fidèle, le projet de loi de notre collègue consistait à rendre plus facile ou plus insistante la demande d'exprimer son consentement

lors de l'obtention et du renouvellement de la carte d'assurance maladie du Québec. Mais ça présente également des enjeux techniques avec la RAMQ, que nous allons continuer à éclaircir, et on voudra le faire le plus rapidement possible.

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

M. Caire: Oui, M. le Président. Écoutez, le projet de loi a été adopté en juin 2006, ça va donc faire bientôt deux ans, et j'essaie de voir avec le ministre qu'est-ce qui administrativement est si complexe à attacher qu'après deux ans, deux ans après l'adoption, le projet de loi n'est toujours pas en vigueur. Et je suis convaincu que le ministre est extrêmement sensible à la question des dons d'organes, là. Je suis convaincu que ce n'est pas une question de mauvaise volonté ou de grossière négligence. Mais je pense qu'on est en droit de se poser la question, là: Pourquoi, après deux ans, deux ans après l'adoption, les tracasseries administratives ne sont toujours pas réglées et on n'est toujours pas en mesure d'appliquer un projet de loi dont on a collectivement toutes les raisons d'être fiers, là, et dont le Parti libéral, il me semble, aurait tout avantage à être un des principaux promoteurs, puisque c'est un député libéral qui en a été le parrain? Alors, je voulais savoir du ministre dans quelle perspective on pouvait s'attendre à ce que ce projet-là soit appliqué. Et le ministre de la Santé, qui nous disait que c'était bon d'avoir des objectifs, quel est son objectif quant à l'application de ce projet de loi là?

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

M. Couillard: M. le Président, si le député est d'accord, je vais faire un recensement des enjeux actuels avec la RAMQ puis je lui reviendrais personnellement sur cette question-là pour lui communiquer nos intentions. Il est certain qu'un projet de loi adopté par l'Assemblée doit être mis en application. Il faut que ce soit mis en application correctement également. Alors, je vais demander qu'on m'identifie, à la RAMQ, les enjeux, les coûts associés, puis je reviendrais à mon collègue peut-être privément là-dessus, ou publiquement, s'il le souhaite.

M. Caire: Ça me convient parfaitement, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): O.K. Parfait.

Statut du centre de traitement de la psychose Le 388, de Québec

M. Caire: Alors, dans un autre ordre d'idées, l'année dernière, ont surgi les conflits entre le Centre hospitalier Robert-Giffard et Le 388 Gifric, sur le statut du 388 Gifric. Et le ministre de la Santé, suite à des recommandations de la Protectrice du citoyen, avait demandé au Dr Jean-Bernard Trudeau de faire l'évaluation de la situation et de lui faire certaines recommandations. On a eu l'occasion, M. le Président, le ministre et moi, de discuter de certaines de ces recommandations-là, dont le traitement salarial des professionnels qui oeuvrent au sein du 388 Gifric. Mais il existe encore des problèmes extrêmement importants.

Le ministre a manifesté son intérêt à garder ouvert le centre en question. Par contre, depuis, je pense,

maintenant trois ans, le centre, le personnel du centre, c'est-à-dire le Gifric comme tel, n'a pas été payé pour ses services. Et il n'y a toujours pas de statut défini pour Le 388 Gifric.

Considérant que le Dr Trudeau lui-même reconnaît que l'affiliation avec le Centre hospitalier Robert-Giffard n'est plus possible, elle est source de conflits, et que sa recommandation va dans une autre direction, je voulais savoir du ministre de la Santé et des Services sociaux d'une part si effectivement il souhaite que Le 388 Gifric continue ses activités. Si oui, est-ce qu'il ne pense pas que ce serait logique de les payer? Et est-ce qu'il entend statuer sur le statut du centre prochainement?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, tout le monde... et je suis certain que le député est au courant que les gens sont payés, ils ne font pas ça bénévolement, là. Ce dont il est question, c'est le statut de la tâche puis le niveau de rémunération, ce n'est pas le fait d'être payé.

Sur le plan légal, le statut légal du 388 est très clair, il s'agit d'une clinique du Centre hospitalier Robert-Giffard, une clinique hors mur, comme il en existe d'autres également qui donnent d'ailleurs d'excellents services à la même population. Les services du 388 sont bons, mais il y a d'autres types de services également qui sont offerts dans le même modèle.

Tous les enjeux actuellement ont été, je crois, bien réglés, incluant les enjeux immobiliers de rénovation. Ce qui reste et qui a d'ailleurs fait l'obligation de... pardon, qui a fait l'objet de conversations entre notre collègue et moi-même, c'est la question des descriptions de tâches et du rehaussement du niveau de classification des employés. Alors, on a conclu, après révision nouvelle de la question, que ça demandait une nouvelle approche et une approche qui permet de différencier, parmi les employés de ce centre, ceux qui ont ou celles qui ont un rôle de superviseur ou un rôle de chapeauter les activités de leurs collègues et qui nécessiteraient d'être reclassés secondairement et bien sûr de voir leur niveau de rémunération corrigé. On est en attente actuellement, au niveau de l'agence régionale et du ministère, du dépôt des descriptions de tâches demandées pour faire ce travail et on espère qu'on va nous le fournir sur le plan de... du côté de l'établissement le plus rapidement possible.

Cependant, je termine en mentionnant qu'il s'agit pour moi d'un enjeu régional d'organisation de soins. On est intervenu pour la question des classifications de tâches et d'emplois. D'autant plus, avec le statut autonome déferé à la région de la Capitale-Nationale à partir de l'année qui vient, qui commence avec l'adoption des crédits, moi, je vais m'abstenir le plus possible de toute intervention directe dans les décisions de l'agence régionale sur le plan de l'organisation des soins et des priorités. Qu'ils prennent leurs décisions, et qu'ils les assument, et qu'ils en rendent compte. Dans des circonstances exceptionnelles, lorsque la sécurité des gens est mise en question ou lorsqu'il y a des enjeux très importants qui sont soulevés, on pourra à la rigueur intervenir, mais sur une base très exceptionnelle. Et c'est ce qu'on veut voir, dans le reste du réseau de la santé, se dérouler au cours des prochaines années. On commence avec trois régions, dont la Capitale-Nationale, à partir de 2008-2009.

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

M. Caire: Il me reste combien de temps, M. le Président?

● (11 heures) ●

Le Président (M. Kelley): ...

M. Caire: Alors, M. le Président, d'abord, sur la question du statut, le ministre sait très bien que, pour le financement, la même chose que pour les psychiatres qui oeuvrent au 388 doivent être rattachés à un CMDP, le statut du 388 Gifric est loin d'être réglé, et le directeur de l'agence de Québec, M. Fontaine, avait évoqué la possibilité de se servir de la loi n° 33 pour donner un statut de clinique affiliée, ce qui n'est pas possible dans le cas du 388 Gifric.

Or, pour l'instant, ils sont encore rattachés au Centre hospitalier Robert-Giffard, et le Dr Trudeau lui-même, dans son rapport, disait que ce n'était pas une solution viable à long terme. Donc, cette décision-là n'étant pas prise, est-ce que je dois comprendre de la réponse du ministre que le nouveau statut de l'agence de Québec va permettre à M. Fontaine... non seulement va permettre, mais qu'il revient à M. Fontaine de trancher sur le statut qu'on doit accorder au 388 Gifric? Est-ce que c'est ça que je comprends de la réponse du ministre?

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

M. Couillard: Certainement, comme tous les enjeux qui sont sous cette responsabilité et dont il sera maintenant le principal acteur et la principale personne à répondre également. Je dirais cependant que, sur le plan du principe, toute notre action gouvernementale, depuis 2003, visait l'intégration des organisations et non pas la désintégration et la création d'électrons libres ou d'organisations dissociées du reste du réseau de la santé. Alors, ma préférence personnelle, c'est qu'il y ait un lien très, très fort, notamment à cause du CMDP, mais également sur le plan de l'organisation des soins, qui demeure avec le Centre hospitalier Robert-Giffard. C'est effectivement au P.D.G. de l'agence à prendre les décisions requises au cours de la prochaine année.

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

M. Caire: Merci, M. le Président. Oui, mais, ce faisant, le ministre est conscient qu'on va à l'encontre des recommandations du Dr Trudeau, là, sur le statut à donner au 388 Gifric. Mais je comprends que c'est maintenant une décision qui appartient à M. Fontaine et, à ce moment-là, je vais respecter cette situation parce que nous avons effectivement plaidé en faveur d'une décentralisation...

M. Couillard: Peut-être demander à notre collègue, rapidement, là, je ne me souviens pas que Dr Trudeau ait recommandé qu'on ait dissocié Le 388 du Centre hospitalier Robert-Giffard.

M. Caire: Je peux effectivement corriger. Dr Trudeau a souligné le conflit majeur entre le Centre hospitalier Robert-Giffard et Le 388 Gifric, et qu'il identifie ce conflit-là comme difficilement réconciliable. Alors, par extension, M. le Président, je pense qu'on peut en arriver à la

conclusion que de maintenir le lien entre Le 388 Gifric et le Centre hospitalier Robert-Giffard, à court terme ça signifie la mort du style de traitement que Le 388 offre dans son centre. Et le ministre l'a souligné lui-même quand je l'ai interrogé à la période de questions, c'est un conflit majeur et irréconciliable entre deux visions de la psychiatrie, là. Alors, si on les force à cohabiter, il n'y a pas de magie, là, il y en a un des deux qui va disparaître. Mais je comprends que c'est une décision qui revient au directeur de l'agence. Et on fera les représentations nécessaires auprès du directeur de l'agence dont c'est maintenant la responsabilité, de l'aveu même du ministre.

Sur le point du salaire ou des sommes qui sont dues au Gifric, juste apporter une précision. Que je sache, il y a même des procédures judiciaires, là, qui pourraient être en voie d'être intentées contre le ministère parce qu'il y a un solde non payé du ministère de la Santé et des Services sociaux vers le Gifric. Alors, oui, il y a des montants qui sont dus, là. Puis d'ailleurs je vois le sous-ministre, M. Paquet, qui est très bien au fait de la situation parce que c'est lui-même qui a signé la lettre signifiant qu'il n'était pas question de payer, là.

Le Président (M. Kelley): Dernier commentaire, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, ce qu'on m'indique, là, c'est que l'organisation a eu son budget de fonctionnement. Là, ils réclament un ajustement rétroactif pour la supervision. Il n'y a pas de contrat qui a été signé, à l'époque, de ce type-là. Le ministère va certainement être à l'affût des recommandations de M. Fontaine dans ce dossier-là également. Mais les sommes sont disponibles pour assurer le fonctionnement de l'organisation, il n'y a aucune intention ni aucun danger que ça ferme.

Le Président (M. Kelley): Donc, ça met fin à cet échange. Je suis prêt à céder la parole au député de Marie-Victorin pour un bloc de 14 minutes.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Quand on aura atteint la barre des cinq minutes, prière de me prévenir, s'il vous plaît.

Le Président (M. Kelley): Oui, mais ne posez pas une question... La dernière fois, vous avez posé une question à cinq minutes. Il faut laisser le temps pour la réponse aussi.

M. Drainville: Ah! M. le Président, vous me faites des reproches. Ça va.

Le Président (M. Kelley): C'est juste un constat.

Organismes communautaires jeunesse

M. Drainville: Alors, organismes communautaires, M. le ministre. Mon collègue député d'Abitibi-Est m'a sollicité pour vous questionner au sujet de l'intégration des organismes communautaires jeunesse.

Les organismes communautaires autonomes jeunesse, qu'ils soient membres du Regroupement des maisons de jeunes du Québec, du Regroupement des Auberges du coeur du Québec ou du Regroupement des organismes

communautaires autonomes jeunesse du Québec, ces organismes donc sont inquiets des effets de l'intégration des services de santé et des services sociaux sur leur action au quotidien avec les jeunes. Ces organismes ont des pratiques démocratiques, alternatives, novatrices. D'ailleurs, ils se questionnent à savoir si les jeunes vont pouvoir continuer à se présenter chez eux, donc au sein de ces organismes-là, de façon volontaire et en toute confiance. Ils soutiennent à juste titre, à mon avis, que leur façon de faire a fait ses preuves depuis des années.

Alors, M. le Président, ces organismes ont entrepris depuis deux ans une démarche avec les jeunes pour demander que cette couleur particulière soit reconnue et soutenue. Ils ont reçu et continuent de recevoir des milliers d'appuis de tous les milieux à leur manifeste. Leur manifeste, *L'action communautaire autonome jeunesse — Comme le loup, solidaire, insoumise et menacée de disparition*, c'est comme ça qu'ils l'ont appelé. Alors, l'appui donc qu'ils reçoivent, il provient des jeunes eux-mêmes, il provient du mouvement communautaire, il provient de la classe politique, de nombreuses institutions également qui oeuvrent en éducation et en santé ainsi qu'en services sociaux.

La question, M. le Président: Que répond le ministre aux représentants de ces organismes qui craignent de perdre leur originalité et leur autonomie à la suite de leur intégration au sein des CSSS?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, jamais les organismes communautaires n'ont été intégrés aux CSSS, ce sont des partenaires des CSSS et ils conservent leur autonomie et leur conseil d'administration. Donc, il y a une première correction à faire. D'ailleurs, je me souviens, à l'époque, en 2003-2004, c'était leur crainte qu'on les intègre aux CSSS. Ça ne s'est jamais produit.

M. Drainville: Mais ils craignent que des ententes de service finissent par les attacher aux CSSS.

M. Couillard: Bien là, on ne nous reprochera pas de régler et de gérer les fonds publics avec des ententes de service. Nous, ce qu'on leur dit, aux organismes communautaires, c'est que nous respectons votre autonomie, mais nous avons également, nous, une certaine autonomie dans l'attribution et la gestion des fonds publics.

D'ailleurs, je souligne, en passant, au collègue qu'actuellement le Vérificateur général fait un travail sur la gestion des fonds publics attribués dans le cadre des activités des centres communautaires, qui risque de nous donner un éclairage intéressant sur cette question-là, notamment de la reddition de comptes, quoiqu'il y ait des efforts importants qui soient faits dans le milieu communautaire. Mais on lira tous avec intérêt ce rapport, j'en suis certain. Mais il n'a jamais été question pour nous de revenir sur l'autonomie des organismes communautaires en général.

D'ailleurs, jamais les organismes communautaires n'ont-ils été aussi bien financés, M. le Président, que depuis les dernières années. En fait, on est passé, en 2002-2003, d'un financement global des organismes communautaires de 274 333 298 \$, pour 2007-2008, à 395 737 343 \$, et il y aura un ajout encore plus important cette année. Alors,

c'est un sommet historique. Il n'y a jamais eu de croissance aussi continue et aussi importante du financement des organismes communautaires que depuis l'année 2003, et on va continuer. Mais on va continuer en demandant bien sûr... en étant d'accord avec les organismes communautaires que leur statut d'autonomie doit être préservé, mais en étant toujours — et la bonne nouvelle, c'est qu'ils réagissent en général favorablement à cette demande; en étant toujours — exigeants sur la reddition de comptes et les ententes qu'on doit avoir entre partenaires et non pas entre partisans du... participants à la même organisation. Donc, encore une fois, jamais les organismes communautaires n'ont été intégrés aux CSSS. Mais il est absolument essentiel et il serait absolument à mon avis inacceptable d'attribuer des fonds publics aux organismes communautaires sans entente de service.

Financement des organismes communautaires

M. Drainville: Autre question, M. le Président, qui provient, celle-ci, de la Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie, qui m'a sensibilisé à la question justement de son financement. Alors, dans une lettre que la TROCM m'a fait parvenir, la table régionale soutient que plusieurs organismes qui n'oeuvrent pas dans les priorités ou dans les secteurs prioritaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, comme c'est le cas, par exemple, pour l'itinérance, l'aide aux démunis, la sécurité alimentaire, ils soutiennent, ces organismes, qu'ils n'obtiennent pas un financement suffisant.

Et là je cite la lettre qu'on m'a fait parvenir: «Il faut comprendre que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie n'a pas l'autonomie nécessaire pour mieux financer les organismes communautaires qui oeuvrent dans ces secteurs non priorisés par le ministre. À notre connaissance, seul le ministre peut donner l'autorisation aux agences de santé d'octroyer un financement à la mission globale des organismes communautaires.» Alors, ils me posent deux questions: «Est-ce que le ministre peut nous dire si effectivement c'est le ministère qui peut autoriser une agence à financer la mission globale des organismes non ciblés, non priorisés? Et comment se répartit le financement dévolu aux organismes communautaires tout en tenant compte des priorités ministérielles?»

● (11 h 10) ●

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, d'abord, tout le monde a eu l'indexation, là. Ce n'était pas comme ça avant, mais, depuis qu'on est au gouvernement, chaque année, l'enveloppe dévolue au mouvement communautaire s'est accrue, et ça va continuer.

D'autre part, les décisions d'affectation de fonds à l'intérieur du programme SOC, Soutien aux organismes communautaires, sont des décisions régionales. On a une orientation pour un financement accru de la mission globale qui, je crois, se réalise actuellement. Je n'ai pas le pourcentage en tête, mais le pourcentage de financement de la mission globale s'est accru au cours des dernières années.

Pour la question essentielle, bien, bien sûr qu'on a des priorités. J'espère qu'on a des priorités. Alors, on s'attend à ce que les agences régionales, dans les affectations de fonds au programme SOC, suivent les priorités qu'on

indique, qui sont, en passant, les priorités de la population, là. Les personnes en perte d'autonomie, le maintien à domicile, la santé mentale, la jeunesse en difficulté, ce sont des priorités sur lesquelles tout le monde s'entend. Maintenant, tout le monde voudrait être prioritaire, c'est la nature même du phénomène de société. Mais on établit de façon très apparente nos priorités. Et effectivement il y a des décisions qui se prennent en région selon ces priorités. C'est une très bonne chose, on en est heureux.

M. Drainville: Est-ce à dire...

Le Président (M. Kelley): Dernière courte question.

M. Drainville: Avant de laisser mon collègue... C'est ça?

Le Président (M. Kelley): Oui, exactement.

M. Drainville: Alors, est-ce à dire donc, pour que je comprenne bien, M. le ministre... Donc, ce que vous dites, c'est qu'on indexe, tout le monde est indexé, mais il y a seulement un certain nombre de secteurs qui obtiennent plus que l'indexation. C'est ça que je comprends?

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

M. Couillard: C'est encore plus large que ça, M. le Président. Par exemple, on attribue à une région des fonds pour continuer à mettre en place le Plan d'action en santé mentale, *La force des liens*. Ils savent très bien que le plan d'action contient également le partenariat avec les organismes communautaires et leur soutien. Donc, la conséquence logique de ça, c'est qu'ils vont accorder parfois des développements à des organismes communautaires oeuvrant en santé mentale pour arriver aux objectifs que le plan d'action soumet. C'est exactement normal et incontournable. En fait, ce serait anormal qu'on ne fasse pas ça, qu'on n'établisse pas de priorité et que ça ne se reflète pas dans les décisions budgétaires régionales.

M. Drainville: Est-ce que l'agence peut... est-ce qu'elle a une marge de manoeuvre, l'agence, pour... Une fois qu'elle a indexé tout le monde, est-ce qu'elle peut dire, par exemple: À Longueuil, on a un problème au niveau de la sécurité alimentaire, bon, on a un problème au niveau de l'itinérance également... Est-ce qu'elle a, ailleurs dans son budget communautaire, là, est-ce qu'elle peut prendre un peu d'argent puis donner plus que l'indexation à ces organismes qui n'oeuvrent pas dans les secteurs prioritaires comme la santé mentale, l'aide à domicile, et tout ça? Est-ce qu'il y a de la place dans son budget, quelque part dans l'enveloppe qui lui est donnée pour le communautaire, pour donner plus que l'indexation dans ces secteurs qui ne sont pas priorisés mais qui peuvent être importants pour la communauté dans laquelle on se trouve?

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

M. Couillard: Bien, effectivement, M. le Président. D'ailleurs, ça va intéresser notre collègue, en 2003-2004, l'enveloppe pour les organismes communautaires en Montérégie était de 41 285 000 \$. Elle est maintenant, en 2007-2008 — elle va être plus importante cette année — à 55 572 000 \$. C'est une augmentation considérable.

Les décisions se prennent en région. Effectivement, les régions parfois donnent des développements, en plus de l'indexation, à des groupes comme ceux qui sont mentionnés par le député, mais c'est leur choix. Nous, ce qu'on a avec eux comme entente, pour ceux qui ont encore des ententes de gestion... Parce que je rappelle que, pour trois régions, à partir du mois d'avril, il n'y a plus d'entente de gestion, l'autonomie complète leur est attribuée pour la gestion de leur budget. Mais, pour celles qui ont encore les ententes de gestion, ils doivent arriver à des objectifs précis de rehaussement de services, par exemple en santé mentale, en soins à domicile, etc., et ils ont la nécessité certainement de conclure des ententes avec les groupes communautaires. Ça ne les empêche pas de financer d'autres groupes, mais c'est leur choix et leur décision, à l'intérieur de l'enveloppe qui leur est consentie.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Sainte-Marie—Saint-Jacques

Délai de carence pour l'admissibilité et l'inscription au régime public d'assurance-maladie

M. Lemay: Oui, M. le Président, je vous salue, mes collègues également, M. le ministre et votre équipe. J'ai deux questions très, très rapides, considérant le temps.

J'ai une question en ce qui concerne le délai de carence qui a été instauré en 2001. Est-ce que le ministre et le ministère dont il a la responsabilité ont procédé à une analyse... Ça fait sept ans maintenant, près de sept ans que ce délai de carence de trois mois existe pour les immigrants. On est passé de 20 000 travailleurs qualifiés à 30 000. Donc, est-ce qu'il y a une analyse qui a été faite au ministère?

Parce que le ministre le disait tout à l'heure, l'intuition peut nous dire qu'on fait une bonne chose; dans la pratique, la réalité, des fois, même si l'intuition demeure, il y a peut-être des effets — passez-moi l'expression, M. le Président — des effets pervers qui sont apparus de cette politique-là. Alors, est-ce qu'il y a une réflexion qui a été faite au ministère, à la RAMQ, en ce qui concerne peut-être des conséquences très, très, très négatives de ce délai de carence là?

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

M. Couillard: M. le Président, effectivement, ce sont nos prédécesseurs... D'ailleurs, il faut saluer ça, c'est une décision qui était appropriée, en 2001, parce qu'à l'époque d'autres provinces canadiennes, notamment les provinces voisines, avaient adopté cette politique, et de ne pas le faire au Québec aurait conduit à un biais systématique de l'immigration pour obtenir des services de santé. Je pense que ça a été une décision difficile, parce qu'on a tous des témoignages directs de personnes immigrantes qui voudraient que le système n'existe pas, mais une décision nécessaire qui doit également être préservée pour la même raison essentiellement.

Maintenant, il faut rappeler que ce délai de carence, un, ne s'applique pas qu'aux immigrants et, deuxièmement, comporte plusieurs zones d'exclusion. Quand je dis qu'il ne s'applique pas qu'aux immigrants, c'est que les... Et, moi-même, j'ai vécu l'expérience. Quand on est un citoyen

canadien qui quitte le pays pour quelques années et qui devient non-résident et qu'on revient reprendre son statut de résident permanent, on est soumis au même délai de carence. Alors, c'est une politique qui est égale pour toutes les personnes qui viennent sur le territoire.

Maintenant, il y a des exemptions pour les catégories, je vais peut-être rapidement les dire, mais ce n'est pas pour remplir le temps, c'est pour que les gens soient informés. Ou je pourrais les communiquer au collègue, s'il veut les connaître. Mais juste quelques exemples, là: les enfants nés au Québec ou hors Québec, les Canadiens rapatriés, les personnes reconnues à titre de réfugiés, les situations particulières de détresse, les membres des Forces canadiennes, les travailleurs saisonniers, les personnes qui sont visées par les ententes de sécurité sociale. Il y a de nombreuses catégories d'exemptions pour le délai de carence.

D'ailleurs, en passant, et je termine là-dessus, l'article de ce matin sur les religieux, là, les congrégations religieuses, moi, ce qu'on me dit, c'est qu'elles sont également soumises au délai de carence, ces personnes-là. Alors, c'est un délai de trois mois.

D'autre part, il faut le mentionner, et je termine là-dessus, les personnes qui immigreront au Québec sont averties avant de l'existence du délai de carence et de la nécessité de se munir d'une assurance personnelle et familiale dont les coûts sont connus, notamment la Croix Bleue puis d'autres organisations semblables. Bon, c'est des coûts qui ne sont pas énormes mais qui peuvent représenter un déboursé important pour des gens à faibles revenus. Mais cette information-là est donnée aux gens qui immigreront chez nous avant qu'ils se présentent sur notre territoire.

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

M. Lemay: M. le Président, très rapidement. Ma question était à l'effet non pas sur l'opportunité de. Est-ce qu'après sept ans il y a une étude qui a été faite sur peut-être des conséquences négatives versus une certaine clientèle? Est-ce que la RAMQ a procédé à une étude? Il y a des effets pervers des fois dans des politiques qui semblent globalement, effectivement, justifiables, mais il peut y avoir des fois des conséquences négatives insoupçonnées face à certaines clientèles. Donc, est-ce qu'il y a une étude qui a été produite par la RAMQ ou le ministère dans le cadre des délais de carence? C'est ça, ma question précise.

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

M. Couillard: Non, il n'y a pas eu d'étude. D'ailleurs, il n'y a pas d'étude de suivi requise au moment où la politique a été mise en place. Ce n'est peut-être pas une mauvaise chose de le faire. Moi, je dirais qu'un aspect négatif qui nous ferait reconsidérer la politique, c'est si on démontrait que le Québec devient moins compétitif que ses voisins pour l'accueil d'immigrants, et on sait l'importance de l'immigration pour notre main-d'oeuvre, pour notre développement. Ça ne semble pas être le cas. Le nombre d'immigrants augmente. Mais il n'y a pas d'étude actuelle de suivi. Mais j'insiste encore sur le fait qu'il s'agit d'une politique qui est équitable et qui est communiquée correctement et explicitement aux personnes qui viennent s'établir sur notre territoire.

Le Président (M. Kelley): Ça va, M. le député? Il vous reste une minute.

Table de concertation pour venir en aide aux personnes atteintes du VIH-sida

M. Lemay: Une minute? D'accord. Dernièrement, on l'a vu, la Coalition des organismes communautaires de lutte contre le sida a demandé... Et je crois même qu'ils ont eu l'accord du gouvernement, mais je voulais savoir où en était rendu le dossier. La COCQ-Sida demande la création d'une table de travail gouvernementale, parce que maintenant des gens atteints du VIH-sida peuvent continuer à travailler, M. le Président, peuvent poursuivre leur vie littéralement, peuvent contribuer à la société québécoise effectivement, mais ils se retrouvent avec des difficultés également. Donc, la demande de la COCQ-Sida est de créer la table pour voir au niveau des lois du travail, au niveau de la Régie des rentes. Est-ce que cette table-là est créée au moment où on se parle? Sinon, quand le ministre a-t-il l'intention de créer cette table-là qui est quand même demandée depuis quelques années, M. le Président?

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

● (11 h 20) ●

M. Couillard: M. le Président, effectivement, c'est une demande de cet organisme — que j'avais rencontré d'ailleurs à cet effet-là — de créer cette table de concertation exactement pour les raisons que notre collègue soulève. Le Dr Alain Poirier, qui est le directeur national de santé publique, est actuellement en contact avec ses collègues des autres ministères pour la mettre sur pied. Ce n'est pas évident, mais, nous, on a la volonté que cette table-là soit mise sur pied. Et le rôle du Dr Poirier actuellement est de mobiliser ses collègues des autres ministères, exemple le ministère du Travail, Solidarité sociale et autres concernés, le milieu privé également, les employeurs, pour qu'on puisse avoir une entente commune sur cette question-là. Donc, il y a toujours de notre part des interventions auprès des autres ministères. L'échéancier ne dépend pas de nous. Si j'étais en mesure de répondre pour mes collègues de l'échéancier de leurs ministères respectifs, je le ferais avec plaisir. Mais, comme on est encore à la phase où il faut réaffirmer notre désir que la table soit mise sur pied, on en est là actuellement. Est-ce qu'il y a peut-être d'autres mesures, d'autres nouvelles fraîches là-dessus? Non.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

Projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (suite)

M. Copeman: Merci, M. le Président. Après tout près de 14 heures d'étude de crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, on achève, d'ici une heure, avec la 15e heure, et il me semblait inconcevable de ne pas traiter en plus de profondeur, en plus de détails les projets des centres hospitaliers universitaires à Montréal, deux projets, en fin de compte trois projets, n'est-ce pas,

celui du CHUM, du CUSM, c'est-à-dire le Centre universitaire de santé McGill, et l'Hôpital Sainte-Justine, trois projets de l'ordre de 3,6 milliards de dollars d'investissement, M. le Président, probablement sinon pas le plus important chantier de développement en infrastructures de santé au Canada, probablement, j'oserais croire, même possiblement en Amérique du Nord.

Il y a l'expression, M. le Président: Les paroles s'envolent, mais les écrits restent. Mais ce n'est pas tout à fait exact au Parlement du Québec, parce que nos paroles ne s'envolent pas, elles sont enregistrées et elles sont même transcrites, paraissent dans le *Journal des débats*. Je dis ça, M. le Président, parce que je voulais explorer avec le ministre un peu l'avancement de ces projets-là, mais j'avais, vous vous en doutez, M. le Président, quelques commentaires également sur les projets, en débutant avec l'attitude de l'opposition officielle, c'est-à-dire l'Action démocratique du Québec, dans le dossier des centres hospitaliers universitaires.

On commence à s'habituer au style de notre collègue de La Peltrie, qu'on apprécie tous, qui, sous guise de poser des questions, explore des situations. C'est une méthode quasi, je dirais, socratique, M. le Président, dans le sens que, quand on pose une question, selon les dialogues de Platon, hein, n'est-ce pas, ça peut être interprété d'une prise de position. D'ailleurs, c'était l'échange... la méthode socratique. Le député de Laurier-Dorion opine du bonnet, il connaît bien ça. Souvent, derrière une question...

Une voix: ...

M. Copeman: C'est ça, c'est génétique dans son cas. Souvent, derrière une question...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Copeman: Souvent, derrière une question, loge un énoncé. En tout cas, c'est ça que je prétends, M. le Président. Et le député de La Peltrie, comme porte-parole de l'opposition officielle, de l'ADQ, a posé quelques questions lors de l'audience de la Commission de l'administration publique avec le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, et le directeur exécutif des projets, et les représentants des deux grands projets, le 2 avril.

Le 2 avril, notre collègue le député de La Peltrie, lors de sa première intervention, sur les centres hospitaliers universitaires, a dit ceci, et je le cite au texte: «Alors, 3,6 milliards de dollars, c'est énorme, c'est énorme comme montant, ça veut dire beaucoup de sacrifices pour l'ensemble du réseau de la santé à l'extérieur de Montréal, parce que les trois hôpitaux vont évidemment être construits à Montréal...» Il continue: «...est-ce qu'on [a] vraiment besoin de ces trois projets-là?» Ça, c'est le porte-parole de l'ADQ dans le dossier de santé: «...est-ce qu'on [a] vraiment besoin de ces trois projets-là? Est-ce qu'on n'aurait pas pu faire un projet intégré qui aurait donné un projet quand même d'ampleur mais avec des coûts inférieurs?» Fin de la citation.

M. le Président, peut-être, avec l'aide du ministre de la Santé et des Services sociaux, on va tenter de convaincre... on va répondre aux questions du député de La Peltrie: Est-ce qu'on a besoin de ces projets-là? Est-ce qu'on aurait pu faire un grand projet? Et est-ce que, comme il le prétend, ça hypothèque le développement du réseau

ailleurs? Parce c'est ça qu'il prétend quand il dit... il pose la question. Et ce n'est même pas une question, c'est un énoncé: «Ça veut dire beaucoup de sacrifices pour l'ensemble du réseau de la santé à l'extérieur de Montréal.» Alors, je veux explorer avec le ministre ces thèmes-là: Est-ce que le développement de ces projets-là hypothèque ou met à risque le développement du réseau de la santé à l'extérieur de Montréal? Un. Et est-ce qu'on aurait pu faire un grand projet?

Quelques exemples, M. le Président. Si on regroupe le CHUM et le CUSM, on met les deux projets ensemble, tel que le propose le député de La Peltrie ou... en tout cas qu'interroge le député de La Peltrie... Parce qu'il dit: Non, non, non, ce n'est pas vrai que je veux ça. J'ai juste posé la question. Ça ferait, ensemble les deux, 250 000 visites à l'urgence par année, un quart de million de visites à l'urgence par année; ça ferait 1,1 million de visites en clinique externe par année, si les deux projets étaient ensemble; 60 000 chirurgies par année, dont 33 000 chirurgies d'un jour par année; 1 200 lits, c'est 500 au projet cour Glen, campus Glen, et 700 pour le CHUM. M. le Président, ça me paraît énorme comme... Si on pouvait même imaginer un seul et unique projet, 1,1 million de visites en clinique externe, un quart de million de visites à l'urgence, ça commence à être difficile à gérer, il me semble, ça.

Évidemment, nous, on veut faire ces projets-là parce qu'on veut améliorer l'accessibilité, on veut faire l'aménagement des chambres, n'est-ce pas, on veut des chambres individuelles pour des raisons d'infections nosocomiales, et autres — ce n'est pas anodin maintenant, là, d'avoir des chambres multiples, M. le Président — l'aménagement pour accommoder les nouvelles pratiques, les chirurgies d'un jour, le plateau chirurgical qui change, puis relever la condition de pratique qui devrait être à la hauteur des standards internationaux.

Peut-être, le ministre pourrait passer un peu en revue ces projets-là, ces grands projets là, leur pertinence, parce que le député de La Peltrie la questionne. Est-ce que ça hypothèque le développement de services ailleurs au Québec? Puis peut-être l'échéance, parce que ça, c'est l'autre question que j'entends souvent, M. le Président.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, la réponse directe, c'est non, ça n'hypothèque pas le développement immobilier du réseau de la santé dans le reste de la province, puis il y a plusieurs exemples sur lesquels je reviendrai.

Mais en introduction, j'ai apprécié l'introduction de notre collègue sur les styles des différents critiques de l'opposition. Un des côtés de mon ancienneté au poste actuel — je répète que j'en suis à ma sixième défense de crédits de Santé et Services sociaux — c'est d'avoir vu défiler plusieurs critiques à des styles très différents. Alors, j'ai eu la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Ensuite, j'ai eu l'ancien député de Borduas, M. Charbonneau. Ensuite, j'ai encore eu la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Ensuite, est apparu le député de La Peltrie, et le député de Marie-Victorin. Alors, ça fait, je dirais, une panoplie, là, intéressante.

En général, j'apprécie beaucoup le contact parlementaire avec les collègues, surtout lorsque le débat est calme, respectueux et basé sur les enjeux, ce qui en général est le cas. Je dois confesser une affection particulière pour

l'un d'entre eux, M. Charbonneau, l'ancien député de Borduas, je l'aimais beaucoup. Je le dis parce que maintenant il est une vedette de la télévision, alors peut-être qu'il verra cet extrait dans son émission d'aujourd'hui. C'est un homme entier, un libre penseur, dans tous les sens du mot, et quelqu'un de passionné pour la chose publique puis l'administration de l'État du Québec, que je salue d'ailleurs et qui aura peut-être quelques commentaires à faire là-dessus à midi.

Pour ce qui est des projets immobiliers de centres hospitaliers, là, à Montréal, ils sont d'une importance capitale, d'une importance capitale non seulement pour le système de santé, mais le développement du Québec dans tout l'aspect création de prospérité, innovation, recherche. Il y a eu une époque — qui est encore un peu là mais qu'on risque d'échapper si on ne fait pas ce virage — où Montréal était reconnue comme étant une des meccas internationales dans le domaine biomédical et de la recherche. Avec l'état de désuétude croissant des immeubles, notamment des centres universitaires, on risque de perdre ce statut-là; il faut absolument qu'on le récupère, sans parler de l'utilité en termes de soins cliniques.

Quand on est arrivés au gouvernement, on s'est posé exactement cette question: Un, est-ce qu'on fait les projets ou on rénove les hôpitaux en place? Deux, pourquoi pas juste un? Alors, toutes ces questions ont fait l'objet d'examen et de discussion.

● (11 h 30) ●

D'abord, la question de la rénovation a été rapidement abandonnée parce que, compte tenu de l'état de désuétude de certains d'entre eux — qu'on pense à l'Hôpital Royal Victoria, par exemple, qui est un bâtiment très ancien, et d'autres semblables dans les réseaux des deux universités — on serait sur des scénarios de toute façon de milliards de dollars de dépenses de rénovations étalées sur plusieurs années, et des inconvénients perpétuels pour la clientèle de ces hôpitaux-là, et finalement jamais de locaux neufs à la fine pointe de la technologie du XXI^e siècle. Alors, ce scénario donc a été mis de côté. Je le dis parce que souvent les gens ont l'impression qu'on a choisi de faire des hôpitaux universitaires par rapport à ne rien faire, donc qu'on fait une dépense de trois virgule quelque milliards par rapport à une dépense de zéro. Ce n'est pas le cas. L'alternative était un long programme de rénovation extrêmement coûteux également.

Alors, cette décision étant prise, l'autre aspect qui a été discuté, c'est la question du nombre, parce qu'effectivement même récemment on entend les propositions: Pourquoi ne pas avoir fait juste un hôpital pour les deux? D'abord, c'est qu'il aurait fallu préserver tous les autres hôpitaux, parce que, pour la raison que le député vient de souligner, compte tenu du nombre de visites à l'urgence et en clinique externe, cet hôpital unique n'aurait pu suffire. Donc, il aurait fallu garder ouverts plusieurs campus actuels des deux réseaux universitaires, ce qui aurait augmenté le coût total de l'opération parce qu'il aurait fallu également rénover ces hôpitaux-là et les faire fonctionner.

Mais, sur le plan plus général, ce n'est pas un problème d'avoir deux facultés de médecine à Montréal, c'est une richesse énorme. Je pense qu'à Boston, sauf erreur, il y a trois, quatre, cinq hôpitaux universitaires d'organisations différentes. Il ne faut pas le craindre, il faut au contraire s'en réjouir.

Pour le CHUM, pour nous et pour moi en particulier, il y a également l'enjeu du visage du centre-ville de Montréal. On discute beaucoup, ces temps-ci, à l'Assemblée nationale, de la place du français ou du visage français de notre métropole. Voilà donc l'occasion d'affirmer la présence d'une grande institution d'enseignement francophone, qui est l'Université de Montréal, en plein dans le centre-ville de notre métropole. D'après moi, c'est d'une importance capitale pour le visage qu'on veut donner à la métropole du Québec, tout en modernisant également les installations de l'Université McGill, qui est une des universités encore une fois les plus prestigieuses au monde.

Alors, moi, j'ai toujours voulu ça, vu ça, et le premier ministre également, et le gouvernement, comme une occasion plutôt qu'un problème. Maintenant, c'est une occasion très compliquée, parce qu'il s'agit effectivement de problèmes complexes. Je dirais que les progrès actuels sont très intéressants. En fait, on peut diviser les trois projets en deux grandes catégories.

Il y a l'Hôpital Sainte-Justine qui est un cas à part, sur lequel on est en train de compléter le budget de l'an 1 et le plan clinique pour par la suite aborder les problèmes liés à l'approbation du programme fonctionnel et technique. Donc, le niveau de progression de l'Hôpital Sainte-Justine est différent de celui des deux autres, sur lequel on met actuellement aussi, à Sainte-Justine, mais également sur les deux autres, beaucoup d'énergie.

Dans les deux autres projets, en fait il y a trois projets, parce qu'étant donné que le gouvernement a choisi le mode des partenariats public-privé pour la réalisation d'une grande partie de ces projets-là... Pas tous les projets, parce que le site de la Montagne pour McGill et une partie des rénovations pour le CHUM vont être faits en mode conventionnel, de même que la rénovation de l'Hôpital Notre-Dame, qui est un hôpital qui sort du CHUM parce qu'il n'est plus le CHUM à ce moment-là, qui devient un hôpital du réseau de l'île de Montréal dans le cadre des CSSS. Il y aura en fait des appels d'offres pour trois contrats de partenariat public-privé différents.

Alors, le premier de ces appels d'offres, et, d'après moi, on en est à quelques semaines seulement, et enfin ce sera un premier véritable appel d'offres pour la réalisation de ces projets-là, ça devrait être pour le Centre de recherche de l'Université de Montréal, du CHUM. Par la suite vont suivre les appels d'offres pour l'hôpital, partie neuve, du CHUM — en fait, la majorité du projet, c'est un hôpital neuf — et également pour le projet de la cour Glen.

Alors, c'est trois processus d'appel d'offres pour lesquels actuellement l'équipe du directeur exécutif met également énormément d'énergie, parce qu'on veut démarrer, on veut que les appels d'offres soient lancés. On prévoit, par exemple, que le centre de recherche pourrait être complété dès 2011. Alors, c'est majeur. Le directeur exécutif et son équipe font également des évaluations d'autres scénarios, par rapport à l'excavation par exemple, qui permettent de raccourcir considérablement les délais et même les coûts. Alors, tout ça est en cours, mais ce qu'on veut absolument faire, c'est aller dans la direction des appels d'offres, donc les trois, de façon assez rapprochée, là: le Centre de recherche du CHUM, l'hôpital neuf du CHUM et la cour Glen. Tout ça, d'ici l'automne, les trois devraient être lancés. Par la suite, il faut ouvrir les appels d'offres et commencer les travaux.

Il faut répéter et rappeler que la réalisation en partenariat public-privé nous entraîne dans un paysage

totallement différent de la réalisation conventionnelle parce que les contrats qui seront donnés ne seront pas des contrats de construction, ce sont des contrats qui incorporent une partie de financement, la construction et l'entretien sur 30 ans des édifices, ce qui est totalement différent des façons habituelles de calculer dans le réseau de la santé.

Alors, voilà en gros l'état d'avancement des lieux. Je pense qu'on peut se réjouir d'avoir l'équipe du directeur exécutif. C'est un mode de gouverne et de... de gouverne de projet qui a été salué. D'ailleurs, récemment, le Vérificateur général, je crois, dans une rencontre privée d'une commission, faisait état de son appréciation de la démarche. Il a des questions — auxquelles d'ailleurs faisait écho le député de Marie-Victorin récemment — sur le style de gouverne et l'autorité finale entre les centres hospitaliers et le directeur exécutif et le ministère. Il y a une voie de solution qui a été suggérée entre le Vérificateur général, le directeur exécutif et nous, que nous regardons actuellement. Et on peut dire qu'on est vraiment dans un état d'avancement qui est satisfaisant dans des projets encore une fois de très haute complexité.

J'en profite encore une fois pour remercier l'équipe du directeur exécutif qui malheureusement, aujourd'hui, pour des raisons de santé, n'est pas parmi nous, mais il y a un membre de son équipe qui est disponible au cas où il y aurait des questions qui seraient posées par les parlementaires, M. Cardinal, qui était... qui est juste là.

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

M. Copeman: Alors, M. le Président, le ministre prétend, le gouvernement prétend qu'il est inexact, complètement inexact de suggérer que le développement de ces grands projets là à Montréal met en péril ou hypothèque d'aucune façon le développement du réseau de santé à l'extérieur de Montréal. Et on a eu l'occasion, lors d'encre une fois l'étude des crédits du Bureau de la Capitale-Nationale, d'explorer avec le ministre, le même ministre, le développement du projet de l'Hôtel-Dieu de Québec, n'est-ce pas, qui est d'une ampleur potentielle qui excède... en tout cas je pense que le chiffre qui a été cité est 500 millions de dollars. Alors, moi, je pense que ça démontre, ça démontre à quel point, M. le Président, il est faux de prétendre que, quand on va de l'avant, et en allant de l'avant avec les projets du Centre hospitalier universitaire à Montréal, ça nous empêche d'agir ailleurs, même dans les gros chantiers comme celui de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Deuxièmement, peut-être, M. le Président, je dois avouer assez candidement avec le ministre que je rencontre, ce n'est pas quotidiennement, mais hebdomadairement, mensuellement des gens qui demeurent sceptiques quant à la volonté du gouvernement d'aller de l'avant avec soit un ou deux des projets; moi, je côtoie plus les gens de l'ouest de Montréal, alors surtout celui de McGill. Le terrain a été acheté il y a un certain temps, il est complètement décontaminé, mais il n'y a pas énormément d'activité sur le site depuis.

Malgré le fait que nous avons fait construire la bretelle en direction sud de l'autoroute Décarie pour accommoder le nouvel hôpital, cette bretelle-là est assez loin physiquement du site de la cour Glen, alors les gens ne mettent pas deux et deux ensemble forcément. Je comprends que le CSUM va de l'avant avec la déviation,

la rue Crowley, afin de, de nouveau, rehausser la préparation du site, mais les échéances paraissent longues pour le public. Est-ce que le ministre pourrait commenter?

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

M. Couillard: Je voudrais d'abord corriger, j'ai malencontreusement mal identifié mon voisin de droite, c'est M. Quintal, de l'équipe, et non pas Cardinal, de l'équipe de M. Gignac. Je m'en excuse.

D'ailleurs, M. Gignac nous rappelle constamment l'importance de prendre le temps requis pour la phase de planification et de préparation de devis. Comme il le dit, ce n'est pas une fois que le trou est fait et qu'on commence à construire qu'on fait des modifications. Alors, ce temps-là est nécessaire.

Ce qui se fait actuellement, dans le cas des deux hôpitaux, et je mets à part le centre de recherche parce que ça progresse de toute évidence correctement, c'est ce qu'on appelle les devis de performance et les devis spécifiques qui seront incorporés dans les appels d'offres. Alors, c'est très important. Ce n'est pas un travail à prendre à la légère parce que c'est la base même de la négociation de l'adjudication du contrat lorsque les appels d'offres seront complétés.

Alors, il y a des demandes qui sont faites, et je tiens à le dire parce que parfois on a l'impression que ce n'est que le directeur exécutif et le gouvernement qui font en sorte que les délais se prolongent, là. Il y a les demandes qui sont faites aux équipes de gestionnaires de projet dans les hôpitaux pour fournir des renseignements, apporter des précisions, et il faut obtenir les réponses à ces demandes-là pour qu'on puisse aller plus loin dans la fin des travaux de devis de performance. Mais encore une fois ce qui est prévu, c'est, pour ce printemps, l'appel d'offres pour le contrat de PPP pour le Centre de recherche du CHUM et, d'ici l'automne, les deux qui restent de PPP, soit celui de la cour Glen et celui de l'hôpital neuf du CHUM. Et je peux vous dire que les gens travaillent sans relâche actuellement sur ces questions-là.

M. Copeman: Juste pour prêcher pour ma paroisse, M. le Président, il va sans dire que j'ai beaucoup hâte de voir que la première pelle mécanique sur le site de la cour Glen commence à gruger et commence à faire couler du béton parce que ce sera un signe très fort, pour Montréal, pour le Québec dans son ensemble, pour les gens de Montréal, que nous sommes déterminés à aller de l'avant. Moi, je suis convaincu que nous sommes déterminés à aller de l'avant. Il y a un certain scepticisme dans la population. Moi, je suis convaincu également que les sceptiques seront confondus très bientôt.

● (11 h 40) ●

Le Président (M. Kelley): Ici, je veux juste ajouter à ça, je pense que c'est également important pour l'ambitieuse campagne de financement aussi que les deux établissements veulent mener pour compléter le financement de ces projets. Alors, je pense, si je peux ajouter ma voix à celui de mon voisin et collègue que je pense que ça, c'est un signal important à donner à l'ensemble de la communauté montréalaise. M. le ministre.

M. Couillard: Oui, effectivement. Si ma consoeur ministre des Finances et présidente du Conseil du trésor

était là, elle vous parlerait avec emphase du syndrome de la pépîne pour lequel elle a une affection particulière. Elle s'est même fait faire...

M. Copeman: ...M. le ministre.

M. Couillard: Elle s'est même fait faire une broche ou elle a reçu en cadeau une broche avec une excavatrice dessus pour rappeler son attachement au concept.

Alors, nous aussi, on a très hâte qu'il y ait des activités sur le chantier et on le veut autant et sinon plus que tout le monde. Mais ce que les professionnels qui gèrent le chantier, le projet nous disent actuellement, c'est qu'on va commencer l'activité quand les phases seront correctement complétées, pour être certains de ne pas faire d'erreur, être obligés de revenir en arrière, comme ça a été le cas auparavant dans d'autres projets, où finalement on cède à la pression puis on décide d'accélérer une partie de la phase initiale du projet pour se rendre compte que d'autres éléments de planification n'étaient pas complétés, et là il faut revenir en arrière, faire des corrections. À mon avis, pour l'opinion publique, ce serait pire, ça, que le fait d'avoir quelques semaines de plus de délai pour le début des travaux.

Le Président (M. Kelley): Ça met fin à cet échange. Merci, M. le ministre. Dernière ronde, volet Santé, il reste 22 minutes pour l'opposition officielle, et 12 minutes pour le deuxième groupe d'opposition, et le restant pour le parti ministériel. M. le député de La Peltre.

M. Caire: Merci, M. le Président. D'abord, content de voir que, quand le parti ministériel manque de questions, il s'inspire de l'opposition officielle. C'est une bonne pratique, puis je les invite à continuer dans ce sens-là. Je trouve que c'est très édifiant pour la discussion.

Projet pilote de remboursement de pompe à insuline

M. le Président, dans un autre ordre d'idées, j'ai eu l'occasion d'avoir des discussions avec le ministre de la Santé et des Services sociaux sur la possibilité, dans certains cas, de rembourser l'usage de pompes à insuline pour les diabétiques. Le ministre de la Santé... On parlait de ça l'année dernière, là, dans le courant de l'automne. Le ministre de la Santé m'a, à ce moment-là, fait part d'un projet pilote — on sait l'attachement du ministre de la Santé aux projets pilotes — projet pilote qui devait, selon les informations initiales que j'avais eues des membres de son cabinet, débiter au mois de février et se conclure au mois de mars, où on devait avoir une centaine de personnes ciblées sur trois sites différents au Québec, et qu'à partir du mois de mars certaines conclusions seraient dégagées de ce projet pilote là, et qu'à partir de là, de ce projet pilote là et de d'autres évidences scientifiques — parce qu'il existe quand même une documentation assez élaborée, là, sur les effets positifs de la pompe à insuline pour les diabétiques — aller de l'avant avec un programme.

Or, ce qui a été annoncé plus récemment n'est pas exactement dans cette lignée-là. D'abord, on parle d'un projet pilote qui s'échelonne sur plusieurs années et dont l'aboutissement vers l'introduction du remboursement de la pompe à insuline, pour certaines personnes et dans

certain cas, est loin d'être évident. On commence même à douter que ça se fasse.

J'essaie de comprendre la démarche du ministre alors qu'il y a, comme je disais précédemment, une documentation, une littérature scientifique qui existe, qui est assez éloquente sur cette question-là, et des avis médicaux aussi qui vont dans le sens des effets positifs de l'utilisation de la pompe à insuline. Plus près de moi, j'ai des gens, et le ministre le sait, qui ont eu des expériences qui auraient probablement pu être évitées avec l'utilisation de cette technologie-là.

Alors, je voulais savoir qu'est-ce qui explique cette modification-là du projet initial et qu'est-ce qui fait qu'on retarde, parce que c'est un peu comme ça que c'est perçu, qu'on retarde les conclusions puis la mise en place d'un programme qui pourrait venir en aide aux diabétiques.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, d'abord, pour aller rapidement à la conclusion, puis je reviendrai en arrière pour les détails, effectivement le projet débute, les premières pompes devraient être données aux enfants en mai.

Maintenant, pourquoi ça a été plus long que prévu? En fait, il y a deux ordres de raisons. D'abord, c'est que le nombre de centres qui voulaient participer s'est accru. On a commencé par Sainte-Justine, ensuite ça a été Sainte-Justine Montréal des enfants, ensuite ça a été le Centre mère-enfant ici, à Québec, puis ensuite ça a été Sherbrooke. Alors, on est rendu avec quatre centres, en passant, qui sont les quatre centres tertiaires de pédiatrie. Donc, pour un projet pilote, on va ratisser très large et on va essentiellement couvrir une grande partie de la clientèle spécialisée.

Le deuxième élément, c'est qu'il a fallu faire approuver le projet par les comités d'éthique des centres de recherche. Et je comprends qu'il y a des bénéfices importants qui sont soutenus dans plusieurs études, mais là je ne suis pas endocrinologue, là, puis ce qu'on nous dit, c'est que ces bénéfices sont véritables, ils ne sont pas universels et ils sont également mis en équilibre par d'autres développements pharmacologiques qui pourraient faire en sorte que la pompe à insuline n'aurait pas la nécessité d'être dispersée aussi largement que certains le pensent. C'est pour ça qu'on y va de façon progressive avec une évaluation continue. Alors, effectivement, ça va commencer, la distribution des pompes va commencer en mai.

Il faut également parler de la situation canadienne. Actuellement, il y a l'Ontario qui a débuté un programme en 2006. Les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon, le Nunavut acceptent le paiement des pompes implantables, mais elles sont prises en charge par le gouvernement fédéral dans le programme de santé des autochtones. Et, à Saskatchewan et Terre-Neuve, un programme est en implantation. Donc, on ne peut pas dire que, sur le plan canadien, le Québec est en retard, là, par rapport à ce qui existe ailleurs. Et on a l'intention de débiter ce projet-là, donc de donner les premières pompes au mois de mai. D'ailleurs, il y a eu des communications entre mon cabinet, je pense, et le bureau du député sur cette question.

Il faut savoir également qu'il y a déjà des implantations de pompes qui se font actuellement pour donner... la distribution. Actuellement, il s'en fait 50 à 60 par an à l'Hôpital de Montréal pour enfants; ici, à Québec, 40 à

50 par an; et, à Sainte-Justine, 30 à 40 par an. Bien sûr, on ne voit pas apparaître ces données dans les données de facturation parce qu'il s'agit de paiements d'autres sources, soit privées soit par d'autres organismes qui financent ces pompes pour les enfants.

Alors, je pense qu'on a bien préparé ce projet-là dans lequel également il va y avoir des infirmières cliniciennes qui vont être impliquées. Il faut savoir que ce n'est pas tous les enfants, puis le député le sait très bien, ce n'est pas tous les enfants qui sont des candidats à la mise en place d'une pompe à insuline. Ce n'est pas toutes les familles non plus qui sont en mesure de faire le suivi puis l'entretien de ces équipements-là. Alors, c'est la raison pour laquelle il faut se doter de critères extrêmement serrés et garder les yeux ouverts également pour les autres découvertes pharmacologiques notamment qui pourraient faire en sorte de diminuer le recours à cette méthode qui est quand même un corps étranger et qui peut présenter également des difficultés ou des problèmes. Alors, c'est donc un projet dans lequel on va de l'avant comme prévu, un peu plus tard que prévu en raison des circonstances que j'ai expliquées.

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

M. Caire: Oui, M. le Président. J'ai bien entendu la réponse du ministre, mais je ne comprends pas, parce qu'initialement, là, on allait chercher l'information. Le ministre sait très bien qu'au niveau des gains et de l'efficacité il y a une démonstration qui a été faite. Et j'avais compris de la réponse initiale du ministre que le projet pilote visait beaucoup plus notre capacité à l'appliquer, dans quelle mesure on l'applique, cibler les clientèles, et j'étais tout à fait d'accord avec ça. Je ne pense pas que ça se doive d'être un programme universel. Mais ce que je comprends, c'est qu'en cours de route on a un peu dévié l'objectif et on est passé à un objectif sur le gain réel qu'on peut avoir par l'utilisation d'une pompe à insuline.

Et, M. le Président, il faut savoir que la difficulté au niveau de l'entretien de l'appareil, c'est sans commune mesure avec la difficulté que peuvent avoir les diabétiques qui sont sous traitement d'insuline: par exemple, bon, faire les tests de glycémie, faire les injections. Pensez seulement au moment du sommeil; pour certains diabétiques, ça veut dire mettre le réveil régulièrement pour prendre sa glycémie, alors que la pompe à insuline fait ce contrôle-là de façon systématique. On pense à des enfants qui, avec la pompe à insuline — puis ça, c'est des exemples dont, moi, j'ai eu connaissance — pratiquent des sports, vont à l'école, ont une vie qui est beaucoup plus normale, sans compter les effets négatifs de ne pas bien contrôler sa glycémie. Et ce n'est certainement pas moi qui vais expliquer ça au ministre de la Santé, qui le sait beaucoup mieux que moi que les effets de ne pas bien contrôler sa glycémie, les effets à court, moyen et à long terme sont très graves, alors que la pompe à insuline a justement pour effet de retarder, voire même éviter certaines conséquences qui sont conséquentes au diabète. Et on pourrait aussi aborder la question du diabète chez les femmes enceintes. Alors, encore là, il y a des gains, il y a des évidences qu'il y a des gains évidents de l'utilisation de la pompe à insuline.

Je parlais justement avec Dre Bouchard — je pense que le ministre de la Santé sait de qui je parle, puisqu'elle

est partie prenante au comité qui a été mis en place — et le sentiment qu'on a, c'est qu'il faut maintenant justifier l'utilisation de la pompe à insuline, alors qu'il n'y a pas si longtemps c'était beaucoup plus sur la mise en place. Donc, j'essaie de comprendre, parce que, si on est sur la mise en place, il n'y a rien qui justifie de faire un projet pilote de trois ans, M. le Président.

● (11 h 50) ●

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

M. Couillard: Bien, au contraire, pour la mise en place, il faut faire un projet correctement encadré et évalué. Parce qu'on est d'accord que c'est bénéfique pour la plupart ou beaucoup d'enfants qui ont le diabète puis on est très désireux d'améliorer leur qualité de vie, là, tout le monde est d'accord là-dessus. Maintenant, il faut justement profiter de ce projet-là dans les centres universitaires de haut niveau, avec un suivi approprié, pour bien déterminer le type de situations cliniques dans lequel... — et ce n'est pas nous qui allons le faire, là, c'est les médecins sur le terrain — les types de situations cliniques dans lesquelles la méthode est appropriée.

Il faut toujours garder une saine méfiance avec les nouvelles découvertes technologiques. Il y a toujours de très bons côtés, et souvent de très bons côtés, mais les exemples sont nombreux où on a un enthousiasme énorme, on a l'impression que ça va régler tous les problèmes puis on se rend compte que ce n'est finalement pas tous les problèmes qui sont réglés de cette façon-là, il y a d'autres méthodes également qui peuvent être amenées.

Mais c'est certain que, sur le principe, c'est pour mettre en place la faisabilité, là — puis d'ailleurs on aura couvert en pratique une grande partie du territoire du Québec avec ces quatre centres là — de rembourser ces pompes-là, mais utilisant le projet pour justement déterminer précisément les catégories de personnes. Et on va s'entendre avec les médecins, ce ne sera pas une décision unilatérale du gouvernement, là. On demande à ces médecins et ces infirmières cliniciennes de nous donner les critères d'implantation qui font en sorte que la pompe pourrait être offerte et remboursée, là. C'est ça, le but. Si on n'avait pas l'intention de la rembourser pour les familles, les enfants, on ne ferait pas de projet. Mais c'est justement parce qu'on veut introduire ce remboursement-là qu'on procède de cette façon, puis c'est la seule façon correcte de faire dans le cas des technologies.

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

M. Caire: Merci, M. le Président. Bon, puisque... Et là j'invite le ministre peut-être à s'assurer de ce dont je viens de parler, parce que, comme je le disais, le sentiment qui se dégage, c'est qu'on n'est pas dans la faisabilité, on est dans la pertinence. Alors, tant mieux si je me trompe, là, je demande juste ça.

Mais, si je me trompe, et à plus forte raison, est-ce que le ministre, M. le Président, serait ouvert à permettre au corps médical, là où c'est pertinent bien sûr, de suggérer ou de prescrire la pompe à insuline? Parce qu'actuellement, notamment dans les cas du diabète de grossesse, c'est une possibilité qui n'est pas offerte, et, pour beaucoup de médecins, c'est un sujet de frustration parce que, pour ces médecins-là, il y a une évidence que la pompe à insuline serait le traitement adéquat, et la possibilité

n'est pas offerte. Est-ce que le ministre serait d'accord, de façon temporaire, à élargir cette possibilité-là pour la période du projet pilote, jusqu'à ce que les conclusions du projet pilote soient déposées, de façon à... Et, sur la base des évidences scientifiques, là, pas sur la base, là, du feeling du moment, là, sur la base des évidences scientifiques et sur avis professionnel, est-ce que le ministre serait d'accord pour temporairement élargir la possibilité des médecins à prescrire la pompe à insuline?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, on ne peut pas procéder comme ça, là, sinon on recommence en arrière, il faut refaire un passage dans les comités d'éthique, refaire un passage dans le comité d'organisation, puis on en est encore à plusieurs mois de délai, là. On va mettre en place le projet pour les enfants, pour le diabète juvénile, qui était la demande initiale et ce qui nous a été recommandé par les médecins.

Maintenant, on avait à l'époque demandé une évaluation à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé sur la question de la pompe à insuline. Je ne me souviens plus s'ils avaient abordé la question, dans ce rapport, du diabète de grossesse. On vérifiera. Si ce n'est pas le cas, on leur demandera de compléter puis de nous donner une opinion là-dessus pendant que le projet pédiatrique se fait. Pas fermé à donner les traitements nécessaires, là, mais je pense qu'il faut le faire correctement puis introduire les technologies également correctement. D'ailleurs, ça fait partie des recommandations du rapport Castonguay d'avoir un dispositif encadré d'introduction des technologies basé sur l'évidence scientifique par un organisme indépendant, et on est tout à fait dans cette lignée-là.

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

M. Caire: Bien, pour conclure, M. le Président, sur ce sujet-là, c'est justement sur la base des évidences scientifiques que je demande au ministre d'intervenir. Il est clair que, si la pompe à insuline n'avait pas fait la démonstration de son efficacité, on n'aurait pas cette discussion-là aujourd'hui. Il est très clair que ce n'est pas parce qu'il arrive une nouvelle bebelotte technologique qu'il faut absolument s'en servir, mais... Et d'ailleurs j'ajoute le Nouveau-Brunswick aux provinces qui ont l'intention d'ajouter ce service-là à leur panier de services, mais effectivement ça se fait dans plusieurs provinces canadiennes. Il y a une documentation de plus en plus large sur les bénéfices de le faire.

Et je comprends que le ministre veut faire les choses correctement puis je comprends qu'il veut avoir un programme d'implantation qui est correct, qui répond aux besoins, mais il n'en demeure pas moins... et je lui laisse peut-être une dernière occasion là-dessus, il n'en demeure pas moins qu'au niveau du corps médical plusieurs médecins le suggèrent. Alors, tu sais, ce n'est pas moi, là, sur la base de mon intérêt pour les nouvelles technologies, qui souhaite ça; il y a plusieurs médecins, sur la base d'évidences scientifiques, sur la base du diagnostic qu'ils posent et sur la base de leur évaluation des cas, qui voudraient avoir la possibilité de le faire. Et, avant qu'un programme systématique soit mis en place,

il m'apparaît que ce serait correct de s'ouvrir à cette possibilité-là, M. le Président.

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

M. Couillard: Bien, effectivement, puis c'est fréquent qu'on a cette situation où des médecins nous disent: Vous devez absolument faire ça parce qu'il y a tel article, tel article qui dit ça. Moi-même, malgré mon arrière-plan de formation médicale, je m'abstiens de faire quelque argument que ce soit en la matière parce que je ne considère pas que j'ai l'expertise, moi, en évaluation de technologies. C'est une chose de lire un article ou deux articles, puis c'est une autre chose d'être un expert en évaluation de technologies en termes de rapport coût-bénéfice, de bénéfice populationnel, etc.

Alors, je vais répéter ce que j'ai dit au collègue. Moi, je vais relire le rapport de l'AETMIS, on va le reconsulter. S'il y avait une opinion déjà donnée sur le diabète de grossesse, on va transmettre cette opinion à notre collègue. S'il n'y avait pas de commentaire sur le diabète de grossesse, on leur demandera de faire un addendum à leur rapport pour lui donner une opinion là-dessus. Et, s'il s'agit d'une technologie qui doit être implantée et qui est justifiée sur une base scientifique, pourquoi pas, là, on est ouverts à ça. Mais il faut encore une fois suivre un processus rationnel, sinon ça devient anarchique, là. À gauche, à droite, on reçoit des demandes d'introduction de technologies qui ne sont pas toujours nécessairement valides sur le plan purement scientifique.

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

Consommation d'alcool pendant la grossesse

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Sur un autre sujet, au moment de l'étude des crédits temporaires, j'ai eu l'occasion d'interpeller le ministre sur la politique de consommation d'alcool pour les femmes enceintes, le syndrome d'alcoolémie foetale. J'ai porté à son attention une situation, situation sur laquelle il devait me revenir, pour laquelle je n'ai pas eu de réponse à ce jour, parce que, bon, outre le problème, je pense, sur lequel on n'aura pas des échanges très longs parce qu'on va être d'accord, mais il y a un double discours dans... c'est-à-dire, pas un double discours, mais il y a deux discours différents: d'une part, le Collège des médecins qui dit: Il faut qu'il y ait abstinence; et, d'autre part, le gouvernement du Québec, par le biais d'Éduc'alcool... C'est-à-dire d'Éduc'alcool qui dit qu'il faut qu'il y ait abstinence, et le Collège des médecins qui parle de consommation modérée. Je voulais savoir de la part du ministre s'il y aura une politique claire qui sera communiquée à l'ensemble des femmes enceintes au Québec, d'une part.

Et, d'autre part, je voulais qu'il m'explique l'octroi de subventions à un organisme qui, pour 70 000 \$, va faire le prêt-à-imprimer d'un dépliant, alors qu'un autre organisme, pour 25 000 \$, a fait le prêt-à-imprimer, l'imprimé et la distribution de quatre dépliants différents, totalisant 800 000 copies qui ont été distribuées à travers le Québec. Donc, j'essayais de m'expliquer cette situation-là. Je laissais le temps au ministre de faire les recherches en question il y a quelques semaines, parce que je comprends que ça ne relève pas de lui, là, ce n'est pas lui qui a fait les octrois,

mais je pense que la question se posait, là, puis j'essayais de comprendre, là, la logique du ministère là-dedans.

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

● (12 heures) ●

M. Couillard: Bien, M. le Président, d'abord sur la substance, puis il en sera également question dans la Politique de périnatalité, là, qui va être publiée très bientôt par le ministère, sur la question de... Puis on me le transmet de la part du Dr Bureau ici. La question actuelle du seuil est très difficile à résoudre sur le plan scientifique. C'est qu'il n'y a personne qui a montré une relation entre les doses, entre guillemets, d'alcool et l'impact. Il n'y a pas de seuil. On n'est pas capable scientifiquement de démontrer un seuil. Dans une situation semblable, la prudence recommande, à ce moment-là, qu'on recommande plutôt l'abstinence que l'abstinence partielle.

Pour ce qui est des relations avec les groupes, là, il y a plusieurs groupes qui ont été impliqués dans cette question-là. Il y a un organisme que le député a mentionné, là, SAFERA, il y a également SOS Grossesse, dont la proposition avait été retenue en novembre 2006, pour 90 000 \$. Alors, il y a un comité qui encadre l'ensemble des travaux, il en sera question dans la politique de périnatalité.

Maintenant, l'organisme en question, on m'indique ici qu'il a obtenu une subvention de 21 258 \$, en 2007-2008, dans le cadre du programme SOC, soutien aux organismes communautaires. Pour 2008-2009, on demande un montant de 150 000 \$. Alors, c'est un bond considérable. Sans faire de qualification, je dirais que les relations de reddition de comptes n'ont pas toujours été évidentes entre l'organisme et le ministère. On vise bien sûr à les améliorer et faire de part et d'autre les efforts requis pour que ce soit fait. Et voilà. Il n'y a aucun...

À l'Institut national de santé publique, on nous informe qu'il n'y a aucun dépliant relatif à l'alcool et la grossesse qui est en cours d'élaboration. Par ailleurs, l'Institut national de santé publique travaille à la réédition du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, qui existe depuis 30 ans. Dans ce guide, on trouvera les informations relatives à la consommation d'alcool durant la grossesse. Dans cette section, outre les conseils d'usage, il sera fait mention de certaines ressources auxquelles les parents peuvent s'adresser pour des conseils ou de l'information. SAFERA d'ailleurs, le groupe, va être mis en référence comme groupe contact pour les parents. La nouvelle édition du guide devrait être diffusée en mai 2008. Pour ce qui est de SOS Grossesse, l'organisme travaille actuellement à la réalisation du deuxième volet du projet, à savoir l'élaboration d'un DVD pour l'autoformation des intervenants du réseau communautaire. Cette fois, c'est en regard de la consommation de psychotropes durant la grossesse, d'autres catégories que le simple alcool.

Le Président (M. Kelley): Alors, il reste deux minutes pour le député. Alors, peut-être un dernier commentaire, M. le député.

M. Caire: Merci, M. le Président. Bien, oui, effectivement, le temps d'un dernier commentaire. Dans la lutte contre le tabagisme, on a été, je pense, très agressifs dans les campagnes d'information, dans les campagnes de sensibilisation. On a même obligé les cigarettiers à afficher des photos plus qu'éloquentes des conséquences

de la consommation de tabac. Dans le cas du syndrome de l'alcoolémie foetale, d'autres provinces ont effectivement eu des programmes, peut-être pas aussi agressifs mais assez agressifs, dans le sens de l'information, notamment par la diffusion de campagnes de publicité et campagnes de sensibilisation, et allant dans le sens de l'abstinence totale effectivement, jusqu'à preuve d'évidences scientifiques contraires. Est-ce qu'il est dans les plans du ministère d'avoir ce même type de programme de sensibilisation?

Et, au niveau du dépistage aussi, M. le Président, j'en avais parlé avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, parce que souvent les symptômes du syndrome d'alcoolémie foetale ne sont pas apparents, ils doivent faire l'objet d'un dépistage particulier. Et c'est particulièrement vrai dans le cas d'adoption internationale où le parent n'a pas de symptôme que l'enfant qui est adopté puisse souffrir du syndrome d'alcoolémie foetale, ce qui est le cas, ce qui est le cas, et ce qu'un dépistage permettrait justement de diagnostiquer. Alors, est-ce que, de ce côté-là aussi, le ministère est ouvert à ce qu'il y ait un programme de dépistage dans ces situations-là?

Le Président (M. Kelley): Une courte réponse, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, l'information qu'on m'a donnée jusqu'à maintenant... D'abord, je rappelle la parution du guide dont je viens de parler, par l'Institut national de santé publique, au printemps, à fins de communication. L'information qu'on m'a communiquée, c'est qu'il n'y a pas de test diagnostique. C'est que souvent, comme le député le dit, c'est que c'est des manifestations très variées et qui sont parfois tardives. C'est-à-dire que, même dans le cas d'une adoption, on peut ne pas avoir aucune manifestation clinique au moment de l'adoption et avoir, par exemple, des problèmes d'apprentissage plus tard, mais les problèmes d'apprentissage peuvent être de nombreuses sources sans qu'on soit nécessairement capable de pointer du doigt le problème d'alcoolisme foetal.

Alors, ce que les conseillers scientifiques du ministère nous disent actuellement, là, sauf erreur, et c'est les dernières informations que j'ai en tête, c'est qu'il n'existe pas de test de laboratoire ou de test clinique, sauf dans les cas extrêmes, là, ou classiques du syndrome complètement développé, et c'est rarement le cas parce qu'il y a toutes sortes de manifestations intermédiaires. Il n'existe pas de test diagnostique, sanguin ou autres, qui permet de faire le diagnostic. C'est une supposition, une hypothèse qui devient de plus en plus forte à mesure qu'il y a un grand nombre de manifestations.

D'ailleurs, lorsque j'avais rencontré les intervenants dans le secteur, c'est ce qu'ils me disaient eux-mêmes, c'est-à-dire qu'il y a plein de choses qui actuellement sont étiquetées d'autres façons qui, d'après eux, sont en rapport avec le problème d'alcoolisme foetal, mais c'est très difficile à démontrer, très difficile à étiqueter et à diagnostiquer de façon précise. Les problèmes d'attention et d'apprentissage chez les enfants, on sait que c'est fréquent. Lesquels d'entre eux sont dus à ça? Comment le démontrer? D'après nos conseillers, ça ne paraît pas simple.

Le Président (M. Kelley): Merci, ça met fin à cet échange. M. le député de Marie-Victorin, il vous reste 12 minutes.

Organisation des services dans l'Outaouais

M. Drainville: Alors, trois dossiers, M. le Président. On va parler un petit peu... D'abord, j'aimerais ça terminer avec C-484, le projet de loi fédéral. On va parler également un petit peu de la demande qui a été formulée par les infirmières du CSSS des Sommets de Sainte-Agathe. Mais d'abord on va parler un petit peu de l'Outaouais, si vous le permettez, M. le ministre.

En juin dernier, vous avez annoncé un plan pour l'Outaouais. Le plan prévoyait notamment 20 millions pour la main-d'oeuvre, pour le rapatriement de la clientèle et l'amélioration des services, notamment l'accès aux services de santé. De plus, il faut souligner que, dans le volet Accès aux services, il devait y avoir une composante Financement pour désengorger les deux urgences du CSSS de Gatineau, c'est-à-dire les urgences du Centre hospitalier de Hull et de Gatineau. Enfin, je rappelle que le ministre responsable de la région de l'Outaouais avait affirmé, à ce moment-là, que des résultats de ce plan devraient être perceptibles d'ici la fin de l'année 2007.

Alors, ma question, M. le ministre: Est-ce que vous pouvez nous dire combien le ministère de la Santé a investi pour désengorger les deux urgences du CSSS de Gatineau, qui étaient occupées à 156 % et à 170 % encore hier? Et est-ce que vous pouvez nous dire également comment s'est ventilé... ou comment a été ventilé le 20 millions de dollars? Je m'excuse, j'ai fait une petite erreur: les résultats devraient être perceptibles... non, j'ai bien lu, d'ici la fin 2007. Voilà.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, ça tombe bien, cette question, parce que ça va être avec beaucoup d'intérêt qu'on interviendra dans le débat à l'occasion d'élections partielles et ça va être particulièrement l'occasion de montrer la différence, ne serait-ce que pour les investissements, entre l'administration qui nous a précédés et la nôtre dans l'Outaouais. C'est presque gênant, M. le Président. On aura l'occasion de revenir sur les chiffres éventuellement.

Effectivement, on a annoncé ce statut particulier, qui n'a pas été accueilli, ailleurs qu'en Outaouais, parfois de façon uniformément favorable, parce que les gens disaient: Pourquoi l'Outaouais? Pourquoi pas nous aussi? À preuve, récemment, suite d'ailleurs aux actions qui ont été entreprises, il y a des infirmières de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean qui ont été recrutées en Outaouais. Et récemment j'étais même questionné par les médias — hier — sur le fait que le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau était allé recruter des infirmières en Mauricie, ce que j'ai accueilli favorablement parce que d'abord c'est une région qui mérite un statut particulier compte tenu de sa proximité avec Ottawa et, deuxièmement, il faut entraîner le réseau dans une ambiance de compétition saine, là, pour le développement de nouveaux milieux de travail. Alors, il y a déjà des impacts perceptibles dans le nombre d'infirmières qui ont été recrutées et le nombre de médecins, également, spécialistes qui ont confirmé leur présence, qui est beaucoup plus important que ce qu'on avait vu au cours des mois qui ont précédé.

Il y a également des soins posthospitaliers qui ont été dégagés. Il y a eu des lits qui ont été ouverts pour les

soins pour hospitaliser des personnes âgées, ce qui a un impact sur la salle d'urgence. En fait, l'ensemble des mesures est en train d'être déployé. Il y a d'ailleurs des visites régulières du ministère pour s'assurer de son déploiement.

Ce qu'on a constaté également sur le terrain, c'est que l'ambiance entre l'administration hospitalière du CSSS de Gatineau et le syndicat semble s'améliorer. Il y a eu des communications publiques communes. On s'entend, on n'avait pas vu ça depuis des mois et même des années, on est dans une ambiance plus positive.

D'ailleurs, dans *L'Actualité*, là, j'engage notre collègue... Je crois que c'est dans le même numéro qui disait que le Québec était le paradis de la médecine privée, là, qu'il nous montrait et que je mettais en opposition avec l'ADQ, qui nous reproche de ne pas faire assez de privé. C'était assez amusant, cette journée-là. Mais, dans le même numéro de *L'Actualité*, il y a un article sur l'organisation du travail en Outaouais, qui change justement à cause de ce plan-là, ce qu'on fait concrètement en Outaouais pour améliorer l'organisation du travail au niveau des infirmières, notamment. On a ajouté des primes d'installation pour les médecins. En fait, il y a de nombreuses actions qui sont actuellement déployées en Outaouais, qui servent peut-être un peu de laboratoire, entre guillemets, pour le reste du Québec, on fait en Outaouais avant ce qu'on va faire dans le reste du Québec, et dont on perçoit déjà les résultats encore une fois. Le nombre d'engagements d'infirmières et de confirmations d'installation de médecins est beaucoup plus important que ce qu'on voyait auparavant, et encore une fois le climat s'améliore dans l'hôpital.

Mais c'est une situation de longue date, ça, l'Outaouais. Et j'aurai l'occasion... on aura l'occasion avec intérêt, ne serait-ce que pour les investissements... Moi, j'espère que le candidat qui s'est présenté, là, pour le PQ, le Parti québécois, a été informé du bilan de son parti politique, notamment sur le plan des investissements avant 2003, parce qu'il va être assez frappé de la réalité, là. C'est une différence qui est abyssale entre les investissements qui ont précédé 2003 et ceux qui sont faits maintenant. C'est presque gênant encore une fois pour la deuxième opposition.

● (12 h 10) ●

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

M. Drainville: Merci, M. le Président. Comme c'est la dernière session, je demanderais au ministre, s'il vous plaît, de collaborer, là. C'est quand même les études des crédits, c'est supposé être une reddition de comptes, là.

S'il nous dit que ça fonctionne, son plan, là, puis que ça donne déjà des résultats, est-ce que les résultats dont il parle, c'est le taux d'occupation de l'urgence de l'Hôpital de Hull, qui était à 150 % ce matin, à 8 heures, et l'Hôpital de Gatineau, qui débordait également avec un taux d'occupation de 150 %? Est-ce que c'est ça, les résultats dont il parle, là, quand il nous dit que son plan d'action commence à donner des résultats?

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

M. Couillard: Bien, entre autres, mais ce n'est pas suffisant, il faut aller plus loin. Mais ce phénomène-là, il est dû à des causes externes et internes au système de santé en Outaouais. Alors, nous, on apporte toute l'aide externe requise. Il y a des changements qui doivent être

faits dans l'hôpital, des déploiements de services à l'extérieur de l'hôpital qui doivent se poursuivre. Je peux vous dire que, sur le plan du financement, non seulement la région a toute l'aide requise, on leur a même transmis le message suivant: Identifiez-nous n'importe quelle mesure que vous voulez ajouter, on va vous la financer.

M. Drainville: Est-ce qu'on peut avoir un document qui dit comment vous avez dépensé l'argent?

M. Couillard: Bien, on a certainement une ventilation de toute l'annonce qui sera disponible, on la transmettra au député. Je ne l'ai pas sur moi, là. Mais c'est d'ailleurs une très bonne chose qu'on puisse le faire, parce que c'est une excellente nouvelle pour l'Outaouais. Et d'ailleurs c'est au crédit de notre gouvernement.

J'ajoute à cela, M. le Président, le début de la construction du centre de cancérologie, les rénovations de salles d'urgence, les rénovations de milieux de soins prolongés. En fait, l'Outaouais, depuis quelques années, est le site d'investissements de niveaux sans précédent. Et il faut bien sûr continuer à améliorer les services, compte tenu du problème de pénurie d'effectif particulier et largement dû à la proximité de la région universitaire.

Maintenant, pour les résultats de listes d'attente pour chirurgies et pour les patients, à réaliser, opérer, en date du 19 mars, globalement, on a des résultats qui ne sont pas mal, compte tenu des difficultés de la région: 95 % des cas de prothèse de hanche opérés en dedans de six mois; 94 % de prothèse de genou; 79 % en cataracte — il y a une disponibilité difficile d'ophtalmologues en cataracte, alors on va s'occuper de cette situation-là; chirurgie d'un jour et chirurgie avec hospitalisation, c'est 90 % et plus. Donc, la performance au niveau de l'accès aux services est bonne.

Il faut continuer à développer l'amélioration des soins à la salle d'urgence. Mais ce n'est pas qu'avec l'argent qu'on y arrivera, c'est également avec des changements de façon de faire sur place, qu'on demande et qu'on attend d'ailleurs depuis plusieurs années. Il y a une nouvelle administration qui a été mise en place, qui a une volonté commune avec le syndicat d'aller plus loin. Mais encore une fois jamais un gouvernement n'a autant soutenu l'Outaouais que le gouvernement actuel sur le plan de la santé.

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

M. Drainville: Donc, la ventilation, M. le Président, la ventilation...

Le Président (M. Kelley): Je prends acte qu'il y a un engagement d'envoyer au secrétariat la ventilation de ces sommes.

M. Drainville: Excellent. Il nous reste combien de temps?

Le Président (M. Kelley): Trois... 4 min 30 s.

Projet de loi fédéral sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels

M. Drainville: Bon. Sur le projet de loi 484... J'aimerais ça qu'on se garde une minute pour parler, là,

des infirmières de Sainte-Agathe, là. Mais, sur le projet de loi C-484, je rappelle, M. le Président, qu'en mars dernier la Chambre des communes a adopté en deuxième lecture ce projet de loi, Loi sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels, adopté à 147 voix contre 132, alors qu'une partie des députés libéraux étaient absents au moment du vote. Ce projet de loi, M. le Président, vise à modifier le Code criminel et à faire reconnaître comme une infraction le fait de blesser, de causer la mort d'un enfant non encore né, donc du fœtus.

Bien que les défenseurs de ce projet de loi déclarent vouloir mieux protéger les femmes enceintes contre la violence, le cœur de l'enjeu est la reconnaissance des droits du fœtus. «Par ce projet de loi, M. le Président, le gouvernement minoritaire fédéral veut à nouveau octroyer un statut juridique distinct au fœtus, ce qui reviendrait à effacer d'un trait plus de 30 ans de consensus social au Québec en matière de droits des femmes et en matière de responsabilité de pratique médicale et clinique à l'égard des femmes enceintes.» Le dernier extrait que je viens de lire, M. le Président, qui commençait par «ce projet de loi», est extrait d'une lettre signée par le Dr Gaëtan Barrette, le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, datée du 14 avril 2008.

Nous, au Parti québécois, M. le Président, nous sommes très inquiets, très préoccupés par l'adoption, en deuxième lecture, de ce projet de loi n° 484. Nous nous opposons à ce projet de loi. Nous ne souhaitons pas qu'il soit adopté en troisième et dernière lecture. Dans le fond, ma question: Est-ce que le ministre de la Santé, lui, a l'intention de prendre position contre le projet de loi C-484? Et, si c'est le cas, est-ce qu'il a l'intention de poser des gestes concrets pour s'assurer que ce projet de loi ne soit pas adopté?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, bien sûr, mais la décision finale sera prise par les élus fédéraux. Je mentionne qu'à ma connaissance c'est un projet de loi déposé par un député, c'est ce qu'on m'a communiqué, mais qui a traversé... ou, pardon, qui a franchi deux étapes, dont la deuxième lecture à la Chambre des communes.

On est effectivement très inquiets de ce projet de loi là, et on s'y oppose sur le plan du principe, et on est en contact avec nos collègues du ministère de la Justice pour faire les représentations nécessaires. Mais, en dernière analyse, les décisions se prendront sur le plancher de la Chambre des communes. Mais notre devoir est de manifester notre opinion clairement sur cette question-là. Je comprends que la deuxième opposition vient de le faire. Je vais le faire également de mon côté. Mais je m'attends à ce que l'opposition officielle également clarifie sa position sur cette question.

À notre avis, M. le Président, l'adoption de ce projet de loi causera un glissement extrêmement regrettable et même dangereux sur le plan de la santé, au niveau de la santé des femmes, sans parler de leurs droits fondamentaux. Depuis plusieurs années, au Québec, particulièrement au Québec mais ailleurs également au Canada, le principe de l'accès à l'interruption de grossesse est reconnu pour des raisons de droits fondamentaux et également pour des raisons de santé. Comme le disait justement, je crois, le Dr Barrette, dans une entrevue récente, d'avoir un

glissement même perceptible ou envisageable à la recriminalisation de l'interruption de grossesse faite par un médecin conduirait à des incidents tellement graves sur le plan de la santé que ça m'apparaît, là, à la limite, de l'irresponsabilité. Alors, il faut être extrêmement attentif à cette question-là. On va bien sûr nous en assurer, de notre côté, au gouvernement. Et je crois que cette opinion est partagée par la deuxième opposition.

Nous militons et nous agissons pour que l'accès à l'interruption de grossesse pour les femmes du Québec soit effectif dans la réalité, qu'il soit libre et gratuit. D'ailleurs, on a conclu récemment des ententes, à Montréal, avec des cliniques privées pour arriver à cet objectif, ce qui fait qu'on n'a pas de barrière d'accessibilité actuellement. Non pas que l'interruption de grossesse soit un élément heureux dans la vie d'une femme, c'est un élément qui est tragique et qu'il ne faut jamais sous-estimer, mais il s'agit de droits fondamentaux qui ont été reconnus par les tribunaux. Et il s'agit également d'étudier les alternatives. L'alternative apportée par la recriminalisation de cet acte-là serait tellement sérieuse sur le plan de la santé qu'on doit s'en inquiéter au plus haut point.

M. Drainville: Et dernière question, M. le Président...

Le Président (M. Kelley): Très, très courte.

Prime au personnel infirmier des urgences et des unités de soins intensifs

M. Drainville: Très, très courte. Je remercie le ministre pour sa réponse dans la toute dernière question. Alors, la toute dernière question de ces crédits, M. le Président, de notre côté en tout cas, nous provient des infirmières et infirmiers de l'urgence du CSSS des Sommets de Sainte-Agathe. Ils nous disent, dans cette lettre que je suis prêt à déposer: «Au début de l'été 2007, votre gouvernement a fait l'annonce d'une prime particulière, une prime estivale qui serait offerte aux infirmières de l'urgence. Présentement, cette prime ne nous a toujours pas été octroyée, compte tenu du soi-disant nombre insuffisant de visites annuelles à notre centre, 27 250 visites en 2007, alors que ça en prend 30 000 selon vos critères. Nous tenons à préciser que nous sommes dans une région fortement touristique. La population quintuple en été, et, en hiver, nous vivons l'impact de Tremblant. Notre région se développe et de nombreuses familles ainsi que retraités s'installent dans les Laurentides.»

Dans le fond, ils veulent savoir, M. le Président, s'ils auront droit à cette prime. Ils me disent: «Votre refus laisse entendre que vous ne nous considérez pas comme des infirmières spécialisées en urgence. Pourtant, nous nous devons toutes d'avoir une formation en cardio, en traumatisme, en réanimation, en ETG, etc. Pourquoi plusieurs d'entre nous sommes obligées à des quarts obligatoires supplémentaires, et ce, presque au quotidien, prétextant l'exigence de l'expertise nécessaire en cardio, trauma et triage?»

Le Président (M. Kelley): En conclusion, M. le député, s'il vous plaît.

M. Drainville: «Nul besoin de vous en prouver plus. À vous de nous justifier ce refus inexplicable.»

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, lorsque nous avons mis en place ce programme de prime pour le personnel d'urgence... d'ailleurs qui a été bien accueilli sur le terrain et qui fait l'objet d'examen de la table de concertation avec le personnel infirmier quant à la pertinence et la façon de le déployer. Donc, il y a un premier horizon, là, pour les personnes qui nous écrivent. Mais ce qui a été décidé lorsque cette prime a été mise en place, c'est de la répartir selon le niveau de complexité des centres hospitaliers qui étaient concernés, et ça s'est fait d'après le nombre de visites à l'urgence et d'après le nombre de jours-présence aux unités de soins intensifs. Parce que les primes sont également accordées aux infirmières de soins intensifs de même qu'à celles de salles d'urgence.

Alors, les seuils qui ont été déterminés, et forcément il y a toujours un élément arbitraire dans tout seuil qu'on détermine, c'est que, pour 50 000 visites et plus à l'urgence, on a 10 % de prime; 30 000 visites et plus, 7 %; moins de 30 000, 1 %. Alors, c'est pour ça que ces centres hospitaliers qui, au dernier relevé, avaient 27 500 visites annuelles...

M. Drainville: Êtes-vous ouvert à réviser, pour elles...

M. Couillard: Pardon?

M. Drainville: Êtes-vous ouvert à réviser la décision pour elles?

M. Couillard: Bien, il faudrait... Ils amènent un élément, dans leur lettre, qui est intéressant, c'est leur prise en charge de clientèles traumatisées d'un autre hôpital. On est prêts à regarder ça avec la région.

M. Drainville: ...Tremblant?

M. Couillard: On est prêts à regarder ça avec la région mais sur la base d'arguments qui ne permettront pas un effet de cascade dans tout le reste du Québec, là. Ça a été fait pour de bonnes raisons de cette façon-là. Mais on est prêts à regarder avec la région la situation particulière de ce centre-là, pour les raisons qui sont expliquées dans la lettre.

Le Président (M. Kelley): Ça met fin à cet échange. Le reste du temps, c'est aux députés ministériels, 17 minutes. M. le député d'Orford.

● (12 h 20) ●

M. Reid: M. le Président, de notre côté, il nous reste deux questions, que j'ai ici, et, si nous nous disciplinons, et celui qui pose les questions et qui parle et le ministre de son côté, nous pourrions peut-être passer à travers ces deux questions d'ici à 12 h 30, parce que je sais qu'il y a des gens qui ont des obligations. Et, si tel est le cas, avec le consentement des deux oppositions, nous pourrions comptabiliser notre temps comme ayant été complété.

Ouverture de lits de posthospitalisation

Alors, la première question concerne d'abord les lits de posthospitalisation. Plusieurs mesures ont été prises

pour désengorger les salles d'urgence, on le sait. Bon, on pense aux cliniques-réseaux ainsi qu'aux GMF, etc. Le gouvernement a mis en place des lits de posthospitalisation — et c'est là-dessus que porte ma question — afin de permettre aux personnes ne nécessitant plus de soins actifs mais ayant toujours besoin d'hébergement de transition de quitter l'hôpital pour poursuivre leur convalescence ou leur évaluation.

Alors, est-ce que le ministre pourrait nous dresser rapidement un bilan de l'implantation de ces places, et en particulier combien de places ont été créées, quel investissement a été nécessaire, quel genre de clientèle est visée et les principaux avantages, tant sur le plan des coûts que des disponibilités et de la qualité des soins?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, bien sûr, je serai heureux de répondre.

Juste brièvement, j'espère que l'opposition officielle va clarifier sa position véritablement sur le projet de loi fédéral. C'est une situation vraiment sérieuse, qui nécessite leur attention, une expression très claire d'opinion de leur part. Et je suis certain qu'ils auront à faire ce débat-là dans leur formation politique.

Pour ce qui est des lits de posthospitalisation, ça fait partie des solutions structurantes qu'on apporte dans les problèmes d'engorgement de salles d'urgence, qui sont particulièrement importants ces jours-ci. On est encore en période de grippe intensive, là — si vous permettez l'expression — partout au Québec. Sur la carte de Santé publique, c'est bleu foncé, au Québec, là, ça veut dire que l'activité est très, très élevée, et on a toujours des problèmes d'engorgement pendant ces journées-là. Alors, ça s'ajoute aux autres mesures que sont les groupes de médecine de famille, les cliniques-réseaux, l'accès aux soins à domicile intensifs, la réadaptation, etc.

Il s'agit de prendre des personnes qui sont dans les lits de soins aigus, qui ont terminé leurs soins actifs et qui sont en transition ou qui ont besoin d'être réévaluées pour aller soit à domicile — c'est ce qu'on souhaite dans la plupart des cas — s'il y a quelques jours d'hospitalisation nécessaires de plus, soit dans un autre établissement de style réadaptation, soit retour dans un établissement hospitalier, dans la minorité des cas.

Alors là, je dois féliciter le ministre puis le sous-ministre en titre et son équipe, là, parce que je dois dire que, quand ils m'ont annoncé, il y a quelques mois, qu'ils souhaitaient développer 500 lits de posthospitalisation partout au Québec, j'ai eu un petit sourire d'incrédulité, je le confesse. Et je suis bien, maintenant, attrapé parce qu'ils ont effectivement livré la quantité de lits promise partout au Québec et qu'on envisage même d'en ajouter. Alors, c'est 500 lits qui ont été ouverts. Actuellement, sur les 500 lits, combien sont occupés? 478 sont occupés, sur les... En fait, il y en a 530 actuellement, 478 sont occupés. Ça, il faut réaliser que ce seraient 478 malades qui seraient dans les hôpitaux de soins aigus actuellement, en pleine période de grippe active, qu'on a réussi à sortir donc précocement.

Si on regarde le devenir de ces personnes-là, qui sont soit dans des résidences privées avec des services soit dans des établissements de type CHSLD, 68 % des personnes... Parce qu'on fait un suivi de ce qui arrive à

ces personnes-là une fois qu'elles sont dans ces lits post-hospitalisation. 68 % des personnes sont retournées à domicile. Donc, c'est effectivement efficace. Parce que la crainte qu'on avait, c'est qu'on remplisse ces lits et que les gens restent dans ces lits ou retournent à l'hôpital. Ce qu'on voit, c'est que c'est la période requise pour que ces personnes soient mieux orientées puis qu'on ait le temps d'attacher les services dont ils ont besoin... ou elles ont besoin à domicile, et c'est ce qui s'est produit. Et on veut bien sûr continuer à suivre cet élément-là.

Les autres destinations: il y en a 5 % qui sont allées en ressources non institutionnelles, comme les ressources intermédiaires; 6 % dans un établissement de soins prolongés; 12 % dans un établissement de soins généraux, donc retour dans un centre hospitalier; et 2 % en centre de réadaptation; et d'autres destinations dans 6 % des cas. Donc, il y a déjà 2 195 personnes qui ont quitté depuis le début du projet, ce qui montre qu'il y a un roulement correct des personnes et qu'on n'a pas de phénomène d'engorgement de ces lits-là. Alors, ça fait...

C'est probablement d'ailleurs — et ça avait été salué à l'époque par des fédérations médicales — un des plus beaux exemples de mesures structurantes mises sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans la problématique des urgences, au cours des dernières années. Et ça s'adresse à une problématique qui est fondamentale, là, dans la question d'accès des lits de soins aigus à partir de la salle d'urgence.

Il y a d'autres mesures qui vont s'ajouter. Je mentionnerais, par exemple — et je suis heureux de le faire — ce que j'ai déjà dit il y a quelques mois, la création d'une direction nationale des urgences, que l'on va bâtir sur le même modèle que la Direction nationale du cancer et celle de la santé mentale, c'est-à-dire la direction... la codirection par un administrateur ou une administratrice et d'un médecin avec des activités cliniques. Alors, je m'explique.

Le Dr Delorme, qui est notre directeur de santé mentale, fait de la clinique en santé mentale, continue à voir des patients. Le Dr Loufi, qui est le directeur de la lutte contre le cancer, continue à voir des malades. Le directeur national des urgences, qui va être nommé prochainement, aura également une attache clinique, il continuera également à travailler dans une salle d'urgence pour garder le lien essentiel avec le milieu qu'il aura à gérer avec le ministère. Alors, pour moi, c'est un développement qui est très important et très intéressant et qui témoigne d'ailleurs de l'implication grandissante des cliniciens pratiquants dans l'administration du réseau de santé du Québec, et on ne peut qu'en bénéficier.

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

Plan d'action en santé mentale

M. Reid: Merci, M. le Président. Alors, ma deuxième question a à voir avec la santé mentale — justement, on vient d'en parler. Au Québec, une personne sur six souffre d'une forme ou d'une autre de maladie mentale, et de plus, au Québec, nous détenons le triste record du plus haut taux de suicide au Canada. Nous aurons l'occasion d'en reparler dans les autres blocs.

Mais pour l'instant je voudrais souligner que, du côté du Parti québécois, le maigre investissement de

13 millions récurrents, de 1998 à 2003, a fait en sorte que les citoyens n'avaient pas les services auxquels ils pouvaient s'attendre. Et, du côté de l'ADQ, à ma connaissance, il n'y a jamais eu de véritable position sur la problématique sur la santé mentale. De notre côté, nous avons ciblé la santé mentale à titre de priorité nationale et nous nous sommes engagés à donner des orientations claires à l'ensemble des partenaires impliqués dans la santé mentale afin d'améliorer l'organisation actuelle des services.

Un plan d'action en santé mentale 2005-2010, intitulé *La force des liens*, a été rendu public le 15 juin 2005. Ce plan énonçait les balises d'une équipe et un guichet d'accès pour la population par CSSS de plus de 50 000 habitants. Alors, M. le Président, je souhaite que le ministre, pratiquement trois ans après l'annonce de ce plan-là, prenne le temps qu'il faut — on n'a pas beaucoup de temps, mais en même temps il n'est pas nécessaire d'aller dans le détail, même si c'est quelque chose d'extrêmement important — pour nous donner au moins une idée où nous en sommes par rapport à la réalisation de ce plan-là aujourd'hui.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, il s'agit d'un problème de santé très important. Le député, avec raison, souligne la triste situation au Québec sur le plan du suicide. Je mentionnerais qu'heureusement on est en progression, c'est-à-dire que le taux de suicide est en baisse continue depuis quelques années, en fait il est à son plus bas niveau depuis les 25 dernières années, et c'est un progrès intéressant qu'il faut poursuivre au cours des prochaines années. Et d'ailleurs c'est un problème de santé qui n'est pas moins important que le cancer.

Je voudrais d'ailleurs en profiter pour faire une remarque à notre collègue de l'opposition officielle, parce qu'il va proposer l'ajout d'une structure bureaucratique, aujourd'hui, dans un projet de loi apparemment qui va être déposé. Alors, on lui demandera pourquoi il n'en fait pas une également pour la santé mentale, pour les maladies cardiovasculaires et d'autres problèmes de santé majeurs. Parce qu'on ne peut pas soutenir que le problème de suicide chez les jeunes est d'une importance moindre que le problème du cancer.

Maintenant, il faut considérer que le plan d'action s'est accompagné d'investissements également. Il y a plus de 900 millions de dollars qui sont actuellement consacrés à la santé mentale dans le réseau de la santé. Et cet argent est investi et on y ajoute, chaque année, des nouvelles sommes récurrentes, en lien avec le plan d'action, qui est celui d'un virage vers la première ligne, un virage qui avait été recommandé par l'Organisation mondiale de la santé et par l'ensemble des partenaires qui s'étaient réunis en colloque, au début de notre premier mandat de gouvernement, qui avaient recommandé au gouvernement de prendre ce virage-là, donc: des guichets d'accès pour les adultes et les jeunes dans les centres de santé et de services sociaux; le suivi intensif en communauté; la question du suicide, bien sûr toujours au centre de nos préoccupations, mais c'est un produit fini de la maladie mentale malheureusement, le suicide, ce n'est pas une manifestation isolée et indépendante du reste de la problématique; le psychiatre répondant sur les territoires.

Déjà, on peut dire qu'il y a beaucoup de personnes de plus qui ont été traitées qu'auparavant. Et le plan est

en déploiement dans toutes les régions du Québec, avec un léger retard à Montréal, où il y a quand même des déploiements qui se font, parce qu'à Montréal il y a un enjeu idéologique. Le domaine de la santé mentale est un enjeu riche... est un domaine riche en affrontements idéologiques, particulièrement dans une région comme Montréal. Mais on va aller de l'avant également avec une adaptation du plan bien sûr à la réalité montréalaise, ce que le P.D.G., M. Levine, est en train de réaliser.

● (12 h 30) ●

Mais déjà on peut dire que les services de première ligne qui ont été ajoutés ont fait en sorte que, en 2006-2007 seulement, 6 366 jeunes de moins de 18 ans ont bénéficié de services en santé mentale en première ligne, comparé à 2 162 en 2004-2005; c'est 195 % d'augmentation. Au 31 mars 2007, il y avait 2 262 jeunes de moins qu'au 31 mars 2002 en attente d'une évaluation en pédopsychiatrie; une réduction également de la durée moyenne sur civière en troubles mentaux, on a eu l'occasion d'aborder cette question hier. Le nombre d'adultes également qui ont bénéficié de services de première ligne est passé de 34 296 à 36 890 et 47 127 en 2006-2007, une augmentation de 37 %.

Alors, je le dis pour indiquer que certaines craintes qui avaient été émises que le virement vers la première ligne diminuerait l'accès aux services spécialisés, on voit, ne se sont pas réalisées, particulièrement pour l'attente en pédopsychiatrie chez les jeunes. Parce que ce qu'on sait, c'est qu'un problème qui est identifié ou étiqueté comme un problème de santé mentale à la référence n'est pas uniquement, ou strictement, ou nécessairement un problème de santé mentale, ça peut être un problème social, être un problème médical autre, un problème familial. Alors, ça permet, cette intervention précoce de la première ligne, de mieux diriger la personne et de s'assurer qu'on conserve les gens spécialisés pour leurs tâches véritables.

Alors, je pense, c'est un des plans d'action dont, avec raison, je crois, le gouvernement peut être le plus fier. D'ailleurs, j'aime beaucoup le titre de ce plan-là, *La force des liens*, des liens qu'on doit garder entre nous dans une société solidaire. Et on va continuer à soutenir la progression de ce plan par des investissements requis au cours des prochaines années, comme on l'a fait depuis sa mise en place.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, tel que convenu, ça met fin aux 15 heures, le volet Santé de l'étude des crédits de Santé et Services sociaux.

Cet après-midi, à 15 heures, nous allons commencer le volet Services sociaux. Je rappelle aux trois formations politiques qu'il y a la possibilité de faire des remarques préliminaires d'une durée de 10 minutes — c'est facultatif, mais ça, c'est une possibilité — sur le volet Services sociaux.

Alors, j'ajourne nos travaux jusqu'à 15 heures, dans la salle Papineau, en bas. Merci beaucoup à tout le monde qui ont assisté à ce premier bloc de 15 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 32)

(Reprise à 15 h 14)

Le Président (M. Kelley): ...prendre place, parce que la règle d'or est toujours: si on veut terminer, il faut

commencer. Alors, je constate quorum, de nouveau, des membres de la Commission des affaires sociales. Alors, je déclare la séance ouverte en rappelant le mandat de la commission.

La commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Services sociaux des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2008-2009. Une enveloppe totale de cinq heures a été allouée pour l'étude de ce volet.

Pour cette nouvelle session, Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme L'Écuyer (Pontiac) remplace Mme Vallée (Gatineau) et Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve) remplace M. Drainville (Marie-Victorin).

Services sociaux

Le Président (M. Kelley): Bienvenue à nos collègues. Alors, je vais juste, très rapidement, rappeler les règles du jeu pour ce deuxième volet de l'étude des crédits Santé et Services sociaux. C'est une enveloppe d'une durée de cinq heures. Alors, il y aura la possibilité pour les remarques préliminaires d'une durée maximale de 10 minutes pour le ministre et pour les deux groupes formant l'opposition. Après ça, on va continuer avec nos blocs de 20 minutes.

On a le partage du temps. Nous avons commencé 15 minutes en retard, alors il y a une question de soit poursuivre un petit peu demain ou... Parce que je sais qu'il y a des collègues à ma droite qui ont des rencontres à 18 heures pile, alors ça va être difficile de dépasser 18 heures, peut-être quelques minutes. Mais on a un 15 minutes à rattraper, soit... En tout cas, on va essayer de trouver une entente pour respecter notre enveloppe de cinq heures, tel que prévu par l'ordre de la Chambre.

Remarques préliminaires

Alors, sans plus tarder, on va commencer les remarques préliminaires en cédant la parole au ministre pour des commentaires d'une durée maximale de 10 minutes.

M. Couillard: Je vais passer mon tour, M. le Président. J'ai fait de longues remarques préliminaires dans la première session, là, on pourra s'y référer parce que ces remarques couvraient également une partie des éléments qu'on discutera dans quelques minutes.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. Ça laisse le temps additionnel pour les parlementaires. M. le député de L'Assomption.

M. Éric Laporte

M. Laporte: Je vais être bref, moi aussi, dans mes remarques préliminaires, mais pas aussi bref que le ministre. C'est ma deuxième étude des crédits, deuxième étude des crédits des Services sociaux. Ce qui est intéressant cette année, c'est qu'on a eu le temps de faire encore plus de recherches, plus de démarches dans le milieu. On va pouvoir aussi comparer avec les réponses qu'on a eues l'année passée sur les études de crédits pour voir l'évolution.

Un dossier qui me tient toujours aussi à coeur, puis mes collègues l'ont remarqué lors de la dernière étude des crédits, c'est celui des jeunes en difficulté. J'ai passé au-dessus de trois blocs, là, de mémoire, de 20 minutes, l'année passée, à questionner, entre autres, la DPJ mais tout ce qui concerne les jeunes qui peuvent être en difficulté dans notre société. Mais c'est toujours aussi préoccupant si on regarde le nombre de signalements, qui avoisine les 30 000 signalements par année, signalements retenus. Je crois qu'il y a entre 90 000 et 100 000 personnes, des jeunes, qui sont sous la Loi de la protection de la jeunesse ou qui ont un besoin de protection. Donc, évidemment, je vais encore passer beaucoup de temps là-dessus.

Je pense qu'il y a des questions de crédits essentielles à vérifier, à regarder, comment l'argent a été investi, comment, les programmes que le ministre a mis en place, comment ça fonctionne, quel montant va être investi à l'avenir dans ces programmes-là, mais aussi des questions de fond, des questions de fond concernant le fonctionnement de la protection de la jeunesse entre autres, des questions de fond sur le service apporté par les CLSC.

Cette année, c'est une année importante, étant donné qu'on est en pleine... on est dans la première année de modification de la Loi de la protection de la jeunesse — le projet de loi n° 125 — qui est entrée en vigueur au mois de juillet, le 9 juillet dernier. Donc, ça va être important de faire un suivi pour voir comment ça évolue, comment les changements apportés évoluent. Il faut être certain que la loi soit mise en vigueur de façon, là... de façon appropriée.

D'autres sujets aussi qui m'intéressent, les mêmes sujets qui m'ont intéressés l'année passée, mais je vais en amener d'autres dont j'ai peut-être un petit peu moins parlé l'année passée, dont un, entre autres, qui est très préoccupant. J'ai l'intention d'avoir de bonnes discussions constructives avec le ministre là-dessus, je pense que c'est important, là, quand on parle de sujets aussi importants, d'avoir des discussions constructives. On va faire des critiques, c'est sûr. Je n'ai pas de gêne à dire aussi ce qui fonctionne bien et je pense que l'important, c'est d'être constructif dans nos débats.

Bien, ça va être la cause du suicide qui me préoccupe particulièrement. Au Québec, on est la province au Canada où est-ce qu'il y a le plus grand nombre de suicides. Entre trois et quatre personnes s'enlèvent la vie chaque jour, au Québec. C'est extrêmement préoccupant. On parle de 70 tentatives de suicide par jour. C'est incroyable, c'est 25 000 par année. Les cégeps ont enregistré 125 tentatives et 11 suicides l'an dernier. C'est 400 000 personnes, l'entourage des proches, qui sont touchés par ce fléau. C'est un fléau national. Donc, j'ai l'intention de discuter avec le ministre longuement là-dessus pour voir qu'est-ce qu'on pourrait faire. Est-ce qu'on ne pourrait pas en faire plus? C'est ce que je crois. Donc, j'ai bien hâte d'entendre le ministre sur ce sujet.

Évidemment, je vais toucher aussi beaucoup d'autres sujets, entre autres le jeu pathologique. Le ministre, je crois, connaît mon intérêt, là, pour la cause du jeu pathologique. Donc, c'est sûr que je vais l'interroger sur ses responsabilités à lui, non pas celles de Loto-Québec. On va faire la différenciation entre le rôle du ministère de la Finance, de Loto-Québec, et son rôle. Je vais quand même interroger là-dessus.

● (15 h 20) ●

Tous les autres sujets aussi, bien entendu. On parle du sort des personnes handicapées, la réadaptation, les enfants avec des problèmes, les enfants TED, l'autisme. On a énormément de sujets à couvrir, donc j'ai hâte de commencer à questionner le ministre là-dessus, l'itinérance aussi, entre autres, et j'en passe.

Je prends juste un autre deux petites minutes dans mes remarques préliminaires pour féliciter tous les organismes, tous les gens qui travaillent dans les organismes pour faire la promotion des causes qui leur tiennent à coeur. Je sais qu'il y a des gens du Mouvement PHAS, là, ici, entre autres. J'ai rencontré les gens du mouvement... des organismes Espace dernièrement, du RSIQ. Donc, je prends un petit deux minutes pour les féliciter pour leur travail. C'est des gens qui représentent souvent des citoyens sans voix, des citoyens qui n'ont peut-être pas la possibilité de se faire entendre devant nous. Mais ces gens-là mettent beaucoup de pression pour faire avancer leur cause, pour faire avancer leur dossier. Ça, je pense que ça mérite d'être souligné. Je les encourage à continuer. Puis, nous, en tant qu'opposition officielle, on va essayer de se faire leur porte-parole pour faire passer le message au ministre.

Donc, sur ce, je vais m'arrêter, puis on va pouvoir prendre plus de temps pour les questions.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. À son tour, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais également, M. le Président, vous saluer, vous-même, nos collègues, le ministre, les personnes qui l'accompagnent, mais en particulier saluer les personnes qui travaillent et interviennent auprès des personnes sans doute les plus vulnérables de notre société. Je pense en particulier aux victimes — et parents — d'une déficience intellectuelle, ou d'une déficience physique, ou d'un problème de toute nature. Et je voudrais leur dire combien leur présence parmi nous, cet après-midi, est importante.

Je pense en particulier aux représentants du Mouvement des personnes handicapées pour l'accès aux services, le Mouvement PHAS, je pense aux représentantes et représentants du Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle, de même qu'aux représentants, M. Gagnon, de la coalition de l'ensemble des tables régionales d'organismes communautaires qui sont associées par le biais du programme SOC, Soutien aux organismes communautaires, du ministère de la Santé et des Services sociaux. Demain, je sais que Les Auberges du coeur de Montréal devront être parmi nous. Je pense aussi au mouvement des personnes itinérantes et à l'ensemble de tous ces organismes qui interviennent auprès de ces personnes. Et je me dis que, si, durant les crédits de 2008-2009, il y a eu cette représentation soutenue — elle fut faite sûrement auprès de l'opposition officielle, elle le fut également auprès de ma formation politique — je crois que c'est du fait que ces personnes sentent la nécessité, à ce moment-ci, d'une mobilisation à l'égard des personnes les plus vulnérables. J'aurai l'occasion évidemment d'y revenir, peut-être trop brièvement.

Mais je voudrais aborder rapidement trois dossiers, le premier étant celui des personnes âgées. Quand je

pense «âgées», évidemment je ne pense pas à moi-même, malgré que je sois du troisième âge, mais je pense aux personnes du quatrième âge qui sont en perte d'autonomie et particulièrement aux personnes qui ont des incapacités qui les conduisent vers un continuum de services qui leur fait défaut présentement. Pour avoir une idée réelle de ces chiffres que le gouvernement et le ministre, en fait, et ses collègues parfois annoncent, j'ai fait préparer l'état de situation pour le territoire du Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale, dont j'occupe une partie seulement, puisque ça couvre 171 000 de population, à la fois les comtés d'Hochelaga-Maisonneuve, Rosemont et une partie importante du comté de Bourget. Et ce dont je me suis rendu compte, c'est que c'est un des territoires où il y a le plus de personnes âgées à Montréal, c'est le deuxième sur les 12 territoires de centres de santé et services sociaux. Et au total le budget de développement, là — j'ai la confirmation ici par écrit — a seulement été de 104 000 \$ en 2007-2008 sur un budget de maintien à domicile de 12 millions. Ça correspond, ça, si ma mémoire est bonne, je pense, c'est à 1/100 de 1 %. Ça a été 1/100 de 1 % de développement. Et ce qui est prévu immédiatement, là, dans les mois à venir et les années à venir, c'est une intensification de la demande de maintien à domicile. Là, souvent, on parle de domicile de chambreurs désinstitutionnalisés, on parle de domicile de gens qui sont très isolés, puisque c'est au-delà de 60 % des gens de plus de 80 ans qui vivent seuls et qui ont de très faibles revenus, sous le seuil de pauvreté, comme on le sait. Alors, je pense que ça va être un aspect important.

Le ministre va me répondre qu'il y aura 80 millions cette année, mais, vérification faite auprès des intervenants du réseau, cet argent, entre autres, va servir à des ressources non institutionnelles. Cet argent va servir également à du posthospitalier de courte durée. Alors, quand on regarde en tant que telle la longue durée, on se rend compte que c'est le parent pauvre, alors que ce qui est lié au vieillissement est même en diminution par rapport au financement des années antérieures, M. le Président, et ça ne peut pas durer.

Les orientations sont intéressantes, hein, les orientations en matière d'hébergement de longue durée, de maintien à domicile, être chez soi, le premier choix, a toujours été, comme vous le savez, la priorité du gouvernement précédent, mais encore faut-il qu'il n'y ait pas de sous-financement. Alors, le ministre nous parlait des interventions en maintien à domicile, je rappelle que ça a augmenté de 100 % entre 1994 et 2003. Alors, il faudrait qu'il en soit autant parce qu'avec le vieillissement c'est bien évident que ce qui est lié à la longue durée...

Moi, je voudrais, là, qu'on soit sérieux, qu'on parle de la longue durée quand on parle de maintien à domicile, puisque, quand on parle de l'ensemble du posthospitalier, c'est ce qui a retenu la priorité, parce que c'est ce qui permet de désengorger les urgences, et de désengorger les hôpitaux, et de désengorger les lits d'hôpitaux. Mais on le voit en flèche à Montréal, entre 2003 puis 2007, c'est une augmentation de 34 000 personnes âgées de plus de 75 ans qui ont abouti dans une urgence d'hôpital. On voit bien que ça n'a pas de bon sens, là, il y a quelque chose qui fait que le système n'est plus adéquat parce que manifestement il souffre de sous-financement.

J'aimerais également aborder toute la question des organismes communautaires et de leur financement.

Je sais que le ministre a été sollicité, qu'il n'a pas réussi à trouver le temps de donner rendez-vous aux représentants de l'ensemble des organismes communautaires qui lui avaient demandé ce rendez-vous avant les crédits. Je rappelle qu'il y a 2 800 organismes communautaires, 22 000 employés, travailleurs et travailleuses, 300 000 bénévoles et plus de... presque 2 millions d'utilisateurs de ces organismes communautaires qui ont à faire valoir la nécessité de bien rendre... de rendre beaucoup plus visibles les budgets qui leur sont alloués. En fait, la démonstration est assez évidente, dépendamment des régions. Certaines régions utilisent les budgets, par exemple l'indexation, les organismes communautaires ne voient jamais le jour parce que ces montants sont utilisés à d'autres fins.

Alors, je pense que, cette année, il y a une bonne discussion qui s'impose sur l'avenir et le soutien, l'accompagnement de ces organismes communautaires qui sont devenus indispensables à notre société et qui dans le fond réclament, avec raison, je crois, un nouveau programme services, n'est-ce pas, comme les programmes qu'on connaît déjà, là, mais qui permettrait de rendre très visible ce qu'obtiennent ou pas les organismes communautaires. Là, présentement, il y a une opacité, un manque de transparence. En fait, personne ne s'y retrouve, hein? C'est des budgets, là, genre auberge espagnole: déficience physique, déficience intellectuelle, santé mentale, toxicomanie, tout ça finalement est confondu, personne ne sait exactement. Sauf qu'en déficience intellectuelle ce qu'on me soumet, les budgets sont allés beaucoup, beaucoup aux personnes qui en avaient besoin, bien évidemment, en troubles envahissants de comportement, mais on me dit qu'à Montréal notamment, en déficience intellectuelle, l'agence aurait reconnu qu'il n'y a eu aucun budget de développement l'an dernier. Alors, il y a des listes d'attente extrêmement inquiétantes.

Et, sur cette question de déficience intellectuelle en particulier, je pense qu'il y a une population qui crie au secours. Si je vous lisais des extraits de lettres que je reçois par courriel, de parents qui sont mais vraiment... M. le Président, c'est d'un pathétique parce que ce sont des gens qui ne souhaiteraient que de voir les choses progresser, évoluer et ils sentent très bien à quel point ils sont abandonnés, et surtout que leurs enfants, qui sont souvent... qui ont un double diagnostic parfois à la limite, là, comme on dit, d'un diagnostic santé mentale et déficience intellectuelle.

Alors, voilà, M. le Président, quelques priorités, mais nous aurons l'occasion d'y revenir. Je vous remercie.

● (15 h 30) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la députée. Je pense, la table est mise. Je veux féliciter les membres de la commission pour votre discipline dans les premières 15 heures. Parce que, tout le monde, on questionne la présidence sur la gestion, la durée des temps des questions et des réponses, et je veux juste dire, parce que, je pense, les chiffres m'ont surpris, mais ils sont intéressants: dans le bloc réservé à l'opposition officielle, vos questions ont pris 2 h 22 min à poser, et les réponses du ministre étaient de 2 h 44 min. Alors, je pense qu'il y a un bel équilibre. Également, pour le deuxième groupe de l'opposition, les questions ont pris 2 h 1 min à poser, et les réponses étaient de 2 h 20 min. Alors, je pense qu'on est dans un bel équilibre parce que, tout comme dans la période de questions à l'Assemblée, il faut permettre

un petit peu plus de temps pour les réponses que pour les questions, mais je pense que, de part et d'autre, on a respecté ces règles de jeu. Alors, félicitations à tout le monde.

Discussion générale

Sans plus tarder, on va commencer un tour, des blocs de 20 minutes, en commençant avec l'opposition officielle. Je suis prêt à céder la parole au porte-parole et député de L'Assomption.

Protection de la jeunesse

M. Laporte: Merci, M. le Président. Donc, tel que convenu, on va commencer en discutant des jeunes en difficulté. J'aimerais ça commencer de façon plus générale, de façon plus globale, un petit peu voir la vision du ministre pour ce qui est de la protection de la jeunesse. On sait qu'avec la nouvelle loi qui est entrée en vigueur le 9 juillet dernier on veut donner plus de responsabilités aux CLSC, éviter aux centres jeunesse d'avoir à traiter des cas qui pourraient être traités en CLSC.

Dans tous les mémoires que j'ai lus lors de l'étude du projet de loi n° 125, il y en a un particulièrement qui m'a marqué, qui m'a impressionné, puis la personne qui l'a écrit m'impressionne aussi pour ce qu'elle fait avec les enfants en difficulté, c'est le Dr Gilles Julien. Dans son mémoire, le Dr Julien avançait comme vision des choses de référer plus de 70 %... tous les cas de négligence devraient être référés aux CLSC ou à des organismes communautaires, donc de laisser tous les cas de négligence se régler à l'intérieur même de la communauté avec les outils en place, le soutien aux familles nécessaire, la prévention puis laisser à la DPJ vraiment les cas plus lourds, les cas vraiment difficiles où est-ce qu'on a besoin d'une expertise. C'est une vision qui m'apparaît très sensée, puis j'aimerais avoir la vision du ministre sur ce sujet.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, en remarque d'introduction au sujet soulevé par notre collègue, comme on est dans une session d'étude de crédits, donc d'engagement de dépenses du gouvernement, je voudrais juste annoncer à notre collègue — peut-être qu'il en a pris connaissance — que son candidat dans l'Outaouais a confirmé la ligne de parti qui disait qu'il ne faut pas investir plus en santé. Alors, je pense qu'on doit maintenant, à partir de maintenant, comme ça a été dit par le chef de l'opposition officielle, par des candidats, comprendre que c'est la direction que souhaite adopter l'ADQ dans le financement des soins de santé et services sociaux. Je peux vous dire que ça a été reçu à plusieurs reprises dans le réseau, ce message-là.

J'ai effectivement déjà rencontré le Dr Julien. En fait, quand j'avais le mandat de représenter les citoyens du comté de Mont-Royal, j'avais rencontré le Dr Julien dans une de ses cliniques. Je pense que la première qu'il a fondée était dans la circonscription de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Il y en a une également dans Côte-des-Neiges qu'il avait ouverte, et maintenant il veut en ouvrir ailleurs, dont ici, dans la Capitale-Nationale. Alors, on est certainement intéressés à collaborer avec lui.

D'ailleurs, il m'a présenté... pas lui, mais un de ses représentants m'a amené, il y a quelque temps, un

projet de livre — peut-être que le député l'a vu — un livre qu'il veut publier, des photos des familles et des enfants plus tard. C'est très touchant, ça. Alors, on va soutenir ce projet-là également et d'autres projets. Et je vais rencontrer le Dr Julien à nouveau bien sûr, s'il le souhaite, et je crois qu'il souhaite que ça ait lieu.

Pour ce qui est du programme de protection de la jeunesse, de la jeunesse en difficulté, moi, je regrette beaucoup qu'à l'époque l'ADQ n'ait pas soutenu cette loi et je trouve que... Et, s'ils devaient faire un examen de conscience, ils devraient le faire publiquement. Ils auraient dû se joindre, à l'Assemblée nationale, aux deux autres formations politiques et soutenir cette loi qui était une loi qui était réclamée et qui a été saluée par tous les intervenants du milieu de la protection de la jeunesse.

Maintenant, cette loi est en place. Elle consacre effectivement plusieurs principes. Le premier principe, c'est que le meilleur choix pour les enfants, c'est toujours le milieu naturel, le milieu de leur famille. Le deuxième principe, c'est de faire intervenir la première ligne dans les communautés ou dans les familles le plus possible pour intervenir avant que les signalements se produisent et, de cette façon, faire en sorte que les intervenants spécialisés, qui sont les directeurs de la protection de la jeunesse et les centres jeunesse, se concentrent sur les cas réclamant leur expertise.

Il y a également eu des investissements continus. Et d'ailleurs je dois dire — on en parlera au cours de cette séance sur les services sociaux — c'est le seul programme dans lequel les investissements récurrents du gouvernement qui nous a précédé et les nôtres sont d'ampleur comparable, évidemment sur un nombre plus grand d'années, mais on glissera ça, là, de côté. On a à peu près le même nombre de dollars récurrents investis, autour de 90 millions de dollars, pour chacun des gouvernements qui se sont succédé, ce qui témoigne d'un engagement continu.

Maintenant, ce qu'il faut dire, c'est qu'avec les sommes qui ont été investies de nouvelles façons de faire et une intensité dans le suivi et l'accompagnement des centres jeunesse ont fait en sorte que nous obtenons d'excellents résultats. Alors, de façon à l'illustrer, M. le Président, je pourrais indiquer, par exemple, que, lorsqu'on mesure — d'abord vous l'avez dit — le nombre de signalements reçus et retenus, il y a eu, entre 2002-2003 et 2007-2008, une augmentation de 15 % des signalements reçus, de 58 956 à 67 755, et ceux retenus ont également augmenté mais de 7 %, de 27 144 à 29 066. Pendant la même période, donc alors qu'il y a une pression accrue de demande de services, le délai d'attente à l'évaluation des besoins a décliné de 39 %, passant de 25,38 jours en 2003-2004 à 15,4 jours en 2007-2008. Le délai d'attente à l'application des mesures une fois les besoins identifiés a baissé de 43 %, 33,57 jours à 19,03 jours. Donc, c'est un progrès considérable qui est lié à une combinaison d'investissements, et de meilleures pratiques, et de meilleures façons de faire dans nos centres jeunesse. Et il y a également, parallèlement, une réduction progressive de la charge de travail des intervenants, qui varie d'une région à l'autre mais qui nous amène progressivement vers les objectifs qui ont été retenus.

Au cours des années, également, on a eu des rencontres répétées avec les représentants de l'Association des centres jeunesse et des établissements de santé et services sociaux pour déterminer les orientations et les

choix budgétaires des années suivantes d'abord pour respecter les orientations de la Loi sur la protection de la jeunesse et faire en sorte que les intervenants de première ligne également reçoivent des budgets de développement et non pas uniquement les centres jeunesse, puisque la logique est d'augmenter leur capacité d'agir pour diminuer la pression sur les centres jeunesse spécialisés. On a investi donc dans les deux milieux.

Et, sur les besoins plus spécifiques des centres jeunesse, on a suivi leurs recommandations. Par exemple, la dispersion d'équipes de soutien en santé mentale pour les centres jeunesse a été accomplie, la généralisation du programme Qualification des jeunes pour les orienter vers le milieu de travail à la sortie du centre jeunesse a été effectivement et également mise en place, de même que d'autres mesures qui seront également étalées sur les prochains mois, les prochaines années avec les nouveaux développements budgétaires qui ont été annoncés. À titre d'indication, cette année, ces développements budgétaires sont de 15 millions sur une base annuelle. Ils étaient de 30 millions en 2007-2008. Et c'est en lien avec les demandes qui sont faites par les intervenants de ce milieu d'intervention.

Je terminerais, M. le Président, en disant que, l'autre jour, je suis allé à la soirée de reconnaissance du Centre jeunesse de Québec, où on saluait le départ à la retraite et l'ancienneté de plusieurs employés. C'était touchant de voir le dévouement de ces gens et la fierté qu'ils ont du travail qu'ils ont accompli dans les centres jeunesse. Et ça nous rassurait, et ça nous consolait, et ça les consolait également par rapport à certains raccourcis qui ont été faits il y a une couple d'années, lorsqu'il y a eu diffusion d'un document cinématographique avec, ma foi, des commentaires un peu inappropriés de la part de l'ADQ à l'époque sur la question de la jeunesse en difficulté, qui explique probablement leur désir de ne pas suivre l'Assemblée nationale dans l'adoption de la réforme de la Loi sur la protection de la jeunesse, ce qu'ils auraient dû faire honnêtement, à l'époque. Il est encore temps pour eux, aujourd'hui, de faire amende honorable et dire qu'effectivement il aurait fallu approuver ce projet de loi et en faire une adoption unanime. Je regrette que ça n'ait pas été le cas.

Le Président (M. Kelley): Merci, monsieur... M. le député.

● (15 h 40) ●

M. Laporte: Ce que j'essayais de faire, c'est de voir la vision du ministre, voir s'il adhérerait à la vision du Dr Julien. J'ai plutôt eu droit à un discours partisan, ce qui est déplorable. C'est l'attitude du ministre, le ministre veut adopter cette attitude-là, c'est son choix. Mais, moi, j'ai des dizaines et des dizaines de parents qui viennent me voir, j'ai vu et j'ai rencontré des enfants qui ont besoin d'aide, qui ont besoin d'un ministre qui a du leadership, puis le ministre vient juste de nous prouver qu'il n'a aucune vision pour ce qui est de la protection de la jeunesse.

Aide à la pédiatrie sociale

Le ministre a parlé de pédiatrie sociale, qu'il voulait aider le Dr Julien dans le développement de centres de pédiatrie sociale. J'aimerais savoir combien, quelle portion du budget a été consacrée à l'aide à la pédiatrie sociale, quelles sommes seront investies, 2008-2009, pour la pédiatrie sociale.

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

M. Couillard: Alors, on avait annoncé déjà, en décembre 2006, au Dr Julien — d'ailleurs, on lui avait écrit alors personnellement, Mme Guérette lui avait écrit alors — un plan d'investissement sur quatre ans de 750 000 \$, 150 000 \$ pour l'année 2006-2007 et 200 000 \$ pour les trois années subséquentes, pour l'implantation de son projet dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Alors, à mesure que le Dr Julien voudra développer d'autres projets, on sera au rendez-vous. On croit beaucoup à cette formule-là.

Je rappelle que, pour le Dr Julien également, pour lui avoir parlé, il est important de se développer, pour lui, à l'extérieur du réseau. Le Dr Julien ne veut pas devenir partie intégrante du réseau de santé et services sociaux, il veut avoir des liens de partenariat non seulement avec le ministère, mais avec d'autres types d'organisations.

Donc, il y a déjà des contributions qui ont été annoncées. Et, comme je rencontrerai bientôt le Dr Julien, j'aurai l'occasion, en discutant avec lui, de connaître quels sont ses plans de développement et quelles seraient les demandes qu'il aurait à nous adresser pour soutenir son activité, tout en étant conscient encore une fois qu'il ne désire pas devenir — comment dire? — un appendice ou un organisme directement en lien formel avec le réseau de santé. Il veut garder une autonomie la plus complète possible, compte tenu du caractère de son action, qui est maintenant reconnue, on le sait, de façon importante.

Il y a également un fonds annoncé au budget du ministère de la Famille qui va s'adresser directement... D'ailleurs, le Dr Julien, je suis certain qu'il s'en souvient, il était présent lors du discours du budget pour saluer la mise sur pied d'un fonds conjoint avec la Fondation Lucie-et-André-Chagnon pour le soutien à l'enfance en difficulté. Et sa présence n'est pas un hasard, c'est à travers son action que ce fonds va agir. Je crois que le fonds, sur 10 ans, était de... 200 millions? 20 millions par année?

Une voix: 20 millions par année.

M. Couillard: 20 millions par année. Alors, c'est assez considérable. Je pense que c'est en fait historique comme niveau de financement.

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

M. Laporte: Effectivement, une chance que le ministre a la famille Chagnon pour l'aider parce que leur contribution...

M. Couillard: Pourquoi pas?

M. Laporte: Effectivement, c'est louable, c'est tant mieux. On ne peut pas être déçus. Mais une chance qu'il les a. Une chance qu'il les a.

Budget des centres jeunesse

Question très technique: Quel est le budget de l'ensemble des centres jeunesse? L'Association des centres jeunesse dans son ensemble, c'est quoi, le budget total?

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

M. Couillard: On ne parle certainement pas de l'association, mais des centres jeunesse eux-mêmes, là. On pourra vous trouver ça. C'est des questions, là, qui nécessitent des additions ou des soustractions. On vous communiquera ça ultérieurement.

Le Président (M. Kelley): C'est noté. M. le député.

M. Laporte: Oui...

M. Couillard: Mais là encore je vous rassure, là, c'est pour ne pas faire de silence, d'interruption dans nos débats. On va sortir les chiffres. S'ils sont disponibles dans la section en cours, on les communiquera, sinon, demain matin, ils seront prêts de toute façon.

Le Président (M. Kelley): Merci. M. le député.

Programme Qualification des jeunes

M. Laporte: Parfait, ça me convient. Tantôt, je parlais, là, un petit peu la vision des choses. On a présentement une structure qui est quand même assez lourde au niveau de la protection de la jeunesse. Puis le Dr Julien parlait de décentralisation, d'amener ça plus près du milieu, plus près du local, plus près des jeunes eux-mêmes, ce qui pourrait avoir des avantages quand même assez marqués, je crois.

J'ai juste à penser au programme qualification jeunesse. Le programme de qualification jeunesse, c'était un besoin essentiel pour les jeunes qui étaient sous la Loi de la protection de la jeunesse. C'est un programme qui leur permettait de ne pas être... à 18 ans, de ne pas tomber sans aucune ressource, sans aucun support dans la société, c'était quelque chose que... Je pense qu'il était évident qu'on avait besoin d'un tel programme.

Ce qui est un petit peu décourageant, c'est que les projets pilotes ont commencé en 2001, puis on est aujourd'hui rendu en 2008, puis ce n'est pas encore toutes les régions, je crois, qui ont accès au programme qualification jeunesse. Je sais que ça s'en vient, mais ce que j'essaie de déplorer, c'est le fait que ça a pris quand même huit, neuf ans avant que le programme soit implanté partout.

Quand je regarde, on a pu voir le Dr Julien dernièrement parler d'une de ses initiatives, qui était celle... Tout le monde sait, là, depuis, qu'il y a eu certains articles qui disaient qu'un jeune sur trois, je crois, n'est pas prêt à commencer l'école. Tout de suite, on a des organismes communautaires qui se sont revirés puis qui ont mis sur pied des programmes pour aider ces jeunes-là à être prêts pour aller à l'école. Si on regarde la façon que la protection de la jeunesse a fonctionné avec le programme qualification jeunesse, que ça a pris huit ans, je crois que la structure est lourde puis qu'il y a des inconvénients, comme celui du programme de qualification jeunesse, qui sont dus à la lourdeur du système.

Donc, j'aimerais savoir, le ministre, si, lui, il considère également que ça a été long, extrêmement long pour mettre ça sur pied. Puis où est-ce qu'on en est rendu, là? Combien de régions, là, doivent encore recevoir les sommes pour mettre le programme sur pied?

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

Budget des centres jeunesse (suite)

M. Couillard: M. le Président, je ne dirais pas que je suis surpris, parce que maintenant je suis habitué à ce niveau de performance, puis, avec une rapidité fulgurante, les gens du ministère qui m'entourent ont déjà trouvé la réponse à la question du député sur les budgets de fonctionnement des différentes parties du programme Jeunes en difficulté. Alors, je lui indique que, si on regarde les centres jeunesse, en 2002-2003, les budgets étaient de 582 031 000 \$. Ils sont maintenant, en 2007-2008 — et ça ne tient pas compte de l'ajout de cette année — à 717 109 845 \$, une augmentation de 23 %.

Si on regarde maintenant les missions de CLSC — c'est intéressant pour montrer l'équilibre entre les investissements — c'est passé de 113 282 000 \$ à 139 861 000 \$, 23,5 %, donc un pourcentage d'accroissement identique à celui des centres jeunesse. Les services comme l'hébergement et l'alimentation ont augmenté de 23,2 %, de 695 à 856 millions. Les organismes communautaires atteignent maintenant presque 66 millions de dollars. Alors, il y a des investissements qui sont considérables.

Le grand total pour la mission de protection ou le programme de Jeunes en difficulté, si on regroupe tous les types de programmes qui existent à l'intérieur de cette appellation plus large, on est passé de 966 800 000 \$ à 1 187 395 000 \$, une augmentation de près de 23 %. Alors, c'est un effort financier considérable qui a été, avec raison d'ailleurs, consenti dans le programme de la jeunesse en difficulté et qui explique probablement que l'Association des centres jeunesse, après le budget et dans un communiqué, encore une fois, comme ça a été le cas chaque année d'ailleurs, a salué de la façon suivante: *Les priorités au bon endroit pour les jeunes en difficulté et leur famille.* «Ces mesures s'inscrivent dans le sens des besoins des jeunes en difficulté qui figurent parmi les clientèles les plus vulnérables de notre société.»

Programme Qualification des jeunes (suite)

Pour ce qui est du programme Qualification des jeunes, ce qu'on m'indique actuellement, c'est qu'il est déployé dans toutes les régions sauf trois qui seront faites cette année. C'est 3,8 millions pour 500 jeunes, et on va augmenter, en 2008-2009, les trois régions qui manquaient. Il y en a 13 où c'est déjà implanté. Les trois régions sont: Saguenay—Lac-Saint-Jean, Côte-Nord et Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Maintenant, ce qui est intéressant également, c'est les résultats de ce programme — et je suis certain que le député a eu l'occasion de rencontrer les gens des centres jeunesse — où on considère qu'après l'évaluation 77 % des jeunes qui ont participé au programme de qualification ont atteint leur objectif. 74 % des participants parviennent à convertir plus de 50 % de leurs objectifs personnels en résultats. Plus de 73 % des jeunes ayant trouvé un emploi sont parvenus à le conserver pour au moins un an, ce qui est considérable parce qu'on a des jeunes en difficulté, il s'agit de jeunes qui ont vécu des situations très difficiles et pour lesquels il est très difficile de s'intégrer facilement dans le milieu de travail, à moins qu'on bénéficie d'un programme semblable.

Alors, je pense que j'ai répondu à la question, là, autant sur les budgets que sur le programme de Qualification des jeunes.

Le Président (M. Kelley): M. le député, il vous reste quatre minutes.

M. Laporte: Je suis parfaitement d'accord que le programme qualification jeunesse est extrêmement important pour les jeunes. Ce que je déplore, c'est vraiment la lenteur. Justement, le ministre vient de le confirmer, c'est extrêmement important, c'est un besoin essentiel. Puis ça a pris huit ans à mettre sur pied. Je considère que c'est vraiment beaucoup trop long. En 2001, le projet pilote a commencé, donc c'est vraiment huit ans. C'est trop long, ça n'a pas de bon sens pour un besoin aussi essentiel. J'aimerais...

M. Couillard: ...en tout cas.

Charge de travail des intervenants dans les centres jeunesse

M. Laporte: Le ministre aura l'occasion d'y revenir s'il le désire. Pour ce qui est des intervenants, du nombre de cas par intervenant, je crois qu'il y a eu une diminution par rapport à l'année passée. Le ministre pourrait me rappeler, là, les chiffres exacts. J'ai fait des calculs rapides, puis, je crois, on est rendu à 20 cas pour un intervenant. Bien, j'aimerais ça qu'il me clarifie, qu'il me dise si exactement on est rendu à 20 pour un puis si, l'année passée, c'était un pour 22, quelque chose comme ça. Puis c'est quand qu'on va avoir notre un pour 16, comme les centres jeunesse le demandent, pour donner le suivi et les soins intensifs comme ils devraient pouvoir les donner?

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

● (15 h 50) ●

M. Couillard: Bien, effectivement, M. le Président, je vais être obligé de dire à notre collègue que, compte tenu des déclarations répétées de son parti politique, à chaque fois, maintenant, qu'on nous soulignera l'insuffisance d'investissement dans tel ou tel programme du système de santé et de services sociaux, jusqu'à ce qu'il y ait un ajustement du message de la part de l'ADQ ou un changement d'orientation nouveau, on va être obligés de rappeler que le message qui est envoyé au réseau actuellement, c'est qu'on n'a pas besoin de compter... on ne peut pas compter sur un investissement accru. Ça a été... Le chef du parti lui-même l'a dit, puis le candidat en Outaouais vient de le dire dans les dernières heures.

Alors, si on regarde maintenant les nombres de dossiers par intervenant... Évidemment, ça, c'est une question de choix, parce que, nous, ce qu'on considère, c'est qu'il faut exercer la solidarité dans notre société par des investissements collectifs. C'est un choix qu'on fait. Le choix de l'ADQ dans les services de santé, on vient de le voir de façon répétée, c'est de faire payer l'utilisateur. C'est deux approches totalement différentes. Effectivement, nous, on préfère effectivement faire des partenariats comme celui avec la Fondation Chagnon que de demander de déboursier directement, les gens, par les taxes ou par des contributions directes.

Alors, maintenant, pour ce qui est de la charge de travail des intervenants, c'est très intéressant de regarder la situation région par région. Entre 2006-2007 et 2007-2008, dans toutes les régions sauf trois il y a eu des progrès très importants. Alors, le Bas-Saint-Laurent, on est passé

de 25 à 17,8; Saguenay—Lac-Saint-Jean, de 20 à 20, on est resté identique; Capitale-Nationale, de 19,5 à 16,3; Mauricie—Centre-du-Québec, de 28,2 à 18,7, un résultat très, très intéressant; Estrie est demeuré stable, à 20; Montréal, le Centre jeunesse de Montréal, 18,7 à 17,4; centres Batshaw, 16,9 à 17,5, on est dans les mêmes eaux; Outaouais, 23,3 à 21; Abitibi, de 20... resté identique; Côte-Nord, de 28 à 25; Gaspésie, de 21 à 24, et il faudra voir là-bas ce qui se passe et qu'est-ce qu'il faut faire pour rétablir la situation; Chaudière-Appalaches, de 23,9 à 20,3; Laval, 21, est resté identique; Lanaudière, 26 à 24; Laurentides, 23,8 à 23,3; et Montérégie est actuellement à 17,7.

Alors, on voit qu'on est en direction de l'objectif, premièrement, et, deuxièmement, que les résultats varient beaucoup selon les centres et pas nécessairement selon la quantité de ressources investies. Donc, il y a des différences de performance et d'efficience entre ces... Et je rappelle que la moyenne nationale, à notre arrivée, était de 27. Donc, il y a eu un progrès considérable, qui doit être poursuivi, parce que l'objectif qu'on partage avec les centres jeunesse, c'est les amener près de 16, 16-17. On doit également compléter les travaux avec eux sur les calculs, la façon dont on calcule le nombre de dossiers par intervenant.

Le Président (M. Kelley): Dernier commentaire, très rapidement.

M. Laporte: Dernier commentaire avant de passer la parole à la deuxième opposition, c'est que le ministre parlait que mon parti ne voulait pas injecter plus d'argent puis qu'à chaque fois qu'on voudrait parler d'investissement il nous ramènerait ça. Au début, je lui ai ouvert une porte. Je lui ai dit: Parlez-nous de votre vision. Il n'en avait aucune, vision. Quand qu'on parle de faire plus avec moins, ça prend une vision. Le ministre n'en a aucune, vision, puis c'est pour ça qu'il n'est pas capable d'offrir aux citoyens, d'offrir aux jeunes des programmes...

M. Couillard: M. le Président, la vision de l'ADQ...

Le Président (M. Kelley): La parole est au député.

M. Laporte: Le ministre se débattrait avec ça, mais il n'a vraiment pas donné de réponse quand j'ai parlé de vision, absolument aucune réponse.

M. Couillard: ...M. le Président...

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

M. Couillard: ...ça va être une parole historique, là, pour les gens du réseau et leurs partenaires, faire plus avec moins. Ils l'ont déjà entendu, ils sont déjà passés par là puis ils savent maintenant à quoi s'attendre de la part de l'ADQ.

M. Laporte: Entre les deux vieux partis, ils ont eu...

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à cet échange. Alors, je suis prêt maintenant à céder la parole à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve pour un bloc de 20 minutes.

Mme Harel: Alors, merci, merci, M. le Président. Hier soir, j'assistais au lancement du livre du Dr Julien, en fait de la fondation de la psychiatrie sociale. Il est évident, là, qu'il y a un travail absolument exemplaire, là, qui se poursuit à ce niveau. Ce qu'il faut espérer bien évidemment, M. le Président, c'est que cette expérience qui s'avère extrêmement... — c'est une expérience de dignité des personnes qui se révèle extrêmement performante dans Côte-des-Neiges, dans Hochelaga-Maisonneuve — puisse se poursuivre à travers le Québec.

Maintien à domicile des aînés

Moi, j'aimerais aborder avec le ministre la question du maintien à domicile et également celle notamment de la déficience intellectuelle. Bon, concernant le maintien à domicile, j'aimerais savoir du ministre quelle est la vision qu'il poursuit à l'égard de son plan d'action aînés, là, 2005-2010. Ce que des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal m'indiquent, c'est que, quant au budget, là, de 80 millions qui est annoncé cette année, il y aurait d'abord un montant qui irait aux ressources non institutionnelles, un deuxième montant qui irait au désengorgement des urgences des hôpitaux et un autre montant qui s'en irait également à l'achat de lits privés à la suite d'une chirurgie. On voit d'ailleurs, dans les documents qui nous ont été transmis suite aux demandes de renseignements particuliers, qu'il y a de plus en plus de lits privés qui sont achetés. Alors, je voudrais voir un peu avec lui comment il voit le fait que les budgets en tant que tel liés au vieillissement, eux, ne progressent pas.

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

M. Couillard: Bien, je pense d'abord qu'il faut rétablir les faits, là. Il y a une importante progression dans le programme des personnes âgées en perte d'autonomie. Depuis 2003-2004, de façon cumulative et récurrente, notre gouvernement a investi 362 millions de dollars, y compris le 80 millions de cette année. Par comparaison, dans les années qui ont précédé, les investissements totaux dans ce domaine ont été de 196 millions de dollars récurrents, et avec bien sûr des années très difficiles avant que les budgets recommencent à augmenter, lorsque d'ailleurs les transferts fédéraux ont recommencé à augmenter. Alors, il y a en gros le double des investissements sur moitié moins d'années qui sont mis en place dans ce programme-là.

Le programme adressé aux personnes âgées en perte d'autonomie est un programme aux multiples facettes. Il va rejoindre la personne aînée là où elle se trouve dans sa situation de vulnérabilité. Et il faut éviter de les cantonner dans des catégories distinctes parce que ce sont les mêmes personnes dont on parle, c'est la même personne qui reçoit des soins à domicile, c'est la même personne qui doit être hospitalisée à cause d'une complication liée à une infection pulmonaire, par exemple, au cours de la période hivernale, qui doit trouver un milieu de convalescence. C'est la même personne qu'on doit garder dans la communauté le plus possible, soit à domicile soit dans un mode d'hébergement intermédiaire entre le domicile et le CHSLD, que sont par exemple les ressources intermédiaires. Alors, ce plan-là se déploie sur tout le territoire du Québec, est accompagné d'investissements réguliers récurrents — ça, c'est très important — et confirme également les orientations qui

sont déterminées pour l'ensemble du réseau de santé et qui sont adaptées à la réalité de chaque région.

Il y a des régions qui ont pris l'avance, qui avaient déjà développé des réseaux par leur propre choix et souvent avec des ressources financières moindres que d'autres régions qui ne l'ont pas fait, qui avaient déjà développé des options d'hébergement transitoires ou intermédiaires. Il faut bien sûr continuer et faire en sorte que celles qui avaient accumulé des retards dans les années qui ont précédé se mettent également à la tâche parce qu'il faut développer encore une fois des options multiples.

Alors, la vision ou ce qu'on entrevoit comme façon de déployer le programme n'a pas changé, mais le programme adressé aux aînés en perte d'autonomie, c'est un programme qui dépasse le soutien à domicile et qui comprend l'ensemble des actions auprès des personnes âgées lorsqu'elles sont en situation de vulnérabilité accrue. Et c'est souvent les mêmes personnes, en passant, dont on parle. Ce n'est pas un groupe de personnes qui est dans le soutien à domicile, un groupe de personnes qui est hospitalisé puis un groupe de personnes différent qui est dans les ressources intermédiaires; ce sont les mêmes personnes âgées dont on parle.

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

Mme Harel: Alors, M. le Président, oui, je voudrais déposer, avec votre consentement, M. le Président. Ce sont les dépenses en services à domicile, on les retrouve sur le site du ministère, de 1994-1995 à 2006-2007. Alors, je pense que cela aura comme tel l'effet de contredire, là, ce que le ministre vient de dire justement sur ces investissements qui ont été faits.

Ça reste le chaînon manquant, le maintien à domicile, ça reste le chaînon manquant de notre système de santé et de services sociaux. Moi, je dis que le... Toutes ces orientations sont bonnes, faire du posthospitalier, désengorger les urgences, mais, au fur et à mesure, si on n'investit pas dans le maintien à domicile lié au vieillissement, bien c'est l'augmentation du nombre de lits d'urgence ou de civières dans les corridors occupés par des 75 ans et plus.

Crédits accordés et dépenses réelles des établissements du réseau

Alors là, ce que je souhaiterais, parce que les réponses, qui sont vraiment insatisfaisantes, qui ont été apportées aux questions posées par l'opposition, moi, je souhaiterais... Je réfère, par exemple, au livre des crédits, le volume 1, où la question était: Crédits votés versus montants réellement dépensés par établissement du réseau de santé et des services sociaux, par région et par établissement, en 2007-2008. Alors, ce qu'on nous a donné, c'est 2006-2007. Je voudrais, M. le ministre, votre engagement de nous donner les informations concernant 2007-2008.

Également, je voudrais également que nous puissions avoir connaissance, là, de ces nouveaux montants. Quand vous nous parlez d'investissement, les nouvelles initiatives, en fait ce qu'on retrouve, c'est simplement les montants, là, on le sait, non pas déboursés. Alors, il nous faut beaucoup plus de transparence sur les montants déboursés en déficience intellectuelle par région, déficience physique.

Moi, ce qu'on m'indique, par exemple déficience intellectuelle en tant que telle, puis avec confirmation,

toute une correspondance échangée avec l'agence régionale, il n'y a pas eu de développement, puis c'est reconnu par l'agence régionale, par exemple, de Montréal. Alors, il nous faut véritablement ce portrait où on peut se retrouver, nous, mais aussi les gens impliqués, là, dans tous ces réseaux, qu'est-ce qui a été véritablement déboursé en 2007-2008. Parce que de plus en plus on vote des budgets, mais ce n'est pas pour l'année en cours, c'est pour l'année d'après. Alors, on anticipe, on nous fait voter des budgets en sachant déjà qu'il y aura peut-être 3/12, 4/12, 5/12 puis parfois 0/12 qui sera dépensé.

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

● (16 heures) ●

M. Couillard: Bien, M. le Président, on va bien sûr collaborer avec notre consoeur pour lui donner les renseignements requis, mais je voudrais quand même l'amener à une certaine réserve, là, parce que cette pratique d'annualisation des budgets, ce n'est pas nous qui l'avons inventée, elle était déjà... elle a toujours été présente dans le réseau, y compris pendant les années où ils exerçaient le gouvernement. Ils procédaient exactement de la même façon, mais dans les années où il y avait des développements, ce qui était loin d'être toutes les années. Et ce qui est encore pire que de faire de l'annualisation, c'est de donner des budgets non récurrents. Ça, c'est encore pire pour une institution.

Alors, si la consoeur veut parler de déficience intellectuelle, là, je trouve que c'est un sujet difficile pour le Parti québécois, parce que les investissements ont été les suivants: avant 2000-2001, on ne retrouve rien; en 2000-2001, 11 millions récurrents; 2001-2002, 12 millions, dont 9 millions non récurrents; 2002-2003, 6 millions entièrement non récurrents. Alors ça, c'est effectivement un gros problème. Je dirais que c'est pas mal pire, des budgets non récurrents, que des budgets qui sont, comme d'habitude, accordés sur une base annualisée. Pourquoi? Parce que, lorsque les crédits sont votés, il faut par la suite déterminer les enveloppes régionales, et faire des ententes avec les régions, et s'assurer que les personnes vont être correctement engagées sur une base annuelle. Alors, dès que ces confirmations sont données, les sommes sont déboursées dans l'année en cours, au prorata de l'année qui s'est écoulée au moment où les sommes sont envoyées. C'est naturel qu'on procède ainsi. Ce qui fait que, lorsque la prochaine année commence, ils ont non seulement les sommes déjà versées dans l'année précédente, mais le plein montant annuel. Et on a fait ça à chaque année, comme d'habitude, et c'est la bonne pratique, le plein montant annuel est versé.

Par exemple, en réadaptation physique — on y reviendra — toutes les personnes ont été engagées sur la base du 40 millions annualisé de l'an dernier, qui va être un autre 40 millions auquel va s'ajouter un autre versement de la prochaine année en cours. Alors, c'est une bonne pratique administrative, ça évite que... ça permet aux fonds publics d'être bien suivis. Il faudra bien sûr apprendre à changer nos habitudes, avec le mode de décentralisation qu'on va mettre en place et l'autonomie plus grande des régions. Mais le gros de cet argent-là, il sert à engager du monde. Alors, on demande qu'il y ait confirmation que les postes ont été affichés, que les gens ont été engagés. C'est une bonne pratique, et ce n'est pas nouveau.

Maintenant, pour ce qui est des services à domicile, c'est intéressant de regarder les résultats parce qu'on

remarque qu'on reçoit et qu'on rejoint plus de personnes dans les services à domicile. Ainsi, les personnes ayant reçu des services de soutien à domicile offerts par le CLSC ou CSSS, on est passé de 287 124 personnes en 2003-2004, à 301 614 personnes en 2006-2007, et le nombre a continué d'augmenter pendant ce temps-là. Dans le programme de personnes d'autonomie liée au vieillissement, on retrouve les mêmes augmentations de nombre de personnes reçues... rejointes, pardon, plus une augmentation du nombre d'interventions par personne. Alors, on rejoint plus de personnes et on les traite de façon plus approfondie.

Maintenant, ce qu'il faut encore rappeler, c'est que ce n'est pas des personnes différentes, ce n'est pas x nombre de personnes âgées qui sont en maintien à domicile, x nombre de personnes âgées qui se retrouvent à l'hôpital. Malheureusement, ce sont souvent les mêmes. Et il y a une limite à ce que le soutien à domicile peut accomplir. La députée, avec justesse, parlait du phénomène qui était autrefois du troisième âge et qui devient du quatrième âge, c'est un phénomène qui va s'accroître au cours des prochaines années. Alors, quand on est dans ces périodes de la vie, une infection pulmonaire aussi banale que la grippe se transforme très rapidement en une maladie extrêmement sérieuse qu'il est impossible de traiter à domicile et qu'il sera probablement toujours impossible de traiter à domicile. Alors, ces personnes doivent se rendre dans les centres hospitaliers pour recevoir des soins aigus et éventuellement retourner en convalescence, parce qu'elles peuvent rarement retourner directement à leurs domiciles, trouver un milieu de convalescence et par la suite revenir à domicile. Mais ce sont les mêmes personnes. Je pense que c'est important de ne pas donner l'impression qu'il s'agit de cohortes de personnes distinctes qui ne communiquent pas les unes avec les autres.

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

Mme Harel: Oui. Écoutez, je voudrais, là, que le ministre s'engage à ce que la question 8 portant sur les montants réellement dépensés par les établissements, de même que la question 9 portant sur les montants dépensés pour... réellement dépensés pour les nouvelles initiatives nous soient communiqués, ce que l'on n'a pas présentement.

D'autre part, il apparaît, bon, évident, en matière de vieillissement des personnes très âgées qui sont en perte d'autonomie, qu'il y a présentement un problème, en particulier sur l'île de Montréal. Ce problème est le fait de l'absence de ressources non institutionnelles pour héberger des personnes qui nécessiteraient cinq heures et moins. Ce problème, c'est l'absence de maintien à domicile. Peut-être y a-t-il plus de gens, mais il n'y a que 10 % et moins de leurs besoins qui sont répondus. Ce n'est quand même pas rien. Ça veut dire que 90 % de leurs besoins ne le sont pas. Et ça repose évidemment sur leur communauté, leur... Bien, on le sait, de toute façon, plus on vieillit, plus on vit seul, alors c'est aussi une autre très grande difficulté.

Réadaptation physique et intellectuelle

Et ça m'amène à rappeler au ministre qu'en matière de déficience intellectuelle l'agence de Montréal, par exemple, elle-même confirmait ne pas avoir investi aucun montant en matière de déficience intellectuelle. Je parle donc de ces listes d'attente qui n'ont pas vraiment diminué. Il

y a 1 280 personnes dans la région de Montréal qui attendent des services de réadaptation. Cette attente pour avoir un diagnostic est très longue, un an à deux ans. L'attente pour avoir des services est très longue, 18 à 24 mois. On le sait pourtant que c'est la stimulation précoce qui est importante. Puis, par la suite, alors là, pour connaître l'état d'extrême inquiétude des parents devant les transformations qui se vivent au détriment de leurs enfants qui vivent une déficience intellectuelle, alors je pense qu'il y a un...

Là, il faut que le ministre s'arrête sur la question de la déficience intellectuelle. Il y a eu des sommes d'argent investies du côté des troubles envahissants du comportement, de l'autisme, et, encore là, on le sait... Je voudrais avoir l'opinion du ministre: Est-ce que les psychologues, selon lui, devraient être en mesure de faire des diagnostics? Ce qui est possible en Ontario, ce qui ne l'est toujours pas au Québec. Il y a des problèmes de corporatisme. Mais tout ça fait en sorte que l'attente pour diagnostiquer est trop longue en regard de ce qui pourrait être, si vous voulez, nécessaire au développement d'un enfant.

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

M. Couillard: Bien, d'abord, à Montréal, ce n'est pas exact qu'il n'y a pas eu d'investissement, il y a eu plus de 3 millions de dollars d'engagés au cours de la dernière année, d'après la reddition de comptes fournie par l'agence elle-même, en déficience intellectuelle. Maintenant, puis là je vais...

Mme Harel: 3 millions, dites-vous, hein?

M. Couillard: Mais je vais être délicat pour la députée, là, parce que je sais qu'elle parle comme nous aux groupes, puis on reçoit les mêmes lettres, puis on rencontre les mêmes personnes. Je pense que, par honnêteté, là, puis je ne mets pas en doute sa solidarité puis son empathie envers les personnes, mais elle doit leur raconter ce qui est arrivé avant 2003, là. On ne peut pas donner l'impression qu'on arrive puis que, nous, on fait une critique générale d'une situation qui allait si bien auparavant puis qui maintenant est difficile.

Il faut quand même rappeler, là, les chiffres. Je répète, là, en termes récurrents, là, ce n'est presque rien qui a été investi en réadaptation physique et intellectuelle avant 2003, par rapport à des montants considérables, on parle de 143 millions au total par rapport à 35 millions et 29 millions, sans parler des années auparavant où il y avait zéro budget. Ce n'est quand même pas moi non plus qui invente que, dans le domaine des troubles envahissants du développement qu'elle vient de mentionner, les seuls investissements qu'on retrouve avant 2003, c'est pour 2001-2002 et 2002-2003, 2 millions de dollars par année non récurrents.

J'ai ici une lettre d'abord du ministère de la Santé, d'avril 2001, qui dit la chose suivante: «Une enveloppe budgétaire de 7,3 millions sera accordée au réseau afin d'améliorer et d'accroître les services dispensés aux personnes — donc, 7,3 millions pour le réseau — dans certaines régions les plus en besoin de ressources en ce domaine.» Alors, il faut bien lire, là. Je pense qu'il faut, puis je suis certain, mais je ne mets pas en doute l'honnêteté intellectuelle de la députée, là, mais surtout si elle parle

aux groupes puis qu'elle se fait accompagner d'eux, il faut qu'elle...

Mme Harel: Regardez, M. le ministre, ils sont ici, là...

M. Couillard: Mais je peux-tu parler, M. le Président?

Mme Harel: Ils sont ici présentement. Ce qu'ils attendent, c'est des réponses.

M. Couillard: Bien, je pense qu'il faut qu'ils connaissent l'histoire. S'ils ne connaissent pas... Ils la connaissent très bien, parce que les parents des enfants autistes poursuivaient ce gouvernement avant 2003 parce qu'il y avait zéro service. Alors, on a investi 32 millions dans les services pour les troubles envahissants du développement, on a créé un programme de formation pour les intervenants. Une chance qu'on l'a fait. Maintenant, il est clair que le nombre de cas augmente continuellement, continuellement. Alors, on traite beaucoup plus de personnes qu'on en traitait déjà en 2003. En fait, c'est considérable, l'augmentation des personnes traitées, mais le nombre de cas augmente encore plus rapidement. C'est la raison pour laquelle on met en place le plan d'accès en réadaptation, appuyé par des investissements, sur trois ans, de 110 millions de dollars — c'est sans précédent — qui va nous permettre d'accroître l'accessibilité.

Sur la question du diagnostic, comme la députée, je crois qu'effectivement les psychologues doivent jouer un rôle accru. Ça se fait dans d'autres provinces canadiennes. Bien sûr, nous ne sommes pas les seuls intervenants dans ce domaine, l'Office des professions et les ordres professionnels ont un rôle à jouer. Il y a un projet de loi actuellement en discussion à l'Assemblée nationale sur cette question. Ce qu'on comprend, c'est qu'on semble enfin s'acheminer vers une situation où les psychologues pourront intervenir dans le diagnostic au sein d'équipes multidisciplinaires et en collaboration avec les médecins. Je pense que de ce côté il y a un progrès qui est important. D'ailleurs, lorsqu'on a, en mars 2008, en mars récent, annoncé le budget, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle a dit: «La fédération donc tient à souligner les efforts consentis par le gouvernement suite à l'annonce, dans le cadre du budget 2008-2009, de la mise en oeuvre du plan d'accès.»

Alors, le cadre financier est déjà disponible, les 40 millions annualisés ont été engagés, ils sont pleinement engagés pour l'année en cours. À ça, s'ajoute 35 millions qui débute cette année et qui va être annualisé l'année suivante, puis un autre 35 millions pour l'année qui suit. C'est du jamais-vu. Il n'y aura jamais eu autant d'argent investi, avec raison, là, dans le domaine de la réadaptation. Mais ce qu'on avait dit à l'époque aux milieux de réadaptation, c'est qu'on est d'accord pour investir de façon très importante, mais il faut également mieux gérer l'accès puis s'assurer qu'on donne accès à plus de personnes aux services. Alors, c'est pour ça qu'on va faire suivre cette annonce budgétaire de l'annonce d'un plan d'accès qui montre comment on va gérer les listes d'attente. Il n'y a pas de raison qu'on ne puisse pas les gérer mieux, comme on le fait pour les chirurgies, qu'on puisse le faire également pour les services de réadaptation.

Maintenant, je suis d'accord avec la députée, c'est des situations très difficiles, très pénibles pour les familles et les enfants, mais il ne faut pas non plus donner l'impression qu'il y avait des investissements importants ou il y avait des choses significatives qui étaient faites auparavant. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Je sais qu'à l'époque la députée n'était pas dans le gouvernement, elle était présidente de l'Assemblée nationale, mais je suis certain que, si elle avait été au gouvernement, elle se serait insurgée contre cette façon de faire, je suis certain qu'elle n'aurait pas laissé passer ça. Malheureusement, elle n'était pas là.

Mme Harel: Écoutez, M. le Président...

Le Président (M. Kelley): Mme la députée, un dernier commentaire.

● (16 h 10) ●

Mme Harel: Si vous me permettez, moi, je voudrais juste déposer la correspondance qui a été envoyée au ministre de la part de ce Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle, dont les représentants et représentantes, quelques-uns, sont parmi nous aujourd'hui, simplement pour lui rappeler que non seulement les listes d'attente n'ont pas vraiment diminué, mais qu'en fait l'agence elle-même avait reconnu et eux-mêmes avaient eu la déception de constater qu'aucun argent n'avait été attribué en déficience intellectuelle. Le fait est qu'aucun argent ne l'a été dans le secteur de la déficience intellectuelle pour ce qui est de la stimulation précoce, depuis 2004, et pour ce qui est de la réadaptation pour les adultes, depuis 2003.

Alors, si vous me permettez, avec votre consentement, je dépose donc la correspondance, parce que j'aimerais bien interroger le ministre sur la question des organismes communautaires. Il y a, je le disais tantôt...

Le Président (M. Kelley): Rapidement, parce qu'il vous reste deux minutes...

Mme Harel: Voilà.

Le Président (M. Kelley): ...et je dois permettre le temps pour la réponse aussi.

Financement des organismes communautaires

Mme Harel: Alors, je disais donc qu'il y a une certaine confusion qui règne quant au financement des organismes communautaires. J'en décrivais très brièvement l'importance: 2 200 organismes, 22 000 personnes qui sont engagées à titre d'intervenants rémunérés. Est-ce que le ministre connaît leurs revendications, à savoir que le... qu'il y ait un programme-services destiné au communautaire, un peu comme il y a déjà des programmes déficience intellectuelle, déficience physique, santé mentale, de telle manière qu'on voie d'abord apparaître clairement une reddition de comptes, mais qu'on voie aussi apparaître la visibilité, comme le souhaitait le gouvernement lorsque l'Assemblée nationale a adopté la politique de reconnaissance de l'action communautaire autonome?

Présentement, l'indexation est parfois donnée dans certaines régions, elle ne l'est pas dans certaines autres

régions, parfois même l'indexation est détournée pour d'autres fins. Alors, est-ce qu'il n'y aurait pas lieu, là, est-ce qu'on n'en serait pas actuellement à une étape où le ministère devrait déterminer sur le plan national le budget accordé aux organismes communautaires, l'identifier tel quel et puis ensuite redonner la marge de manoeuvre aux régions, oui, pour répondre à des besoins spécifiques, à la répartition des crédits du développement, mais bien identifier le financement qui doit se faire en faveur des organismes communautaires?

Le Président (M. Kelley): Alors, l'enveloppe est épuisée. Je vais permettre au ministre de répondre à la question et je vais juste imputer le temps sur le temps qui est alloué au deuxième groupe de l'opposition. M. le ministre, la réponse. s'il vous plaît.

Réadaptation physique et intellectuelle (suite)

M. Couillard: Merci, M. le Président. Juste un petit retour bref en arrière, là. Si on regarde le nombre de personnes desservies dans le domaine des troubles envahissants du développement, en 2002-2003, il y avait 2 265 personnes qui avaient été desservies; en 2006-2007, c'est encore plus pour les années qui ont suivi, 5 332, une augmentation de 135 % du nombre de personnes desservies. En même temps, cependant, la liste d'attente augmente. Pourquoi? Parce qu'un programme apparaît, qui était inexistant auparavant, et les gens veulent y avoir accès, et le nombre de cas augmente également. Alors, c'est pour ça qu'il faut continuer notre investissement et surtout développer le plan d'accès, là, dont je parlais un peu plus tôt.

Financement des organismes communautaires (suite)

Maintenant, pour la question des organismes communautaires, on en a déjà discuté, mais je vais reprendre la discussion de ce matin. Ils ont bénéficié également d'une augmentation considérable de leur financement. L'enveloppe totale du Programme de soutien aux organismes communautaires dans les régions est passée, en 2002-2003, de 274 millions à près de 400 millions, là, en 2007-2008. C'est considérable, là, c'est 35 % d'augmentation au minimum. Alors, je pense que c'est sans précédent, ce n'est pas arrivé souvent auparavant qu'on ait des augmentations semblables.

Maintenant, la députée connaît bien le fonctionnement de cette enveloppe: elle est transférée dans les régions et gérée par les agences régionales dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires. Évidemment, il y a d'autres organismes qui sont à vocation nationale, qui sont financés directement par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Et les organismes régionaux reçoivent ces budgets à partir des agences régionales et directement selon les priorités et les plans d'action qui sont établis dans les régions.

Et on tient beaucoup d'ailleurs à ce qu'il y ait une reddition de comptes et les ententes de services entre les établissements et des groupes communautaires. Je mentionnais à nos collègues, ce matin, que le Vérificateur général est actuellement en travaux sur tout l'aspect reddition

de comptes au niveau des organismes communautaires. Alors, on va regarder avec intérêt ce document lorsqu'il sera disponible pour s'assurer que des resserrements seront nécessaires ou non. On verra selon les recommandations ou les remarques du Vérificateur général. Mais personne ne peut dire qu'il n'y a pas eu d'investissement accru dans le milieu communautaire, c'est au contraire un niveau d'investissement soutenu et très important.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. Ça met fin à cet échange. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. D'entrée de jeu, M. le Président, je trouvais le ton de notre collègue le député de L'Assomption, en ce qui concerne... en tout cas, en ce début d'échange, quelque peu surprenant. Il y allait d'une certaine agressivité, une certaine véhémence. On peut comprendre. J'ai déjà, comme vous, M. le Président, fait neuf ans dans l'opposition, c'est un peu notre rôle, dans l'opposition, d'être des chiens de garde, mais on ne peut pas le faire dans l'abstrait. Et, comme je l'ai fait plus tôt aujourd'hui, M. le Président, je vais simplement illustrer peut-être quelque chose.

À sa place, je serais quelque peu plus gêné parce qu'encore une fois j'ai devant moi le programme de l'ADQ pour l'élection générale de 2007, qui s'appelle *Une vision. Un plan. Une parole* — Un plan A pour le Québec. C'est la plateforme qu'a présentée l'ADQ à la population québécoise pour l'élection générale de 2007. M. le Président, pas un seul mot sur les services sociaux dans le document de l'ADQ, pas un seul mot. Ça, c'est toute une vision, là. Le député de L'Assomption se plaint que le ministre n'a pas présenté sa vision sur la protection de la jeunesse. Pourtant, c'est notre gouvernement qui a présenté une loi qui détaillait la vision de notre formation politique, la vision du gouvernement actuel en ce qui concerne la protection de la jeunesse. M. le Président, l'ADQ, dans le document de l'élection 2007, pas un seul mot sur...

Une voix: ...

M. Copeman: ...pas un seul mot sur les services sociaux, M. le Président. On peut bien crier, là, mais je l'invite à aller dans la section Santé puis qu'il me sorte des citations sur les engagements en santé de l'ADQ. J'ai bien hâte de voir, parce qu'il n'y a pas un mot sur les services sociaux, M. le Président. Alors, on peut bien dire que notre formation politique n'a pas de vision, mais, quand ça vient d'un parti politique qui s'est présenté devant la population québécoise dans une élection générale avec aucun engagement en services sociaux... Il y a une expression en anglais, M. le Président: «People who live in glass houses shouldn't throw stones.» Hein, ça résume un peu la situation, je pense.

Réadaptation physique et intellectuelle (suite)

J'aimerais revenir, M. le Président, sur la question qu'a soulevée notre consoeur la députée d'Hochelaga-Maisonneuve sur déficience intellectuelle et TED, entre autres sur l'île de Montréal, parce que manifestement, en quelque part, il y a un manque de compréhension ou une

mésentente, un manque de communication. De un, le ministre a indiqué très clairement que le gouvernement a investi des sommes récurrentes en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, année après année, depuis notre arrivée au gouvernement. Il y avait une année où il y avait une somme supplémentaire, additionnelle de 2 millions de dollars non récurrents pour tenter de baisser les listes d'attente, mais, depuis ce temps-là, le tout est récurrent.

Et même j'ai les chiffres pour l'agence de Montréal, c'est pour ça que je suis perplexe devant les commentaires de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, j'ai les chiffres, confirmés par l'agence, qui indiquent, en 2007-2008, qu'ils ont reçu 1,4 million de dollars pour DI-TED. Ça, c'est le développement des services sur la base «déboursé net», DI-TED, base «déboursé net»: 1,4 million de dollars, confirmé par l'agence. Pour moi, M. le Président, il est inconcevable que l'agence ait reçu 1,4 million de dollars sans faire aucun développement de nouveaux services dans DI-TED.

Est-ce que le tout est allé dans les troubles envahissants du développement? Ça, c'est une question à poser au directeur général, au P.D.G. de l'agence. Mais, quand le gouvernement octroie des sommes dans l'enveloppe déficience intellectuelle-troubles envahissants du développement, à la hauteur, pour l'agence de Montréal, des bases «déboursé net», en 2007-2008, de 1,4 million de dollars, ce sont des investissements appréciables. Et, moi, c'est sûr qu'on va avoir l'occasion de questionner le P.D.G. de l'agence sur comment l'agence a utilisé ces sommes-là, mais 1,4 million, 1,4 million de dollars de plus, «déboursé net», pour la région de Montréal en déficience intellectuelle-troubles envahissants du développement, moi, je suis certain que l'agence a traité plus de personnes en déficience intellectuelle-TED. Je ne sais pas si le ministre a un commentaire là-dessus.

● (16 h 20) ●

M. Couillard: Bien, en fait, M. le Président, exactement, sur la base «déboursé», en 2007-2008, c'est plus de 2 millions de dollars et c'est 3 millions sur une base annuelle. Donc, ils savent déjà qu'ils peuvent engager 3 millions sur la base «déboursé» de 2 millions l'an dernier. Alors, il y a eu des sommes qui ont été ajoutées. Et, à Montréal comme ailleurs, il y a... D'ailleurs, il y a plus de gens qui sont traités. D'ailleurs, il y a comme un effet pervers de la qualité des services à Montréal, que le député connaît bien parce qu'il m'en parlait, comme les centres de réadaptation ou les programmes peut-être plus développés ou plus connus. Il y a des gens qui déménagent de leur région pour s'installer à Montréal pour obtenir les services pour leur enfant. Alors, ça présente des difficultés, mais on va faire les ajustements budgétaires requis pour s'ajuster à ce phénomène.

Alors, on a donc des déboursés réels et annualisés, là, dans le domaine de la déficience intellectuelle-TED, qui vont continuer cette année, en passant. Je pense que c'est important de le noter, là.

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

Accès aux services médicaux spécialisés

M. Copeman: Ça m'amène à questionner le ministre sur le plan d'accès pour les services de réadaptation.

On se souvient, le ministre et moi, parce qu'on était les seuls, je pense, autour de la table présents, quand le gouvernement a consulté sur le plan d'accès pour les services de santé, que nous étions... Le gouvernement a été quelque peu critiqué parce que la garantie d'accès ne touchait pas la question des services sociaux et les services de réadaptation en particulier. Et le ministre, à ce moment-là, a été très sensible à ces questions-là, et je pense que tous les parlementaires l'étaient, ce qui a amené le gouvernement à développer un modèle de plan d'accès pour les services de réadaptation et services sociaux spécialisés.

Le plan d'accès, pour y avoir travaillé, M. le Président, le... Nous avons consulté les organismes concernés. Dans un premier temps, on a passé une journée au complet, à Montréal, à consulter le milieu associatif, les organismes nationaux. Et je comprends que ce plan d'accès est en développement, on devrait être en mesure, je crois, de faire des annonces bientôt. Peut-être, le ministre peut passer à travers les grandes lignes du plan d'accès parce qu'effectivement je pense être capable de le dire, le gouvernement a reconnu que ça prenait un mécanisme d'accès pour les services spécialisés en réadaptation pour s'assurer que les Québécois et Québécoises reçoivent leurs services dans des temps raisonnables, selon les différentes déficiences avec lesquelles ils sont pris.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, j'en profite pour remercier le député de Notre-Dame-de-Grâce de sa participation aux travaux avec les établissements et le ministère, des travaux qui ont mené à la mise sur pied de ce plan qui sera annoncé d'ici la fin de la session en cours et qui est très attendu par le réseau de réadaptation, qui d'ailleurs en connaît déjà les grandes lignes parce qu'ils ont participé avec nous, en consultation, à sa mise sur pied. Ça remonte à l'époque où nous avons discuté en commission parlementaire du plan d'accès aux services médicaux spécialisés, ou de la garantie d'accès, ou de la gestion de la liste d'attente, et les établissements de réadaptation s'étaient présentés en commission parlementaire en nous lançant un défi que nous avons relevé, et nous leur en avons lancé un autre qu'ils ont également relevé.

Alors, ce qu'ils nous ont dit, c'est: Écoutez, pourquoi vous faites ça, c'est bien, vous le faites pour les gens en attente de chirurgie, mais pourquoi ne le faites-vous pas également pour toutes les personnes en attente de soins de réadaptation, physique, intellectuelle, TED? Alors, saisissant l'idée, on a dit: D'accord, mais est-ce que vous êtes prêts à participer avec nous à la construction de ce plan-là, avec les investissements requis bien sûr, pour déterminer des standards, déterminer les indicateurs, déterminer des lignes de fonctionnement, des étapes de fonctionnement de la gestion de l'accès? Ils ont dit: Tout à fait. Et effectivement les travaux ont été très productifs.

Alors, sur la base des investissements triennaux de 110 millions de dollars, c'est un montant qui est sans précédent dans le domaine de la réadaptation: 40 millions, 2007-2008; 35 millions, 2008-2009; 35 millions, 2009-2010. Encore une fois, c'est des montants qui n'ont jamais été vus dans le domaine de la réadaptation, au cours des dernières années. On continue de développer les services et on met en place ce plan dont les objectifs principaux sont d'assurer aux personnes handicapées un meilleur

accès aux services dans des délais plus acceptables, réduire les listes d'attente, effectuer un meilleur suivi des besoins des personnes handicapées et leur offrir davantage de continuité de services.

Alors, il y aura — comme le député le sait très bien parce qu'il connaît probablement encore plus en détail que moi ce plan d'accès — des indicateurs d'accès, les moments où il faut que la personne soit inscrite, où elle sera contactée, suivie individuellement, et quels sont les objectifs qu'on doit atteindre selon le niveau de priorisation des personnes et selon un échéancier de déploiement qui accompagne les investissements.

Maintenant, pour ce qui est des budgets annualisés 2007-2008, ils ont été répartis dans les services de réadaptation, dans les services de soutien à domicile de la communauté et de soutien à la famille et également pour rehausser le taux horaire pour le chèque emploi-services, là, pour que les personnes qui emploient des personnes également pour les aider à domicile reçoivent plus de soutien. Et il y a également eu un peu d'argent, 1 million, pour le développement de l'expertise, de la recherche et de l'évaluation.

Alors, avec cet argent, déjà des postes ont été créés. Par exemple, dans le réseau de la réadaptation en déficience physique, il y a 110 postes professionnels qui ont été créés et comblés. D'ailleurs, c'est un autre défi qu'on leur avait lancé, on leur a dit: Écoutez, on va engager des sommes importantes, pensez-vous trouver la main-d'oeuvre requise pour remplir tous les postes que vous avez affichés? Ils ont dit oui et effectivement ils ont relevé le défi parce que 110 postes de professionnels ont été créés et comblés, alors ces nouveaux intervenants qui sont déjà au travail et font déjà des différences dans la vie des personnes handicapées desservies et celles de leurs proches. On va voir des impacts certainement au fil des années de leur ajout et des ajouts des prochaines années également. Alors, c'est un plan qui est important et qui va se distribuer dans les trois zones de réadaptation: réadaptation physique, déficience intellectuelle et TED, troubles envahissants du développement.

Il est exact de dire, puis je l'ai moi-même reconnu dans mes conversations avec les gens du réseau de la déficience intellectuelle, que, compte tenu que nous avions à bâtir à partir de presque rien, là, un programme pour les troubles envahissants du développement, beaucoup de ressources financières ont été dirigées vers ce problème clinique particulier et pas autant qu'on aurait voulu dans les autres clientèles de déficience intellectuelle. Alors, on est conscients de ce phénomène, et le plan va permettre d'ailleurs de rétablir un meilleur équilibre. Il faut continuer l'effort cependant en troubles envahissants du développement parce que, comme je l'expliquais tantôt, la demande de soins augmente continuellement malgré le fait qu'on traite beaucoup plus de personnes. Mais il faut également, dans les autres domaines, les inclure dans nos investissements et dans les améliorations d'accès qu'on met en place.

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

M. Copeman: M. le Président, moi, je crois fermement que ce plan d'accès va améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation. Ce n'est pas la panacée, hein? Puis je ne veux pas laisser l'impression, ni avec aucun autour de la table ni avec les gens qui pourraient

nous écouter, que le plan d'accès va régler tous les problèmes. Ce n'est pas vrai, ça, on le sait. La demande est croissante pour des services, les investissements sont également à la hausse, il y a plus de gens qui reçoivent des services, mais les listes d'attente ne baissent pas autant qu'on voudrait, ça, c'est très clair, parce que la demande continue d'accroître année après année.

Par contre, je trouve, il y a deux choses très intéressantes avec le plan d'accès, M. le Président. La première chose, c'est qu'il va y avoir un effet de transparence. Les gens vont être rassurés en disant: Écoutez, telle et telle situation, ça devrait prendre x nombre de semaines, x nombre de mois avant le premier traitement. Références, ça va être assez transparent. Moi, je pense que la transparence va aider dans le traitement des personnes, ça va aider aux familles de déterminer comment elles vont aller chercher leurs services dans un délai acceptable et ça va être beaucoup plus transparent qu'actuellement, M. le Président, où les gens sont souvent ballottés d'un établissement à l'autre, ne reçoivent pas forcément toujours la même réponse. CSSS, CRDI, les hôpitaux, là, ça ballote pas mal, et ce n'est pas toujours clair pour les familles, M. le Président. J'en ai vécu, des histoires très inquiétantes, rapportées à moi. Et nous ne pouvons que compatir avec ces familles-là et travailler pour améliorer les situations.

L'autre chose qui est intéressante, c'est un gestionnaire d'accès, la liste d'accès. Puis je fais la nuance, ce n'est pas quelqu'un qui est responsable de la liste d'attente, c'est quelqu'un qui est responsable d'un accès à la personne. Et chaque établissement va devoir identifier une personne, un peu comme on l'a fait pour les services médicaux spécialisés, afin de s'assurer qu'il y a une personne responsable de ça à l'intérieur de l'établissement, s'assurer que les familles reçoivent les informations nécessaires. Je pense que ce sont deux éléments qui sont assez importants. Mais je le répète, M. le Président, ce n'est pas la panacée, on ne prétend pas, ni moi ni le ministre, personne ne prétend qu'on va tout régler les problèmes avec le plan d'accès. Mais un plan d'accès assujéti à des investissements importants, tel qu'on le propose, je pense, va aller loin pour tenter d'améliorer le sort des familles qui sont en attente des services.

● (16 h 30) ●

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

M. Couillard: Bien, encore une fois... Puis je voudrais encore une fois remercier notre collègue pour sa contribution à cet exercice qui va certainement avoir des effets très concrets dans la qualité de vie des personnes et des familles servies. Mais je suis très fier également que notre gouvernement ait réussi à maintenir le niveau d'investissement qu'il a maintenu et même à y ajouter, dans un domaine qui, avouons-le, au cours des dernières années, a été largement sous-investi.

Le Président (M. Kelley): On va commencer la deuxième ronde. Et je suis prêt maintenant à céder la parole au député de L'Assomption.

M. Laporte: Oui, merci, M. le Président. Je vais faire suite à un commentaire, d'entrée de jeu, là, du député de Notre-Dame-de-Grâce. Je lui rappelle que ma formation politique avait demandé à ce qu'on crée un protecteur de la jeunesse, pendant la campagne de 2007. Ça, je pense,

il l'a oublié. Il fait de la lecture sélective, je crois, lorsqu'il lit les documents de l'ADQ.

Création d'un poste de commissaire aux droits des enfants

Protecteur de la jeunesse, on a beaucoup d'appuis pour la création d'un tel protecteur qui viendrait en aide aux jeunes en difficulté. J'ai consulté beaucoup le milieu, puis, dans le milieu, on est arrivé avec une vision encore mieux du protecteur de la jeunesse, qui serait un commissaire aux droits des enfants. Commissaire aux droits des enfants, il y a l'UNICEF Québec qui l'a demandé, le Dr Gilles Julien veut un commissaire aux droits des enfants, Andrée Ruffo veut un commissaire aux droits des enfants, le bureau international de la défense des droits des enfants en veut un également.

Mon collègue de Shefford a posé une question en Chambre au ministre, puis finalement c'est le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale qui a répondu, qui n'a vraiment pas abordé le sujet, n'a pas osé se prononcer. Ce que je demande au ministre, c'est: Lui, est-ce qu'il peut se prononcer? Est-ce qu'il est d'accord pour la création d'un commissaire aux droits des enfants?

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

M. Couillard: Bien, décidément, M. le Président, on a là une formation politique qui aime bien recommander la création de nouvelles structures, là. On en a eu une preuve aujourd'hui, ça vient d'être le cas. Je dirais qu'il y a 16 protecteurs des enfants au Québec: les 16 directeurs de la protection de la jeunesse sont tous des commissaires, des protecteurs des enfants, c'est leur tâche essentielle. Et il y a plein d'organismes qui existent déjà, qui remplissent ce mandat, que ce soient les commissaires locaux aux plaintes, le Protecteur du citoyen — qui, en passant, maintenant dépend de l'Assemblée nationale — la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse puis le Commissaire à la santé et au bien-être. Alors, on ne manque pas de structures de suivi et d'évaluation. Et encore une fois on en a, des protecteurs des droits des enfants, ce sont nos 16 directeurs de la protection de la jeunesse, dans toutes les régions.

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

M. Laporte: Je remercie le ministre pour sa réponse, je pense qu'elle est claire. Mais en même temps il vient de me dire que le Dr Julien a tort, que l'UNICEF a tort, tous ceux que j'ai nommés ont tort. Les gens auront le choix de décider si c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui en fait le plus pour la défense des droits des enfants ou si c'est des gens comme le Dr Julien. Libre à la population d'en faire le constat.

Suite donnée au rapport du Groupe de travail sur le régime québécois de l'adoption

La Loi de la protection de la jeunesse risque d'augmenter le nombre d'adoptions d'enfants au Québec. On n'a pas encore la preuve, on n'a pas encore les chiffres parce que ça ne fait pas encore un an que c'est arrivé, mais, avec les délais plus courts, on risque d'en arriver à un nombre plus élevé d'adoptions.

Une question concernant l'adoption, qui n'est pas réglée puis que le ministre m'avait dit qu'elle serait réglée ou bien au moins que le débat serait lancé à l'automne, puis ce qui n'a pas été fait, c'est les suites au rapport Carmen Lavallée. On se rappelle, lors de la dernière étude de crédits, j'avais posé clairement la question au ministre, j'ai dit: Qu'est-ce que vous entendez faire suite au dépôt du rapport concernant l'adoption — qui est quand même un modèle archaïque, au Québec, qui date de l'époque Duplessis? Le ministre m'avait dit: Je vais consulter mon collègue le ministre de la Justice, puis, à l'automne, on va sûrement faire une consultation publique, on va donner suite. L'automne, il ne s'est rien passé.

Est-ce que le ministre a évolué? Est-ce qu'il a réfléchi à la question? Est-ce qu'il a l'intention de faire quelque chose? S'il veut me dire que c'est le ministre de la Justice qui va s'en occuper, je n'ai aucun problème avec ça, on ira questionner le ministre. Mais je veux juste savoir: Clairement, lui, est-ce qu'il a un rôle à jouer ou est-ce que c'est un dossier qu'il ne veut pas s'occuper?

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

M. Couillard: J'en ai pas mal, de dossiers, M. le Président, je pense, là, franchement. Effectivement, il y a eu un document de consultation qui est piloté par le ministre de la Justice, hein, c'est la réalité, là, mais on collabore avec lui pour lui faire part de nos observations, notamment en lien avec notre mission de protection de la jeunesse, la jeunesse en difficulté.

Je ne sais pas quel angle notre collègue veut aborder. S'il parle de l'angle de retrouvailles, transparence des antécédents, ce n'est pas un enjeu facile. Il va certainement falloir faire une consultation d'un type, là, qui reste à déterminer par mon collègue de la Justice. Parce que bien sûr on a, d'un côté, le souhait des adoptés voulant retrouver leurs antécédents, c'est un souhait légitime; de l'autre côté, on a ceux qui à l'époque ont, dans une période très douloureuse souvent de leur vie, donné un enfant en adoption et qui ne souhaitent pas nécessairement, à moins qu'ils y consentent, rouvrir cette plaie et avoir l'obligation d'entrer en contact avec cet enfant. On n'a à porter aucun jugement de valeur sur ça, ce sont des situations de vie qui sont excessivement difficiles et parfois très pénibles. Alors, je pense qu'il faut respecter l'équilibre.

Ce qu'on comprend, c'est qu'avec le double consentement c'est possible d'avoir actuellement cette divulgation. Le Mouvement Retrouvailles, par exemple, veut aller plus loin, il voudrait qu'on oblige ou qu'on rende obligatoire la divulgation des antécédents. On a des échanges avec le ministre de la Justice là-dessus, et ce sera à lui de déterminer les suites et le type de consultation qu'il veut mettre en place suite à ce rapport.

Mais j'ai expliqué la difficulté, là. Ce n'est pas un cas où il est facile de trancher d'un côté ou de l'autre. Il va falloir nécessairement que la population s'exprime, notamment les personnes concernées, mais le résultat de la consultation risque d'être biaisé. Je ne sais pas si vous comprenez ce que je veux dire. C'est que nécessairement, s'il y a une consultation, les personnes qui vont se présenter à la consultation sont celles qui veulent voir leurs antécédents révélés, et on va donc dégager une impression d'unanimité ou de forte présomption que les gens veulent, que la population veut ça, mais par définition les gens

qui ont donné en adoption, ils ne veulent pas aller en commission parlementaire, alors, eux, ils ne viendront pas se faire entendre, alors c'est ça qui est délicat également. Et on est sur cet équilibre actuellement avec mon collègue de la Justice, qui sera très certainement très heureux d'en débattre dans le cadre de ses crédits ou ailleurs avec nos collègues.

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

M. Laporte: Effectivement, le ministre a raison, c'est une question qui est délicate, ce n'est pas évident. Par contre, il faut faire le débat. Il ne faut pas pondre un rapport, mettre ça sur la tablette, dire qu'on va le faire à l'automne, ne pas le faire à l'automne. Je pense qu'il faut le lancer, le débat. Nous, on est prêts, de ce côté-ci de la Chambre, là, on est prêts à le faire, le débat, on attend après le ministre de la Justice et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

En Ontario, ils ont bougé. En Ontario, ils en ont fait, des projets de loi, en Ontario. Je sais ce que le ministre va me répondre, il va dire que le projet de loi a été aboli trois jours après. Mais ils ont redéposé un autre projet de loi, ils ont redéposé — c'est ça, je vois sa question — un autre projet de loi qui, lui, tient compte de toutes les objections de l'ancien projet de loi. Donc, eux ont été vraiment proactifs, eux ont été de l'avant.

Ce que je demande au gouvernement, au ministre, c'est d'être aussi proactif, de bouger, faire avancer les choses puis de lancer le débat. Nous, n'importe quand, on est prêts à le faire, le débat, ça va nous faire plaisir, puis surtout qu'il a dit qu'il le ferait à l'automne puis qu'il ne l'a pas fait. Donc, je pense que, là, on doit le lancer, le débat.

M. Couillard: Je voudrais juste brièvement rappeler à nos collègues que, dans le cadre des commissions parlementaires, surtout dans un contexte minoritaire de cohabitation, il est toujours possible à une commission parlementaire de se donner un mandat, là — je voudrais le rappeler — soit à cette commission soit à la commission qui régit le ministère de la Justice.

Le Président (M. Kelley): La Commission des institutions.

M. Couillard: Voilà.

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

M. Laporte: Oui, effectivement, c'est quelque chose qu'on regarde avec beaucoup d'intérêt. Puis je sais qu'en CAS ça risque d'être difficile parce qu'on a déjà demandé, avec le Parti québécois, une commission sur l'itinérance. Donc, effectivement, on pourrait peut-être le faire sur une autre commission.

Équipes multidisciplinaires en prévention du suicide dans les centres jeunesse

J'aimerais revenir aux services donnés aux jeunes en difficulté. Les équipes multidisciplinaires qui devaient être créées pour chacun des centres jeunesse, c'est quelque chose d'extrêmement important, étant donné qu'on sait qu'un grand pourcentage des jeunes en centre jeunesse ont besoin

d'aide en santé mentale. Le ministre a déjà dit que les outils, les crédits étaient disponibles pour tous les centres jeunesse pour mettre en place ces équipes-là.

J'aimerais savoir, aujourd'hui, où est-ce qu'on en est rendu. Est-ce que tous les centres jeunesse ont leur équipe? Sinon, pourquoi, étant donné que les outils et les crédits sont disponibles?

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

M. Couillard: Bien, on va vérifier quelles sont les équipes qui ont été mises en place. Ce qu'on sait, c'est qu'effectivement — on va répéter, là — tous les crédits sont disponibles dans toutes les régions pour les mettre en place, ces équipes.

Maintenant, est-ce qu'il y a eu, dans certaines régions, des difficultés à trouver le personnel requis? Ça, ça peut être une chose particulière qu'on verra. Disons, on va ajouter ça à la liste des renseignements qu'on communiquera à notre collègue quant au nombre de régions qui les ont mises en place. Et je ne les ai pas sous la main actuellement, à moins qu'on me les... Ils vont me le trouver, M. le Président, naturellement.

(Consultation)

M. Couillard: ...excusez-moi. Encore une fois, la rapidité me dépasse, ne me surprend pas, mais m'impressionne à chaque fois.

Alors, ce qu'on dit, ce qu'on dit actuellement, dans le plan de la stratégie jeunesse: «Les équipes devront également développer une expertise en santé mentale puisque la très vaste majorité des jeunes qui malheureusement se suicident en centre jeunesse ont également un problème de santé mentale. À l'exception de deux centres jeunesse qui sont à finaliser l'implantation de leur équipe d'intervention en matière de suicide, tous les centres jeunesse disposent, à l'heure actuelle, d'une telle équipe d'intervention.» Mais je ne sais pas les deux, là, on pourra vous les trouver.

Excusez-moi, une autre feuille. Il y a 21 équipes d'intervention jeunesse sur le territoire qui ont été constituées, mais ça, c'est différent des équipes multidisciplinaires pour soutenir les centres jeunesse, c'est autre chose.

● (16 h 40) ●

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

Règlement sur l'aide financière pour favoriser la tutelle à un enfant

M. Laporte: Merci. Concernant une autre mesure, là, de la nouvelle loi, les tutelles subventionnées, je pense, ça a mis un peu plus de temps, là, à se mettre en branle, j'aimerais ça savoir où est-ce qu'on en est rendu. Est-ce qu'il y a... Combien de tutelles subventionnées il y a présentement au Québec? Puis quels montants ont été accordés pour des tutelles? Là, on parle, bien entendu, là, pour les grands-parents qui voudraient prendre en charge leurs petits-enfants en ayant droit à un montant pour une tutelle.

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

M. Couillard: Alors, effectivement, c'est une très bonne nouvelle, d'ailleurs une nouvelle que, j'en suis certain,

l'ADQ voudra saluer. Puis c'est dommage qu'ils n'aient pas adopté la loi avec nous, parce que ça faisait partie de ce qu'on voulait faire avec la Loi sur la protection de la jeunesse et qui visait, par exemple, en particulier à introduire une participation plus active de la famille élargie, des grands-parents, par exemple.

Je me souviens, l'ADQ, à l'époque de la Loi sur la protection de la jeunesse, était venue en commission... à l'Assemblée, en conférence de presse avec des grands-parents qui voulaient participer au soutien de leurs petits-enfants. Et le projet de tutelle subventionnée, tutelle avec soutien financier qui va permettre aux tuteurs de bénéficier d'une aide financière de 9 000 \$ à 23 000 \$ par année, sauf erreur non imposable... non imposable — c'est quand même des montants... bon, ce n'est pas des montants quand même énormes, mais c'est des montants significatifs, je dirais, pour les familles — va permettre d'offrir un projet de vie permanent à l'enfant, qui est une formule différente de l'adoption et qui encore une fois permet aux membres des familles élargies d'intervenir dans la vie...

Alors, on me dit que le règlement est actuellement en phase finale d'adoption. L'entrée en vigueur est prévue pour le 9 juillet, un an après la loi. Parce que l'entrée en vigueur de la loi était le 9 juillet l'an dernier, l'entrée en vigueur de ce règlement-là est prévue pour le 9 juillet. Donc, on devrait commencer, après juillet, à avoir des propositions de tutelle qui seraient faites avec bien sûr le soutien permanent nécessaire.

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

Registre sur les signalements au directeur de la protection de la jeunesse

M. Laporte: On parle, là, de l'échéance de juillet 2008. Il y avait aussi, je crois, le registre des signalements de la DPJ qui était censé être prêt pour juillet 2008. Est-ce que le ministre peut me confirmer que ça va être effectivement prêt en juillet 2008?

M. Couillard: On est en train de courir pour me donner le renseignement, M. le Président, ce ne sera pas très long.

(Consultation)

M. Couillard: ...entrée en vigueur puis mise en place pour l'automne 2008.

M. Laporte: O.K. Donc, il y a eu un délai, parce que, lors de l'étude de l'année passée, on parlait vraiment de juillet. Est-ce qu'on peut m'expliquer pourquoi qu'il y a un délai comme ça?

M. Couillard: Oh, c'est par des difficultés de mise en place. Ce n'est pas simple, ces trucs-là, à faire. Puis l'important, c'est que ça commence dans l'année en cours: à l'automne, là. On verra le mois précis, on le communiquera avec le député lorsqu'on l'aura.

M. Laporte: O.K. Mais c'est vraiment en marche.

M. Couillard: Mais le règlement est adopté, le règlement est adopté. C'est une façon de...

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

Processus de médiation dans les centres jeunesse

M. Laporte: Concernant un autre aussi élément de la nouvelle loi qui est intéressant, c'est qu'on veut essayer de ne pas passer nécessairement par le système judiciaire puis plutôt essayer de trouver des consensus parmi la communauté, parmi les intervenants, les personnes proches de l'enfant pour éviter justement de tout rentrer dans le processus judiciaire puis de compliquer les choses. C'est quelque chose... Je sais que le Dr Julien, entre autres, lui, a mis sur pied son programme le Cercle, je crois, qu'il l'appelle, que ça fonctionne très bien, puis je crois qu'il va plus loin que ce que le ministère, lui, est en train de faire dans la communauté.

Où est-ce qu'on en est rendu avec ça? Puis est-ce que ça fonctionne? Est-ce qu'il y a des régions qui procèdent comme ça, présentement?

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

M. Couillard: Alors, effectivement, il y a déjà des centres jeunesse qui ont mis en place ces processus de médiation. D'ailleurs, on se souvient que, lorsque la loi... Je suis content de voir que le député trouve de plus en plus de qualités à cette loi, parce qu'il demande...

M. Laporte: ...qualité.

M. Couillard: Bien, il aurait pu participer à l'époque puis demander spécifiquement des améliorations, son parti politique, puis voter pour, puis faire une adoption unanime.

Alors, il y a déjà des centres jeunesse qui mettent en place le processus de médiation, qui est un processus autre que judiciaire pour régler les conflits, là, ou les problèmes familiaux. On pourra également trouver la répartition du nombre de centres jeunesse, etc., là, si requis.

M. Laporte: Combien de temps?

Le Président (M. Kelley): Il vous reste six minutes.

M. Laporte: Effectivement, j'aurais aimé ça être là pour participer aux discussions, mais je n'étais pas encore élu, donc il y a des choses qui sont quand même impossibles. J'aimerais...

M. Couillard: Mais, M. le Président, son collègue n'arrête pas de présenter des projets de loi; il pourrait déposer des amendements.

Nombre de fugues répertoriées par les centres jeunesse

M. Laporte: Il y a une modification à la Loi de la protection de la jeunesse qui vient modifier l'encadrement intensif. Suite à ça, je sais que, certaines régions, comme Lanaudière, il y a eu des problèmes de fugues, il y a eu un nombre plus élevé de fugues parce qu'on n'était pas prêt, les modifications n'étaient pas faites, au centre jeunesse, pour justement avoir quand même un bon encadrement.

Donc, est-ce que le ministre peut nous expliquer c'est quoi, l'impact que ça a eu sur le nombre de fugues pour l'ensemble du Québec puis si effectivement certaines régions, comme Lanaudière, où est-ce qu'on a pris un petit peu plus de temps, je crois, à s'adapter...

Moi, j'ai des parents, à mon bureau de comté, qui m'ont appelé pour me dire: Ça n'a pas de bon sens, mon fils a besoin de protection, il a fugué, il est rendu avec des gangs de rue dans telle ou telle région. Est-ce que le ministre peut nous rassurer puis dire qu'il a le nombre de fugues sous contrôle puis qu'il n'y a pas eu un niveau plus élevé de fugues?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, on me communique, là, puis cette information est toujours bien sûr à vérifier, mais on me communique qu'il y a eu un cas de fugue relié à cet encadrement à Lanaudière, comme le soulignait le collègue.

Maintenant, il faut se souvenir du contexte dans lequel ça a été mis en place. Je reviens toujours au débat entourant la protection de la jeunesse, où à l'époque, par le biais du document cinématographique dont on parlait un peu plus tôt, on avait décrié avec raison les conditions d'isolement ou de contrôle des jeunes avec des problèmes de comportement, ce qui a mené à l'adoption de règles importantes, et qui est également accompagné d'une formation — et c'est peut-être la réponse plus formelle et structurante à la question du député — une activité de formation portant sur le recours aux mesures restrictives de liberté à l'intention du personnel des centres jeunesse. Donc, ils auront l'occasion de se familiariser et de perfectionner leurs modes d'intervention. Et on fait également une élaboration du portrait des unités de réadaptation, incluant les unités d'encadrement intensif. C'est en cours, ça.

Maintenant, M. le Président, lorsqu'on a adopté ça, on a également convenu qu'il fallait mieux informer, mieux informer les jeunes et leurs familles de leurs droits et de la situation lorsqu'ils étaient bien sûr admis en centre jeunesse. Alors, je suis très content de pouvoir montrer ça. On pourra le communiquer aux collègues. Il y a un document d'information pour les familles, qui est ici et qui s'intitule *On a signalé la situation de votre enfant au DPJ — Que devez-vous savoir maintenant?* C'est pour les parents, qu'ils connaissent exactement la situation, quels sont les droits, quelles sont les procédures qui seront mises en place. Et, pour les enfants eux-mêmes — et on a des grands enfants, des adolescents dans les centres jeunesse: *Tu es hébergé dans une unité d'encadrement intensif du centre jeunesse — Qu'arrive-t-il?*, pour que l'enfant soit informé de la situation de ses droits et de la façon dont tout ça va être géré.

Alors, je serais heureux... Bien, je pense que le député peut avoir copie de ces pamphlets-là facilement dans les centres jeunesse, mais, s'il désire en obtenir des copies directement, on sera heureux de lui transmettre.

Le Président (M. Kelley): M. le député, il vous reste trois minutes.

M. Laporte: Donc, le ministre va me revenir avec le nombre de fugues par centre jeunesse, si j'ai bien compris.

M. Couillard: Bien, j'ai donné la réponse, là. Moi, j'ai un cas qui nous a été signalé à date. On n'a pas...

M. Laporte: Non, il n'y a pas juste une fugue à travers l'ensemble de...

M. Couillard: Liée, liée au problème d'encadrement intensif.

M. Laporte: O.K. Moi, ce que je... Excusez.

Le Président (M. Kelley): Non, continuez, continuez, M. le député.

M. Laporte: Moi, ce que j'aimerais avoir, c'est le nombre total de fugues, peu importe, là, si c'est relié à la nouvelle loi, mais... Parce que c'est quand même préoccupant. Il y a certains parents, là, qui voient leurs enfants fuguer, c'est très préoccupant, étant donné qu'on sait que ces enfants-là ont besoin d'une protection. Donc, il y en a quand même plusieurs, fugues. Est-ce qu'on a un registre de ces fugues-là?

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

M. Couillard: Bien, on peut probablement trouver le renseignement, là. Mais je répète que ce n'est pas forcément ou pas du tout en lien avec le sujet qu'on discute actuellement. On verra si on peut trouver le renseignement. Celui-là, je ne peux pas le garantir, parce qu'on va vérifier si le renseignement est accessible, si on peut y avoir accès, et on le communiquera, le cas échéant, au collègue.

Traitement des demandes d'aide provenant d'enfants en difficulté

M. Laporte: Le ministre a parlé, dans sa réponse, qu'on tentait de... Bien, on le fait, en fait on informe mieux les parents de leurs droits, on informe mieux les enfants de leurs droits. C'est un point que j'avais soulevé l'année passée, en étude de crédits, quand on regardait le nombre de plaintes provenant d'enfants au Protecteur du citoyen et aux commissaires aux droits de la personne et de la jeunesse. Il y avait très, très peu de plaintes qui provenaient des enfants eux-mêmes. Je sais qu'il y a un commissaire aux plaintes à l'intérieur de chaque centre jeunesse, mais c'était quand même préoccupant qu'il n'y ait pas autant... qu'il n'y ait pas plus d'enfants qui portent plainte au Protecteur du citoyen, entre autres, puis même lui s'était vu préoccupé par la question.

Est-ce que le ministre peut m'informer si lui a eu des échos, s'il est au courant si le Protecteur du citoyen reçoit, avec les nouvelles mesures, plus de plaintes, est-ce qu'il y a plus de contacts avec les enfants directement, ou le commissaire aux droits des enfants?

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

M. Couillard: Bien, effectivement. D'abord, je suis content de voir que le député établit un lien entre ses interventions et l'information qu'on transmet aux parents. Ça prouve qu'on l'écoute, hein, il devrait être rassuré.

Maintenant, pour ce qui est de la question qu'il soulève, effectivement il faut se rappeler que, suite aux changements qu'on a mis en place dans la gouverne du traitement des plaintes, le Protecteur des usagers est maintenant indépendant totalement du gouvernement et dépendant de l'Assemblée nationale. Alors, il va éventuellement publier un rapport dans lequel ces renseignements, j'en suis sûr, seront contenus. Alors, il n'y a pas moyen, pour nous, je dirais, d'intervenir dans le traitement, à ce niveau-là du traitement des plaintes parce qu'on a voulu volontairement, à l'Assemblée nationale, que ce soit détaché du gouvernement et rattaché à l'Assemblée nationale.

● (16 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à cet échange. Je suis prêt maintenant à reconnaître Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve. La parole est à vous.

Mme Harel: Merci, M. le Président. On se posait la question: Lorsqu'il y a plainte, la plainte est transmise, à ce moment-là, à la commission de protection des droits et libertés de la personne et de la jeunesse?

M. Couillard: Pas nécessairement. Là, on corrigera, là, autour de moi, mais un centre jeunesse, c'est un établissement du réseau de santé et de services sociaux, donc il y a un commissaire local aux plaintes qui traite la plainte initialement et au niveau de l'établissement. Si elle n'est pas résolue à la satisfaction de la personne qui a porté plainte, elle peut être par la suite déferée au protecteur des usagers en santé, qui est maintenant dans le bureau du Protecteur des citoyens.

Maintenant, la Commission des droits de la personne, elle peut entreprendre d'elle-même, comme vous le savez, n'importe quand des mandats d'initiative ou sur réception de plaintes portant sur cette question. D'ailleurs, il y a eu un rapport important, il y a quelques mois à peine, sur la situation dans le Grand Nord, qui est particulièrement problématique, comme chacun le sait.

Alors, c'est de la façon que le système de plainte est géré. Je pense que c'est une amélioration que le sommet de la hiérarchie de traitement de plaintes soit dissocié maintenant de l'Exécutif et soit au niveau de l'Assemblée nationale.

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

Mme Harel: Alors, M. le Président, je voudrais d'abord féliciter notre collègue le député de L'Assomption. Je crois que ses préoccupations à l'égard des jeunes les plus vulnérables de notre société l'honorent.

Soutien aux familles d'accueil

Et peut-être juste pour compléter, là. Concernant la pénurie de familles d'accueil, est-ce que le ministre a des solutions ou entend envisager des actions, entend mener des interventions pour pouvoir corriger cette pénurie qui augmente, hein, de familles prêtes à accueillir des jeunes qui finalement ont plus que quiconque, là, besoin d'affection et d'accompagnement?

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

M. Couillard: Bien, on apprécie beaucoup, et non seulement on apprécie, mais on admire également la

participation des familles d'accueil dans la problématique... ou le problème, pardon, des jeunes en difficulté au Québec.

Le 11 avril dernier, donc il y a à peine quelques jours, nous annonçons un budget supplémentaire de 15,4 millions de dollars récurrents dès le 1er avril 2008 — sur une base récurrente donc — en soutien aux familles d'accueil et aux résidences d'accueil du Québec. Alors, ce sont des améliorations et des augmentations budgétaires considérables. D'ailleurs, depuis notre arrivée, en 2003, c'est près de 60 millions de dollars annualisés qui ont été investis pour soutenir les familles d'accueil et les résidences. Et je pense que je dois... on m'indique que je dois rencontrer bientôt les représentants des familles d'accueil.

Mme Harel: M. le Président, il en va dans ce domaine comme dans d'autres. C'est donc souvent difficile de savoir exactement qu'est-ce qui est partagé entre les familles d'accueil et les résidences d'accueil, première question.

Maintien à domicile des aînés (suite)

Ça vaut également pour le maintien à domicile. Qu'est-ce qui est partagé entre le maintien à domicile de courte durée pour désengorger les hôpitaux ou encore pour faire du postchirurgie opératoire, là, et puis du maintien à domicile lié au vieillissement? Ou encore qu'est-ce qui est partagé entre la déficience intellectuelle, pour la réadaptation des adultes et la stimulation précoce des enfants, et les troubles envahissants du comportement? Je pense que le ministre aurait intérêt de faire en sorte qu'on puisse s'y retrouver. Par exemple, résidence d'accueil versus famille d'accueil, comment ça se partage?

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

M. Couillard: On a la donnée disponible, on pourra... Ça ne comprend pas le 15 millions dont je viens de parler, mais ce que je vois, c'est qu'on est en mesure de faire la distinction entre famille d'accueil centre jeunesse, famille d'accueil générale, mixte, résidence d'accueil. Alors, on a ce genre de renseignement-là.

Maintenant, pour le soutien à domicile, je voudrais quand même faire un commentaire là-dessus, parce qu'il m'apparaît — amicalement, là — que la députée fait une distinction un peu arbitraire entre toutes ces situations. Ce n'est pas uniquement des personnes âgées qui sont là après une chirurgie; c'est les personnes âgées qui ont eu la grippe, qui ont été obligées de se rendre à l'hôpital de leur domicile puis qui veulent retourner à leur domicile. Alors, ces lits de posthospitalisation, ils sont pour ces mêmes personnes âgées. Je pense que c'est très important de toujours se rappeler cette vérité puis cette réalité: ce sont les mêmes personnes et non pas des groupes différents de personnes qu'on traite. C'est la même personne qui tombe sur la glace puis qui se fait une fracture de hanche qu'il faut rééduquer ou c'est la même personne — et on souhaite que ce ne soit pas la même année malheureusement — qui développe une influenza ou une infection pulmonaire, qui doit être hospitalisée et qui doit retourner dans son domicile. Ce n'est pas des situations distinctes, c'est des situations mêlées, et ça va devenir de plus en plus comme ça à mesure que le vieillissement va se prolonger dans le quatrième âge et dans la grande vieillesse, au cours des prochaines années.

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

Mme Harel: Bien, M. le Président, on n'a pas besoin d'attendre que la personne ait une grippe qui la ramène à l'urgence, là. Moi, je demande au ministre en termes de longue durée. Ça existe, la différence entre le maintien à domicile de courte durée et le maintien à domicile de longue durée.

Je comprends d'ailleurs qu'à la page 228, là, du volume 1 le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie au Québec est de l'ordre de 366 millions, c'est-à-dire la moitié moins que ce qu'on alloue, si vous voulez, sous le grand chapitre de maintien à domicile en général. Mais, pour ce qui est lié en perte d'autonomie, c'est 366 millions. Et, à dire vrai, avec le quatrième âge qui est déjà là et le cinquième qui s'en vient, c'est ce maintien à domicile lié au vieillissement qu'il faut augmenter substantiellement, notamment suite à la consultation sur les aînés.

M. Couillard: Bien, je suis d'accord avec la collègue, il faut l'augmenter, mais il ne faut pas non plus éviter de regarder la situation avec réalisme, là. Lorsqu'on arrive dans le grand âge, la grande vieillesse, 85, 90, 95 ans, souvent on ne peut plus rester à domicile. Alors, c'est là également qui explique pourquoi il faut réserver des sommes pour développer les ressources intermédiaires, réserver les formules d'hébergement différentes et également rehausser la prestation de services, parce que la conséquence de ça, c'est l'alourdissement progressif des gens qui maintenant sont gardés plus souvent à domicile.

Moi, d'ailleurs, quand je vais visiter les CHSLD, souvent on fait la remarque suivante, qui est une bonne nouvelle avec son versant plus négatif, ils me disent: On voit le résultat des investissements en maintien à domicile parce que les gens restent plus longtemps chez eux et chez elles. Conséquence: lorsqu'ils arrivent dans l'établissement de soins prolongés, ils sont dans un état qui est plus avancé en termes de perte d'autonomie que c'était le cas auparavant.

J'étais récemment à Saint Brigid's, ici, à Québec, où d'ailleurs j'ai pris un excellent repas à la cafétéria avec les usagers. J'écoutais la préoccupation de la députée sur l'alimentation en CHSLD; je suis allé vérifier moi-même et j'ai partagé le repas avec les résidents. Les administrateurs également et les infirmières et le personnel me disaient: Il y a quelques années à peine, les gens étaient totalement ambulants, ils entraient et sortaient de notre institution. Ils avaient leur automobile même parfois, il y a 20 ans ou 25 ans. Alors, tout ça est en train de changer considérablement, et c'est un grand virage nécessaire, puis c'est un grand virage sur plusieurs années à continuer, au Québec, au moins pour les 10 ou 15 prochaines années au minimum.

Mme Harel: Bon, M. le Président, on y reviendra, parce que malheureusement, comme le signalait l'Ordre des diététistes, il y a même des résidences pour personnes âgées qui n'allouent même pas 4 \$ par jour — par jour, je ne dis pas par repas, là — par personne. Alors, on reviendra sur cette importante question, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la santé des personnes les plus vulnérables.

Mais il n'en demeure pas moins que, s'il y a cette augmentation en flèche des 75 ans et plus qui se présentent

à l'urgence, c'est en partie aussi parce qu'on constate une insuffisance dans l'accompagnement puis le soutien à domicile. Les incapacités sont permanentes. Alors, du maintien à domicile lié au vieillissement, il est évident que c'est le parent pauvre actuellement de ce qu'on appelle le maintien à domicile, puisque l'argent va surtout dans le désengorgement des urgences ou des lits d'hôpitaux. Alors, c'est à l'évidence, avec les chiffres que l'on a, là.

M. Couillard: ...j'aimerais faire un bref commentaire, parce que c'est important, ces concepts-là, là. Encore une fois, c'est les mêmes personnes, ce n'est pas des personnes différentes.

Deuxièmement, il y a une limite à ce que peut faire le soutien à domicile, d'autant plus qu'apparaît le phénomène de l'extrême vieillissement. Quand une personne de 85 et 90 ans attrape une influenza sévère, avec le meilleur soutien à domicile au monde, cette personne-là va être obligée de visiter l'hôpital de soins aigus. Même chose pour une gastroentérite, une banale gastroentérite, où la déshydratation peut survenir rapidement puis amener une hospitalisation puis des complications graves. Alors, ces maladies, qui semblent bénignes et banales pour nous, pour les gens plus jeunes, sont très sérieuses et même souvent menacent la vie de ces personnes-là.

Chaque année, juste pour donner un chiffre, là, parce qu'on parle beaucoup de toutes sortes de problèmes de santé, chaque année, d'après les données de santé publique, il y a environ 1 500 personnes au Québec qui décèdent de la grippe soit directement soit de complications liées la grippe. Alors, c'est un phénomène qui est là, qui malheureusement est sérieux. Et plus les gens vont avancer en âge, plus... Bien sûr, ils pourront rester à la maison, on le souhaite, longtemps, mais on aura toujours à faire face à des situations qui apparaissent banales sur le plan de la santé mais qui, dans le cas de ces personnes, conduisent à une hospitalisation quasi automatique et inévitable. Il faut également reconnaître ça.

● (17 heures) ●

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

Mme Harel: Donc, il faut absolument, M. le Président, qu'il y ait une sorte de complémentarité qui fasse en sorte que l'on puisse rester chez soi le plus longtemps possible mais qu'on soit assuré que, si on a besoin suite à une perte lourde d'autonomie, on puisse avoir ces soins. Ce qui est absent présentement, c'est finalement, bien évidemment... 10 % seulement des besoins à domicile qui sont comblés par le maintien à domicile. C'est bien évident que c'est ce chaînon manquant qui est reconnu, en fait, à l'évidence, là, par tout le monde.

Réadaptation physique et intellectuelle (suite)

Mais je voudrais à nouveau juste rappeler au ministre de la Santé et des Services sociaux que, les besoins en déficience intellectuelle, mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce a parlé tantôt des troubles envahissants du comportement, de l'autisme et autres, mais il faudrait aussi distinguer les budgets en déficience intellectuelle des budgets des troubles envahissants de comportement, à défaut de quoi, en vérité, la réalité de la déficience intellectuelle est toujours passée, si vous voulez, sous le

boisseau. Le fait est qu'à Montréal, notamment... je ne sais si la situation est la même dans les régions du Québec, là j'ai un cas précis, à Trois-Rivières, dont je voudrais vous parler, mais le fait est qu'à Montréal la situation de la déficience intellectuelle ne va pas finalement en s'améliorant pour les personnes concernées, elle va en s'aggravant.

M. Couillard: Mais là-dessus, M. le Président, je répète qu'on a reconnu que l'investissement avait été dirigé de façon, je dirais, majoritaire vers les troubles envahissants de développement. Pourquoi? Je suis obligé de le rappeler, là, je m'excuse de revenir toujours là-dessus, mais on est arrivés dans une situation où il n'y avait, à toutes fins pratiques, pas de programme de services. Il y avait une poursuite des parents des enfants contre le gouvernement concernant l'absence de services. Alors, il a fallu consacrer 32 millions de dollars. Avec 32 millions de dollars ou la moitié même, 16 millions, dans l'autre versant de la déficience intellectuelle, on aurait déjà fait des progrès considérables à l'époque. Mais il a fallu bâtir ce service, il n'existait pas. Alors, j'aurais préféré qu'on puisse étaler dès cette époque les investissements.

Maintenant, pour ce qui est de la distinction, rappelons-nous que ce sont les centres de réadaptation intellectuelle eux-mêmes qui ont demandé que leur mission incorpore maintenant les troubles envahissants de développement. Alors, on les appelle maintenant les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants de développement. Ils ont la double mission. Et ce n'est pas toujours aisé, dans un même établissement, de faire le partage des investissements, là, mais on le fait cependant, ce partage, dans les cibles et les politiques qu'on dépose.

Alors, le plan d'accès qu'on va annoncer et les investissements qu'on annonce, ce n'est pas uniquement, puis je le répète, là, ce n'est pas uniquement pour le trouble envahissant de développement, c'est également pour les autres problèmes de déficience intellectuelle, qui effectivement ont souffert du retard d'investissement dû à l'investissement majeur nécessaire dans le programme des troubles envahissants de développement.

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

Mme Harel: Alors, M. le Président, on verra avec le plan d'accès. Il faudra répondre à ces parents qui finalement nous demandent souvent: Est-ce qu'il faut poursuivre le gouvernement en tant que parents de déficients intellectuels, puisque c'est à ce prix-là seulement que, semble-t-il, les problèmes ont pu se résoudre?

Quoi qu'il en soit, je voudrais déposer ici une correspondance, et je le fais avec la permission de l'auteur, la personne qui l'a rédigée, et ça concerne une personne qui a 30 ans maintenant, qui est atteinte de déficience intellectuelle mais qui est aussi diagnostiquée troubles envahissants du comportement. On appelle ça, je pense, personnalité limite. Et puis c'est une situation qui nous montre qu'il faut peut-être s'attarder à savoir: Est-ce que tous les cas de désinstitutionnalisation sont adéquats? J'en veux à preuve ici cette personne qui a fait trois tentatives de suicide dans la même journée, qui a été hospitalisée en psychiatrie mais qui, à la fin de cette hospitalisation, se retrouve à fuguer de foyer d'accueil en foyer d'accueil, de famille d'accueil en famille d'accueil, et qui finalement

ne connaît que malheur, sur malheur, sur malheur, du fait en quelque part qu'il n'y a plus de milieu institutionnel pour l'accueillir.

Et je pense que ça vaut pour la santé mentale, je sais que vous en avez parlé à d'autres moments. Mais, en matière de personnalité limite, là, à la fois troubles envahissants du comportement, déficience intellectuelle, le fait de mettre fin à toute offre de milieu institutionnel amène des personnes, là, dans une très, très, très profonde détresse. Alors, je ne sais pas s'il y a un examen qui se fait. M. le Président, avec le consentement de l'auteur, je voudrais pouvoir déposer cette lettre, en espérant une réponse du ministre.

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

M. Couillard: M. le Président, on tente toujours de répondre le plus rapidement. La collègue le sait, elle a déjà eu des ministères sous sa responsabilité, il y a un gros volume de correspondance, et on veut s'assurer de donner une réponse correcte, et convenable également, et précise.

Maintenant, sur la question de la désinstitutionnalisation, mettons de côté la santé mentale, et on pourra y revenir, mais, pour ce qui est de la déficience intellectuelle, moi-même, lorsque je suis arrivé en poste, en 2003, j'avais les mêmes doutes que ce que vient d'exprimer la députée. D'ailleurs, à l'époque, il y avait, elle s'en souvient, un conflit assez important, à Montréal, concernant la désinstitutionnalisation des personnes alors institutionnalisées à Rivière-des-Prairies, et la même chose existait ici, à Québec, dans l'établissement similaire. Et j'ai été rapidement convaincu du bien-fondé de ce mouvement-là. Et j'ai vu plusieurs exemples concrets.

Je suis allé voir les gens, je ne mentionnerai pas les personnes ni les endroits bien sûr, mais ce sont des personnes qui étaient sous contention dans l'institution, qui étaient polymédicamentées et qui n'ont plus de contention, qui n'ont presque plus de médicaments et qui sont véritablement des personnes heureuses, en autant bien sûr qu'on considère leurs limitations.

Il y a eu, par exemple, souvenez-vous, ce cas tragique, il y a deux ou trois ans, ou trois, quatre ans, ici, à Québec, la personne qui avait été laissée dans ses excréments à Robert-Giffard, là, et cette situation a été médiatisée et d'ailleurs sanctionnée par la suite. Mais cette personne, elle est actuellement en dehors de l'institution. Cette personne, qu'on croyait devoir isoler et enfermer dans une pièce, elle est dans une famille d'accueil actuellement. Et, pour avoir vu, je peux vous dire que ce n'est plus la même personne, c'est positif.

Donc, globalement, je pense que c'est une bonne direction à prendre. Et bien sûr il faut regarder chaque cas et s'assurer qu'il n'y a pas de déficit de traitement ou de suivi. Alors, pour donner l'information à la collègue — c'est une information qu'on me transmet au moment même où on discute de la question — il reste actuellement, dans tout le Québec, 451 places en internat, c'est-à-dire en institutionnalisation. Et on les a région par région. Si vous les désirez, on pourra les communiquer.

Mme Harel: En déficience intellectuelle.

M. Couillard: En déficience intellectuelle, 451 places. Il y a 26 places en foyer de groupe.

Mme Harel: Est-ce que cette règle ne mérite pas d'exception en fait? Est-ce qu'en matière d'individus en fait, de personnes humaines, il ne vaut pas mieux travailler sur mesure que mur à mur, dans le sens où éviter une totale institutionnalisation? Il y a des cas qui bénéficieraient finalement de vivre en milieu institutionnel. Je ne dis pas que c'est la règle, que c'est la norme, mais je dis que de vouloir absolument appliquer la norme, la règle inverse a aussi des effets pervers.

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

M. Couillard: Bien, moi, je dirais qu'il faut partir avec le principe, M. le Président, qu'en général c'est un virage salutaire pour la personne, pour les raisons que j'ai indiquées tantôt. Cependant, chaque cas doit être jugé au mérite, et les professionnels ont à prendre des décisions, là. S'il reste 451 places au Québec, c'est nécessairement qu'il y a des gens dont on pense qu'elles doivent... des personnes dont on pense qu'elles doivent rester institutionnalisées, pour exactement les raisons que vous venez de signaler. Alors, il faut se garder une marge de manoeuvre.

Mais je pense qu'il ne faut pas non plus donner l'impression qu'on recule sur ce principe que la qualité de vie de ces personnes, dans la majorité des cas... Malheureusement, on ne peut jamais dire que c'est la totalité des cas, mais, dans la majorité des cas, c'est un virage salutaire pour la qualité de vie de ces personnes-là. Et je l'ai constaté de mes yeux, et c'est assez impressionnant, et même j'étais surpris de l'augmentation de la qualité de vie.

Financement des organismes communautaires (suite)

Mme Harel: Alors, écoutez, je ne voudrais pas terminer cette période, là, sans reparler du financement des organismes communautaires, notamment de cette demande d'un financement garanti sur la mission de l'organisme. Vous n'êtes pas sans savoir que tout le mouvement communautaire qui est regroupé au sein de tables régionales de concertation fait valoir que l'absence d'un budget total... ou d'identification des budgets accordés aux organismes communautaires en santé, services sociaux ne leur permet pas en fait d'avoir une idée exacte et ne permet pas non plus de pouvoir apprécier si la mission de l'organisme est soutenue. Parce que très souvent les agences ont tendance à vouloir en fait subordonner les organisations à leurs priorités du jour, si je peux m'exprimer ainsi.

À l'occasion d'une conférence de presse qui a été faite, en février dernier, à cet égard, par le regroupement des organisations communautaires de l'ensemble du Québec, l'attaché de presse du ministre avait répondu au *Soleil* qu'il y aurait un sous-comité pour discuter de ces questions, et donc que les groupes et le ministère affirment que le ministère s'assoira bientôt avec les groupes au sein d'un sous-comité pour discuter de cette question, là, de financement, et que le ministre rencontrerait les concernés une fois que les recommandations de ce comité seraient faites. Alors, depuis lors, c'est comme Anne ma soeur Anne, rien n'est venu. Alors, peut-on prévoir que le ministre va manifester une certaine volonté politique de s'asseoir avec les organismes communautaires, qui rendent des services mais inestimables en matière de santé et services sociaux en particulier?

Le Président (M. Kelley): La dernière question est posée. M. le ministre.

● (17 h 10) ●

M. Couillard: Alors, effectivement, ces groupes ont été constitués... Mais je voudrais d'abord reculer un peu sur la question ou le préambule de notre consoeur pour lui rappeler que, selon les données dont nous disposons actuellement, 84 % des sommes consenties aux organismes communautaires le sont pour la mission globale, 84 % des sommes consenties en financement en moyenne le sont pour la mission globale des organismes. Alors, c'est pas mal plus en réalité que ce qu'on entend dans la perception.

Est-ce qu'il y a encore des progrès à faire? Peut-être, et certainement même. Donc, il y a eu la mise en place de ce comité conjoint, qui a des représentants de la Coalition des organismes communautaires et également du ministère de la Santé et Services sociaux. Le comité-chef s'est réuni le 25 janvier 2008. Il y a un groupe spécifique qui va se réunir à la fin mai pour la question spécifique du financement et de la logique de financement. Il y a un mandat écrit pour le comité.

Mme Harel: Est-ce que c'est possible de le déposer, M. le Président, est-ce que c'est possible?

M. Couillard: Le mandat? Oui, certainement, certainement. D'ailleurs, il est en possession des membres du comité, alors il n'y a pas de... Vous pouvez peut-être enlever votre ongle. Peut-être le transmettre plutôt que le déposer. On m'a appris que c'était toujours mieux, plus simple de faire ça en commission parlementaire.

Le Président (M. Kelley): Alors, en terminant, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, c'est ça.

Document déposé

Le Président (M. Kelley): C'est ça, O.K., parfait. Merci beaucoup. Le document est déposé. M. le député d'Orford.

M. Reid: Merci, M. le Président. Je dois dire que, tout à l'heure, lorsque le député de L'Assomption a commencé ses commentaires, j'avais un peu peur parce qu'il nous donnait l'impression d'arriver à la commission un peu avec un couteau entre les dents. Je pense que le ton a baissé et je suis très heureux de ça.

La première critique qu'il a faite était une critique que, dans ma longue carrière dans le domaine public, j'ai entendue plusieurs fois, où on accuse quelqu'un — et, dans le contexte, contre toute évidence — d'un manque de vision. Et cette critique de manque de vision, c'est une critique que j'ai presque toujours entendue de la part et dans la bouche de personnes qui n'ont pas l'intention de procéder à des critiques constructives et donc à quelque chose de constructif. Je dois dire que, dans les interventions qui sont arrivées depuis, le député de L'Assomption a montré que non seulement il avait une capacité d'analyse, mais aussi, je pense, une capacité de travailler de façon constructive, et, je pense, c'est essentiel. Et il y a plusieurs bonnes raisons d'une façon générale, mais, en particulier avec le ministre de la Santé que nous avons, il y a des raisons qui sont encore plus importantes.

Et, M. le Président, si vous me permettez, je vais reprendre le témoignage que j'ai fait la semaine dernière, alors que le député de L'Assomption n'était pas présent. Vous savez, un vieux professeur qui a été 25 ans dans l'enseignement universitaire a plusieurs milliers d'anciens étudiants qui sont un peu partout au Québec, et plusieurs d'entre eux se retrouvent dans le domaine de la santé, dans le réseau, à tous les niveaux, et ils sont de toutes allégeances politiques, et honnêtement je n'en rencontre pas qui me disent autre chose que: Nous avons un ministre de la Santé qui a... Ils n'ont jamais vu de ministre de la Santé qui avait autant de vision que celui que nous avons. Et c'est des gens à tous les niveaux de l'organisation. Et j'ai eu des étudiants très intelligents, M. le Président.

Et donc, dans ce sens-là, il me paraît important de travailler de façon constructive — et je pense qu'une commission, c'est fait pour ça — dans un gouvernement de cohabitation, plutôt que de mettre des bois dans les roues. Et ça avait commencé en me donnant l'impression que le député de L'Assomption était là pour mettre des bois dans les roues. Heureusement, par la suite, et je vous en félicite, M. le député de L'Assomption, les choses ont changé, et je pense que vous avez... Voilà.

Le Président (M. Kelley): Vous êtes en trouble avec votre leader, à ce rythme-là.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Ça va mal.

M. Reid: Ça va mal, notre affaire.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Non, non, pas du tout. C'est juste un constat, c'est juste un constat.

Pénurie d'orthophonistes

M. Reid: Alors, M. le Président, je voudrais poser une question au ministre sur une problématique importante pour beaucoup de parents, c'est la pénurie d'orthophonistes. Les effectifs professionnels en orthophonie sont peu nombreux, et les problèmes de recrutement sont réels depuis déjà un bon bout de temps, et des problèmes de formation notamment. En fait, c'est des problèmes d'intérêt de la part des jeunes vers cette matière-là. Au 31 mars 2006, les chiffres que j'ai ici, 811 orthophonistes travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux. La pénurie, au Québec, en orthophonie, est estimée à 212. Donc, on parle d'à peu près 25 % d'augmentation nécessaire, juste pour ça.

Une des raisons de cette pénurie, comme je l'ai indiqué il y a deux secondes, c'est un manque d'intérêt des jeunes. Et pourquoi y a-t-il eu un manque d'intérêt? Une de ces causes-là, c'est que, pendant les années quatre-vingt-dix, il y a eu des coupures importantes dans les secteurs — donc, santé, éducation — qui employaient les orthophonistes. Les jeunes d'aujourd'hui, ils n'y vont pas que par pure passion quand ils choisissent des carrières, ils vont aussi par des possibilités réelles d'obtenir un emploi intéressant, et, pendant plusieurs années, cette possibilité-là apparaissait pour le moins beaucoup diminuée.

Alors, nous nous retrouvons avec des besoins. Nous avons, je pense, fait des efforts. Je me rappelle d'avoir participé à ça, comme notre gouvernement. Est-ce que le ministre pourrait nous faire état d'où nous en sommes pour tenter de répondre à ce besoin-là, qui évidemment inquiète plusieurs parents du Québec?

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

M. Couillard: M. le Président, je vais répondre à cette question bien importante. Mais j'écoutais la conversation sur la vision, puis ça me rappelle quelque chose que je voudrais échanger avec mes collègues. Tu sais, en anglais, «the V e-World, the vision thing», hein, tout le monde dit: La vision, la vision, la vision. Il y a un ami très sage qui m'a donné beaucoup de bons conseils dans ma vie, qui m'a déjà dit: N'oublie pas, manquer de vision, ça peut être un problème politique; avoir des visions, ça peut être un problème médical.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Il m'a donné beaucoup de bons conseils... cette personne-là.

Le Président (M. Kelley): ...

M. Couillard: Alors, effectivement, on manque d'orthophonistes au Québec. Et la raison, effectivement il y en a quelques-unes qui ont été mentionnées, mais également on manquait de places d'admission dans les départements universitaires où cette formation est faite. Il y a eu plusieurs actions qui ont été posées, et je crois qu'elles vont porter fruit.

D'abord, l'ordre a fait des démarches en Europe, et plus particulièrement en Belgique, afin de recruter des orthophonistes pour compenser la pénurie qu'on a au Québec. Le ministère de l'Éducation avec celui de la Santé et des Services sociaux l'ont soutenu. Donc, une quarantaine d'orthophonistes, c'est important, c'est un chiffre intéressant, je pense, à communiquer. Une quarantaine d'orthophonistes se sont établis au Québec.

Du côté de la formation québécoise, l'augmentation du nombre d'étudiants en orthophonie s'est faite dans la plupart des campus de formation. À l'Université de Montréal, c'est 20 finissants supplémentaires par année. Une augmentation également des admissions a été déclenchée à l'Université Laval. Ce programme est passé de 25 étudiants en 2006 à 35 en septembre 2007, et à 50 étudiants en septembre 2008. C'est très important — puis je remercie le député de soulever cette question — parce que, si on regarde les catégories de problèmes de déficience physique, les troubles de la parole sont associés à un retard particulièrement important d'accès aux services, notamment lié à la pénurie d'orthophonistes. Alors, c'est pour ça qu'il faut faire tous ces efforts. On a également des finissants de l'Université d'Ottawa qui viennent également travailler au Québec, parce qu'ils savent qu'il y a un besoin important de professionnels.

L'ajout de profils de compétence en développement de la communication au programme technique d'éducation spécialisée, donc ça, c'est un programme collégial, ce programme est graduellement implanté en 2005, est obligatoire depuis la rentrée scolaire 2006-2007 dans les

22 établissements. Ça, ça veut dire que les diplômés en techniques d'éducation spécialisée auront des connaissances et des compétences pour participer au traitement des enfants, surtout les enfants qui doivent être pris en charge, également des adultes. Il y a le développement actuel d'une attestation d'études collégiales, à La Pocatière en 2004, au cégep de Lanaudière en 2006, qui permet aux personnes qui travaillent dans le domaine psychosocial de détenir une compétence spécifique en orthophonie.

Alors donc, depuis 2003, il y a une augmentation des finissants. 50 orthophonistes par année à l'Université de Montréal, et j'ai nommé les chiffres pour les autres milieux d'enseignement. C'est clair que c'est là... le correctif principal est là. L'immigration, on a un autre exemple de la valeur de l'immigration pour notre société, avec ce recrutement européen d'orthophonistes qui sont venus donner immédiatement un coup de main et qui vont rester chez nous, ce qui est une très bonne nouvelle.

Le Président (M. Kelley): M. le député d'Orford.
● (17 h 20) ●

M. Reid: Merci. Merci, M. le Président. J'aimerais poser maintenant deux questions qui sont reliées, une première qui touche la violence conjugale et certains engagements qui avaient été pris par le Parti libéral lors de l'élection de 2003. Mais aussi je ne voudrais pas parler de ça sans aborder aussi une deuxième question, à laquelle je reviendrai par la suite, sur les services et le soutien qui est offert aux hommes dans notre société, notamment parce que notre commission parlementaire... Et je compte au moins cinq membres, aujourd'hui, qui ont assisté à des rencontres lors du... à l'étude du projet de loi sur l'égalité hommes-femmes et dans lesquelles on a eu des groupes qu'on qualifie maintenant — c'est un néologisme, là — qu'on qualifie de masculinistes, qui sont venus passer un message, qui était souvent occulté par un langage ou un ton difficile, mais un langage néanmoins qui montrait qu'il y avait des problèmes liés... des problèmes vécus par les hommes au Québec et pour lesquels évidemment il faut continuer d'apporter une grande attention.

Plan d'action en matière de violence conjugale

Donc, je vais commencer par la première question, qui est liée à la violence conjugale, maisons d'hébergement, centres de femmes, un ensemble d'engagements qui avaient été pris par notre parti lorsque nous avons été élus en 2003. Et ma question... Et souvent c'est des engagements qui étaient sur cinq ans. C'est bien sûr quelque chose de fondamental parce que cette violence, lorsqu'elle existe, hypothèque lourdement la vie des personnes qui la subissent et de tout l'entourage, et elle limite aussi le développement et le potentiel de développement social et économique de la société, de nos enfants, de toutes les personnes qui sont touchées par la présence de violence lorsque cette présence-là existe.

Alors, en 2003, nous avons, M. le ministre, si ma mémoire est bonne, pris des engagements sur le soutien financier aux maisons d'aide et d'hébergement. Je pense qu'il s'agit, si mes chiffres sont bons, de 30 millions de dollars de soutien financier sur une période de cinq ans. Nous avons aussi pris l'engagement d'augmenter de 8,5 millions de dollars le soutien financier des centres de

femmes également sur cinq ans. Est-ce que c'est possible de savoir où nous en sommes? Est-ce que ces engagements-là se sont tenus, se tiennent sur cinq ans? Est-ce qu'il y a des problèmes? Est-ce qu'il y a des avancées? Est-ce qu'on peut faire le point sur ces engagements-là et leurs effets? Est-ce que les effets escomptés ont été obtenus également?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, effectivement, nous avons à l'époque annoncé une intention d'augmenter de 30 millions le soutien financier aux maisons d'aide et d'hébergement, d'augmenter de 8,5 sur cinq ans, d'augmenter de 8,5 millions le soutien financier des centres de femmes sur cinq ans, et on peut donc annoncer avec fierté que cet engagement a été tenu littéralement et au dollar près. On est donc actuellement à 30 millions effectivement pour les maisons d'hébergement et la somme prévue pour les centres de femmes. Et ça arrive, sur le terrain, avec des augmentations de budget qui sont considérables.

Si je prends les centres de femmes, par exemple je vais prendre la région de notre collègue, le Centre de femmes immigrantes de Sherbrooke est passé de 79 000 \$ à 132 000 \$ de financement; le Centre de femmes de Memphrémagog, de 88 900 \$ à 135 000 \$; de Val-Saint-François, 103 000 \$ à 158 000 \$; La Parolière, de 86 000 \$ à 131 000 \$; à la MRC du Granit, de 84 000 \$ à 131 000 \$; à Lennoxville, de 83 000 \$ à 132 000 \$; et La Passerelle de Weedon, de 87 800 \$ à 123 000 \$. Et on retrouve le même phénomène partout au Québec.

Il y a également eu l'annonce par le gouvernement d'un plan d'action gouvernemental pour contrer la violence conjugale, dont une campagne de sensibilisation et des publicités télévisées qui ont été, je crois, assez percutantes et ont eu l'effet désiré, et des actions supplémentaires qui également se déploient, là, à l'aide et avec la collaboration de plusieurs ministères.

Il faut également — et c'était dans la question du député — songer à l'intervention auprès des hommes vulnérables ou ayant des comportements violents, et je pense que vous vouliez en discuter. Oui. Je vais peut-être laisser le député faire un commentaire sur cette question.

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

Suite donnée au rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes

M. Reid: Alors, M. le Président, le deuxième volet, si on veut, de la question, l'intérêt de ça me vient particulièrement de cette session que nous... enfin de plusieurs sessions en fait de la commission où nous avons entendu trois groupes, si ma mémoire est bonne, ou un individu et deux groupes, et nous avons pris très au sérieux, M. le Président, ces groupes-là, qui, dans certains cas peut-être, objet de frustration ou autre, ont un langage qui est souvent très vindicatif, qui souvent va... est très, très noir parfois sur la société, la vision de la société québécoise, un langage qui peut avoir tendance à occulter des problématiques qui sont néanmoins réelles. Nous avons échangé sur plusieurs plans.

Moi, pour ma part, je me rappelle très bien, après mon divorce, en 1980, avoir eu... — et c'était une

vague énorme de divorces, ceux qui s'en rappellent, dans les années quatre-vingt — avoir été approché par plusieurs de mes collègues ou amis qui vivaient eux-mêmes des cas difficiles avant, pendant ou après un divorce et qui avaient un besoin d'un soutien qu'on se donnait entre nous. Et les messages que nous avons retenus de ces groupes qui sont venus faire des présentations, c'était qu'il y a effectivement des besoins qui sont importants, des besoins pour lesquels il y a déjà des choses qui ont été entamées, mais néanmoins des besoins importants. Et la question que je voudrais poser touche à ça en fait.

Et l'information que j'ai, c'est qu'en juin 2002, lors du gouvernement précédent, le ministère alors s'était engagé à mettre sur pied un comité sur la gestion de la condition masculine. Et ça a donné, en 2004, le dépôt d'un rapport, appelé le rapport Rondeau, intitulé *Les hommes: s'ouvrir à leur réalité et répondre à leurs besoins*. Ce rapport contenait un certain nombre de recommandations et il traçait un portrait, il faisait l'analyse des besoins des hommes au Québec, un inventaire. Il y avait également un inventaire des ressources et des services disponibles, qui sont souvent mal connus, méconnus: identifier les besoins au niveau de la disponibilité, de l'adéquation et de l'accessibilité aux ressources et aux services jugés prioritaires. Il définissait également des priorités d'action, etc.

Si on regarde rapidement, il y a un certain nombre d'éléments, là, qui semblent ressortir de ce rapport-là au niveau de certaines consolidations de services d'accueil et de faire quelque chose au niveau, si possible, de toutes les régions du Québec. Liés à ça, évidemment les efforts de prévention du suicide — mais on aura peut-être l'occasion d'en parler, puisque le député de L'Assomption a annoncé qu'il aurait des questions là-dessus, si j'ai bien compris — également la formation à l'intention des intervenants du domaine donc du réseau de la santé et services sociaux, notamment pour les façons de transiger avec des clientèles masculines, avec des problèmes typiques de cette clientèle-là. Il y a un certain...

Il y a des mentions également, donc, bon, en ce qui regarde également — et on ne peut pas l'oublier — la lutte à certains comportements violents, qui existent, même si ce n'est pas une question de généraliser, mais ça existe. Également, on parlait même d'une... et ça aussi parfois on ne veut pas le voir, mais on parlait d'une meilleure accessibilité aux soins pour des hommes qui sont abusés ou violentés, ça existe. Et des choses très terre à terre mais néanmoins qui sont aussi vitales. On parle souvent d'autoexamen des seins, mais, dans ce rapport-là, on parlait aussi de campagne pour essayer de faire en sorte qu'on ait également l'autoexamen des testicules pour des détections de cancers éventuels, et des choses comme ça, donc, autrement dit, un ensemble de mesures qui semblaient, d'une part, dire: Il existe des choses, voici quelles sont-elles et, d'autre part, de dire: Il y a des choses à faire, et, à ce moment-là, quelle est la progression, quelles sont les intentions. On est aux crédits, est-ce qu'il y a une partie des crédits... Est-ce qu'on peut parler d'un effort concerté qui se fait de ce côté-là? Et quelles sont les intentions dans le sens du rapport qui avait été déposé en 2004?

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

M. Couillard: M. le Président, effectivement, ce rapport a donné lieu... ce rapport... pardon, ce comité

de travail a donné lieu à un rapport, qu'on désigne en général sous le nom du rapport Rondeau dans le milieu, là, des services sociaux. C'est un rapport qui est bien connu et qui comportait plusieurs recommandations, dont certaines étaient adressées spécifiquement au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, il y a eu effectivement des actions concrètes, d'abord le soutien au conjoint ayant des comportements violents. On a fait attention pour régulièrement ajouter aux sommes destinées aux maisons d'hébergement des sommes aux groupes s'occupant des conjoints violents. Une somme donc de 1,5 million a été octroyée à ces organismes en 2004-2005 et en 2005-2006.

Il y a également la mise sur pied — qui sont plutôt en lien avec le plan de santé mentale mais qui ont également, bien sûr, un lien direct avec la situation dont on discute — des projets pilotes d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité. Alors, c'est une première opération qui a été lancée à l'hiver et au printemps 2007. Il y a six projets qui ont été adoptés dans six régions différentes et mis à l'oeuvre à l'été 2007, en phase I, six autres projets sont à venir dans la prochaine année. Alors, il s'agit de projets dont la finalité est essentiellement la prévention du suicide, qui visent à rejoindre les hommes en situation de vulnérabilité, lorsqu'ils sont identifiés. On voudrait que, dans 60 % des régions du Québec, à la fin de l'exercice et des deux phases, il y ait des projets pilotes. Il y a une tournée de suivi d'implantation des projets pilotes de la première phase qui est en cours, et on a lancé, à l'automne 2007, la phase II des projets d'intervention. On veut sélectionner six nouveaux projets également au printemps 2008.

Alors, les projets en cours actuellement sont les suivants: à Québec, SOS Rupture; Mauricie—Centre-du-Québec, Services adaptés à la réalité masculine, le CPS Deux-Rives, l'Accalmie et le Centre de santé et services sociaux; en Estrie, c'est le Réseau Hommes Prévention Suicide, JEVI Centre de prévention du suicide-Estrie, Direction de la santé publique et l'évaluation de l'Estrie, le CSSS, la Table de concertation jeunesse; dans Montréal, le projet d'implantation d'un réseau de sentinelles en prévention du suicide des hommes.

Je fais une parenthèse. En santé mentale, c'est quelque chose dont on me parle beaucoup sur le terrain, ça a été annoncé non seulement à travers ce projet, mais également avec la stratégie jeunesse, les sentinelles, ce sont des personnes qui repèrent des collègues de travail ou des compagnons qui leur semblent être en situation de détresse et qui les signalent. Et c'est une des mesures très efficaces dans les stratégies de prévention du suicide. À Laval, Acc/sais Cible Homme, avec le CHOC, CRISE-UQTR et le CRSSS de Laval, et, à Lanaudière également, il y a un autre projet.

Donc, on voit qu'il y a des actions concrètes, et des investissements, et des projets qui sont déployés sur le terrain pour nous adresser à cette problématique particulière qui a été tragiquement illustrée, au cours des dernières heures, avec cet incident aux États-Unis, où ce monsieur, qui était en état d'accusation devant les cours criminelles américaines pour apparemment un incendie dans lequel toute sa famille a péri, s'est enlevé la vie, là, au cours des derniers jours, dans sa cellule de prison. Alors, un drame total pour cette famille, bien sûr irréparable, qu'on voudrait prévenir le plus possible.

Le Président (M. Kelley): Alors, juste pour notre gouverne, ça met fin à la deuxième ronde. Je fais un calcul vite: pour l'opposition officielle, il vous reste 58 minutes; pour le deuxième groupe de l'opposition, il vous reste 37 minutes; et, pour la partie ministérielle, une heure.

Alors, on va commencer la troisième ronde. Je ne sais pas, il nous reste une demi-heure, est-ce que vous voulez couper la poire en deux, faire 15 minutes chacun, ou faire un 20 minutes et faire un 10 minutes? Parce que vous avez moins de temps, et je veux préserver le temps pour demain. C'est quoi, la préférence autour de la table?

● (17 h 30) ●

M. Laporte: J'aimerais peut-être ça avoir 20 parce que c'est un thème, là, que...

Le Président (M. Kelley): 20. Est-ce que 20-10 va avec tout le monde? Alors, 20 minutes pour l'opposition officielle, 10 minutes, et on va gérer le reste du temps demain matin. La parole est à vous, M. le député de L'Assomption.

M. Laporte: Merci beaucoup, M. le Président. Juste avant d'aborder le thème du suicide, j'aimerais juste faire un commentaire. Tantôt, on parlait du commissaire aux droits des enfants, que, nous, on était favorables. Le ministre, ce qui est étonnant, c'est un ministre libéral qui m'a dit: Bien, on a déjà des structures, on a déjà la Commission des droits de la personne et de la jeunesse. C'est surprenant qu'il m'ait dit que c'est une structure justement qui fait le travail quand, en 1995, ils étaient contre la fusion des deux structures. Le député de Notre-Dame-de-Grâce s'est levé, entre autres, pour dire que lui était contre la fusion de la Commission des droits de la personne et celle de la jeunesse. Donc, c'est un petit peu... Ils auront éventuellement l'occasion, là, de se racheter, de...

M. Couillard: M. le Président, j'engage notre collègue à suivre la même évolution et à avouer maintenant qu'il aurait dû voter avec l'Assemblée nationale pour l'adoption de la réforme de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Prévention du suicide

M. Laporte: Je pense qu'on va changer de direction pour ne pas embarquer dans un dialogue de sourds. Je vais parler, je vais aborder le thème du suicide. Comme je le disais tantôt, c'est quelque chose qui me préoccupe beaucoup. Je pense que ça préoccupe tout le monde; ça, ça ne fait aucun doute. Il y a présentement des mesures en place pour prévenir le suicide, pour s'attaquer à ce fléau national, comme je le disais tantôt, qui touche quand même, là, énormément de personnes. Le nombre de suicides, cette année... bien, l'année passée, je crois, était de 1 136, ce qui est encore énormément élevé, ce qui fait du Québec l'endroit, la province au Canada où est-ce qu'il y a le plus grand nombre de suicides.

On avait une stratégie, en 1998, on avait mis sur pied une stratégie d'action face au suicide. Elle terminait en 2003, c'était une stratégie sur cinq ans. Le ministre a décidé de ne pas renouveler, de ne pas actualiser cette stratégie-là. C'est sûr, il y a d'autres choses qui sont mises en place, il y a d'autres moyens, dans le Plan d'action en santé mentale, entre autres. Par contre, de notre point de

vue à nous, ça prendrait quand même une stratégie pour englober tous les moyens qui sont mis en place présentement. Ça prend une stratégie pour donner du leadership à tout ce qui est fait, à toutes les initiatives, à tout ce qui est fait en région. C'est sûr, la dernière stratégie, selon les experts, c'était une bonne stratégie, les moyens étaient bons, les idées étaient bonnes. Par contre, quant à son implantation, il y a eu des lacunes.

Je vais vous citer quelqu'un, M. Mishara, qui est directeur du CRISE, du Centre de recherche et d'intervention face au suicide et à l'euthanasie. Ce qu'il disait, c'est: «Selon l'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, produite par le MSSS en avril 2004, cette stratégie n'a jamais été implantée de façon systématique et la majorité des actions prévues n'ont pas fait l'objet d'un suivi afin de s'assurer de leur implantation.»

Autrement dit, on avait une bonne stratégie qui n'a peut-être pas eu... il n'y a pas eu assez d'actions pour la mettre en place. C'est une stratégie qui date quand même de 10 ans, on est rendu en 2008, il y a eu de la recherche qui s'est faite depuis ce temps-là, il y a eu d'autres moyens avancés, donc je pense qu'on est dû, là, pour avoir une nouvelle stratégie. Le ministre refuse de mettre sur pied une stratégie. Donc, j'aimerais ça qu'il m'explique un petit peu pourquoi ce refus.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, effectivement, le suicide est un problème majeur de santé, au Québec, bien sûr chez les jeunes, mais on oublie également de parler de l'autre versant de l'incidence du suicide chez les personnes plus âgées. Je me souviens, l'an dernier, on avait discuté de cette question, et c'est un phénomène médical qui est connu et qui se répète partout dans le monde. Il y a deux vagues de suicide dans la chronologie de la vie humaine: il y a l'époque des jeunes adultes, et particulièrement des jeunes hommes, puis il y a l'époque des personnes plus âgées. Il y a donc deux pics d'incidence en ce qui a trait au suicide. Même si les taux demeurent élevés, on parle effectivement, en 2006, de 1 136 suicides enregistrés.

D'ailleurs, en passant, sur cette question, la précision de l'information est essentielle, et il faut toujours se garder de comparer les données d'une province à l'autre ou d'un État à l'autre parce que le mode de collection des données, le mode de transparence, la tendance qu'on a à révéler la cause réelle du décès de certaines personnes peut varier d'une culture à l'autre. Alors, il faut être prudent dans les comparaisons qu'on fait. On ne peut pas nier cependant que le taux au Québec est élevé, 1 136. Il faut quand même dire que c'est le taux le plus bas depuis 25 ans, et il a baissé dans la plupart des groupes d'âge, notamment chez les personnes plus jeunes.

Mme Harel: Il a augmenté chez les baby-boomers.

M. Couillard: Pardon?

Mme Harel: Il a augmenté chez les baby-boomers.

M. Couillard: Oui, parce que c'est 65 ans et plus qui a augmenté par rapport aux dernières années,

mais plus bas quand même que le sommet de 1999. L'année la plus difficile au Québec, et je n'ai pas d'explication à donner pour ça, là, mais, en 1999, il y a eu une importante augmentation soudaine des suicides qui s'est résorbée en dedans d'un an, mais s'est vraiment concentrée dans une année. C'est assez particulier, sur les courbes, c'est très net. Peut-être que je pourrais communiquer aux collègues cette courbe-là d'évolution du suicide. On le voit ici, où on a cette diminution récente, mais avec ce pic autour de l'année 1999.

Alors, comment est-ce qu'on combat le suicide? Bien, avec effectivement une stratégie de prévention. Mais il ne faut pas non plus faire l'erreur de considérer le suicide comme un événement isolé. L'acte suicidaire n'est pas un acte isolé d'une personne qui, cinq minutes avant, est très bien et, cinq minutes après, commet souvent l'irréparable. Ça se situe dans un processus de maladie, il faut oser le dire et le nommer. La dépression sévère, c'est une pathologie, c'est une maladie qui se traite et qui se traite précocement avec succès lorsqu'on localise la personne et lorsqu'on la prend en main.

Alors, un plan d'action de santé mentale par définition comporte globalement une foule d'actions visant à prévenir le suicide, mais il y a également les actions plus spécifiques, plus spécifiques. Par exemple, je parlais des sentinelles, tantôt, qui ont été déployées avec la stratégie jeunesse et également dans le cas des groupes d'hommes. Voilà une action qui apparaît minime mais qui a un impact considérable dans les milieux de travail ou dans les milieux scolaires.

Par exemple, ce qu'on appelle l'accès aux moyens, et là je fais référence à la clôture qui a été installée... Pour ceux qui vont souvent à Montréal et qui traversent le pont Jacques-Cartier, tout le monde a remarqué cette barrière qui a été installée. On a noté une nette baisse de tentatives de suicide depuis le début de ces travaux-là. Il y a eu bien sûr la barrière, également des caméras de surveillance. Alors, ça semble très concret parce que... Ce que M. Mishara nous disait et d'autres personnes qui ont développé l'expertise, c'est que la personne apparemment se fait un scénario très concret, incluant la méthode qu'elle va utiliser pour passer à l'acte, et, lorsque cette méthode devient soudainement inaccessible, ce n'est pas vrai qu'elle va nécessairement choisir une autre méthode. La méthode fait partie de l'image mentale que cette personne se crée pour l'événement qui va se produire. La même chose avec l'accès aux armes à feu. Il y a souvent des armes à feu familiales, les armes de chasse par exemple. C'est un élément très important. Donc, ces modes d'intervention là, ces détails sont très importants.

Puis je terminerais avec un autre élément, un message que je lance toujours. À chaque fois qu'on médiatise un acte suicidaire, particulièrement d'une personne connue, il y a une vague de suicides dans les jours qui suivent, et il faut être très conscients, du côté des médias, de la responsabilité importante qu'ils ont. Est-ce que c'est d'intérêt public nécessairement de communiquer ces nouvelles-là? Moi, je me souviens, avant que je fasse de l'action politique, là, je ne me souviens plus en quelle année c'était, il y avait eu, dans un grand quotidien de Montréal, une photo instantanée d'une personne sautant ou plongeant du pont Jacques-Cartier, et je me souviens que le père de cette personne avait écrit au journal, et ça m'a marqué beaucoup. Mais ce qu'on sait, c'est que,

quand les gens passent à l'acte et que c'est relaté publiquement, il y a une vague d'appels dans les centres de référence et il y a une vague de suicides.

L'autre chose, c'est d'éviter de porter des jugements globaux sur les modes d'intervention, notamment la pharmacétique. Alors, les antidépresseurs, c'est sûr qu'on voudrait que ça n'existe pas, mais les antidépresseurs sauvent la vie des gens également. Je suis tombé, l'autre jour, sur une étude américaine qui a montré qu'au même moment où on a fait une mise en garde publique contre l'effet des antidépresseurs chez les jeunes, dans les semaines il y a eu une diminution des prescriptions puis une augmentation des suicides. Alors, il faut être très, très, très conscient de détails comme ça. Et c'est un peu délicat comme message parce qu'en disant ça on donne l'impression que je veux censurer la presse ou limiter leur action, mais il faut qu'ils soient conscients de leur responsabilité très, très forte dans ce domaine-là.

Alors, les moyens, on le voit, les moyens, je les ai énumérés, ils sont en place. Il faut continuer à faire des gains. Il faut mesurer le phénomène. D'ailleurs, on est en train de développer un registre national des suicides avec le coroner en chef, parce qu'il ne faut pas se leurrer, il y a eu des années où les gens décédaient par suicide et ce n'est pas la cause du décès qu'on retrouve sur le certificat de décès. Et il faut s'assurer qu'on a non seulement les nombres réels, mais qu'à chaque fois on puisse faire un examen... on dit, dans le jargon, une autopsie psychologique: Qu'est-ce qui est arrivé à cette personne-là? Quels sont les services qui auraient pu être offerts et qui ne l'ont pas été? Quelles sont les interventions en milieu de travail qui auraient pu être faites et qui ne l'ont pas été? Alors, c'est un problème que je trouve excessivement important, comme je le disais amicalement à mon collègue de La Peltre, à mon avis pas moins important que le cancer, et pourtant on ne crée pas d'agence nationale de la santé mentale.

● (17 h 40) ●

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

M. Laporte: Merci, M. le Président. J'aimerais juste rapidement souligner que mon collègue de Portneuf est une sentinelle. Donc, on connaît bien le programme sentinelles.

J'aimerais juste que... le ministre ne m'a pas répondu à la question: Pourquoi ne pas mettre en place une stratégie globale? Je sais qu'il m'a parlé de son plan en santé mentale, mais par contre, moi, je crois qu'il serait pertinent de mettre une stratégie pour coordonner un petit peu tout ce qui est fait, tout ce qui est fait dans les différentes régions, pour qu'on ait vraiment un leadership national, une vision des choses. Puis c'est aussi ce que l'AQPS demande. L'Association québécoise de prévention du suicide demande à ce qu'il y ait une stratégie qui soit mise en place. Donc, est-ce que le ministre peut m'expliquer pourquoi? Dans son plan de santé mentale, je crois qu'il dit attendre 2010 pour mettre une telle stratégie, qu'il attend de voir les résultats de son plan en santé mentale. Donc, c'est quoi, l'opinion du ministre là-dessus, sur la nécessité de créer une stratégie?

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

M. Couillard: En fait, cette stratégie existe, elle est incluse au plan de santé mentale avec des actions

concrètes qui se déploient actuellement dans les régions. Et c'est certain que c'est un plan qui nous amène en 2010. 2010, ce n'est pas loin, là. On est littéralement à un an et demi, là, de 2010 bientôt. Donc, il y a un nouveau plan à faire, et on verra s'il faut bonifier, accentuer, distinguer peut-être la problématique du suicide d'un plan d'action de santé mentale, mais j'hésite à le faire. Je pense que c'est important qu'on continue à mentionner que l'épisode suicidaire est un élément, dans le cours d'une histoire, qui commence bien avant, et il ne faut pas non plus donner l'impression que c'est un événement isolé.

Alors, par exemple, il y avait les services de suivi dans les régions, et ça se développe actuellement dans toutes les régions, le projet pilote d'intervention dont je parlais tantôt, les sentinelles, et je suis content de voir que notre collègue en fait partie, il pourra peut-être nous parler de son expérience. Est-ce qu'il a lui-même eu à intervenir auprès de personnes qu'il a pu aider et sauver? Peut-être, de cette façon-là, ce serait un témoignage important à apporter. La banque de données permanente des suicides, c'est le registre dont je parlais tantôt. Et on a également une intervention particulière et spécifique pour les communautés autochtones. En passant, chez les autochtones, si les gens ici sont allés dans les communautés nordiques, si on pense que notre problème est majeur, il faut voir les taux de suicide qui existent dans ces communautés, qui ont des causes multiples, là. Alors, je pense qu'on doit déjà mettre en place toutes ces actions-là, je les ai énumérées. Il y aura lieu, dans le prochain plan d'action de santé mentale, de renforcer, modifier, ajuster ces politiques.

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

M. Laporte: Je pense effectivement que ce serait intéressant qu'on continue, qu'on poursuive la discussion éventuellement peut-être à d'autres niveaux, à voir si ce ne serait pas utile, à la fin de 2010, de mettre sur pied une stratégie plus globale qui inclurait, entre autres, le plan de santé mentale.

Parlant du plan de santé mentale, j'ai certaines inquiétudes quand on... Je sais que le ministre en a parlé plus tôt ce matin, là, de ce qui s'est passé à l'Hôpital Fleury. Il y a des psychiatres là-bas qui disent que, le plan de santé mentale, la réorganisation ne fonctionne pas, que, s'il le met en place trop vite... que les délais d'attente étaient avant de trois mois, qu'ils sont maintenant de huit mois. Donc, c'est inquiétant de voir qu'une bonne partie des propositions, des solutions par rapport au suicide passent par le plan de santé mentale lorsqu'on a des psychiatres qui nous disent que ça ne fonctionne pas. Je crois que le ministre a dit, ce matin, que c'est une question de chicane interne, mais on a quand même des psychiatres qui disent que le plan ne fonctionne pas. J'aimerais ça être éclairé un petit peu.

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

M. Couillard: Ce que je disais ce matin, M. le Président, c'est que parfois le système a le dos large. Et, comme je disais — ouvrez les guillemets — une belle grosse chicane de docteurs — fermez les guillemets — ça existe puis c'est très difficile. Si on pense qu'ici, à l'Assemblée, on se chicane fort des fois, là, croyez-moi, dans un centre hospitalier, quand la chicane prend dans un groupe de médecins, ce n'est pas drôle.

Et donc il a fallu intervenir pour pallier à cette situation à Fleury et s'assurer qu'il y a un suivi qui est fait grâce à l'Hôpital du Sacré-Coeur. Je tiens à les remercier d'ailleurs, les équipes de Sacré-Coeur sont intervenues pour assurer la continuité des services. Mais c'est un peu étrange de mettre ça sur le dos du plan d'action en santé mentale, alors qu'il n'est à peu près pas déployé à Montréal. Alors, je m'interroge un peu, là. Mais, comme je dis parfois, lorsqu'on veut tuer le chien, on dit qu'il a la rage, hein?

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

M. Laporte: C'est juste que c'est quand même inquiétant, de quelqu'un de l'extérieur, de voir des commentaires comme ça dans les journaux. Il y a de quoi, je pense, se poser des questions. Puis j'espère que le ministre va faire un suivi de très près de la situation là-bas et du déploiement...

M. Couillard: Là-dessus, je voudrais dire, j'ai parlé directement au P.D.G. de l'agence régionale de Montréal, il y a quelques jours à peine, parce que je voulais savoir l'état des lieux à Montréal. Il est certain qu'il y a un contexte montréalais qui doit faire adapter le plan d'action. On a d'emblée donné cette directive au P.D.G. de l'agence de Montréal, il doit tenir compte du contexte urbain, qui n'est pas le même qu'en région.

Maintenant, il y a des principes fondamentaux qui sont les mêmes mais qui vont être aussi bénéfiques pour les gens de Montréal que les gens des régions: un accès plus facile à la première ligne et un guichet unique distinct pour les adultes et les jeunes; un suivi intensif dans la communauté; un déplacement des ressources vers les milieux institutionnels et vers les milieux communautaires; le psychiatre répondant. C'est quand même...

Moi, je fais toujours la remarque, c'est qu'on a, à Montréal, par rapport à d'autres régions, une plus grande concentration de médecins psychiatres avec parfois l'impression que les services ne sont pas plus accessibles que dans les régions. Alors, il y a lieu certainement de s'interroger sur les façons de faire. Et le plan d'action — et je voudrais insister là-dessus parce que c'est une critique qui a été faite — n'a pas pour objectif de diminuer l'influence des équipes spécialisées, mais plutôt au contraire de leur permettre de se concentrer sur leur véritable vocation et de transmettre à la première ligne les missions que ces organisations peuvent remplir. Alors, M. Levine était assez optimiste pour que les prochains mois soient l'occasion de continuer son déploiement. Bien sûr, c'est à lui de le faire et encore une fois de l'ajuster aux réalités montréalaises.

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

M. Laporte: J'aimerais revenir. Quand je parle de la nécessité, selon moi, d'implanter une stratégie, puis selon l'AQPS aussi, c'est important, je pense, qu'il y ait vraiment un transfert des connaissances qui se fasse sur le terrain. On a beaucoup de centres de recherche quand même, au Québec, sur le suicide. On a le CRISE, qui est le deuxième plus gros centre de recherche au monde, selon ce qu'on me disait, qui est ici, à Montréal.

M. Mishara m'a remis un document, une lettre qu'il avait envoyée au ministre en 2004, avec ses solutions, ses propositions. Il y avait plusieurs recommandations.

J'aimerais ça en vérifier quelques-unes avec lui. Tantôt, le ministre parlait de contrôler les moyens, de réduire les moyens, il parlait des armes à feu. M. Mishara parlait des acétaminophènes. En Angleterre, une façon de fonctionner, c'est de réduire la quantité, les contenants qui sont en vente libre dans les pharmacies, puis les résultats sont assez concluants. C'est un des moyens qui n'ont pas été retenus par le ministre. J'aimerais ça qu'il me commente, entre autres, ce moyen-là. Si c'est quelque chose qu'il a évalué, il a décidé de ne pas les retenir, pourquoi? Je pense que ce serait intéressant, là, d'avoir plus d'explications.

Puis aussi je sais que le temps nous presse, mais s'il pouvait nous commenter aussi... M. Mishara avait demandé qu'il y ait une création... la création d'une personne responsable du suivi des suicides, qui soit strictement déléguée pour le suivi des suicides. J'aimerais ça que le ministre nous fasse part, là, s'il a donné suite à certaines des recommandations de la lettre de M. Mishara.

Le Président (M. Kelley): Juste en rappelant qu'à moins 10 je vais céder la parole à Mme la députée de...

M. Couillard: Très rapidement, pour ne pas diminuer le temps de parole de notre consœur, là. D'abord, c'est l'Ordre des pharmaciens, avec nous, qui s'occupe de cette question de la vente libre des médicaments. Ce n'est pas vrai qu'on a mis ça de côté. Il y a certains dosages qui ne sont pas disponibles en vente libre. S'il faut aller plus loin et il faut interpeller puis discuter avec l'Ordre des pharmaciens, on veut bien, mais l'Ordre des pharmaciens, c'est l'organisme qui gère cette façon de faire et qui émet les directives pour sa profession. Alors, c'est un peu injuste de dire que c'est nous qui mettons ça de côté. On est toujours prêts à parler à l'Ordre des pharmaciens pour les amener dans cette direction-là. Quelle était l'autre question à part ça?

M. Laporte: La personne responsable du...

M. Couillard: Bon, bien, le registre national du suicide, là, qui est en place, ça va être une personne aussi qui va suivre les résultats puis les impacts région par région des politiques en place.

● (17 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette pour les dernières 10 minutes de la session d'aujourd'hui.

Aide financière aux personnes utilisant un chien d'assistance

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Alors, je voudrais, M. le Président, peut-être, poser des questions en rafale pour ces prochaines 10 minutes, dont une concernant les chiens d'assistance en fait... oui, versus les chiens-guides. Alors, déjà, on connaît... c'est mieux connu sûrement, cette notion de chien-guide pour des personnes qui ont un problème de cécité. Je sais qu'en matière de santé et services sociaux les chiens d'assistance le sont pour des personnes qui ont des problèmes de déficience physique. Je sais que la démonstration a été faite à certains membres de votre cabinet, qu'un vidéo leur a été présenté qui décrivait bien l'assistance que ça peut permettre et l'autonomie que ça peut améliorer.

Il y a eu une étude réalisée l'an dernier par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, et cette étude a été rendue publique il y a un an, au printemps 2007, et l'étude recommande le remboursement aux propriétaires de chien d'assistance des dépenses effectuées pour leur animal. Alors, les organismes... Je pense, entre autres, à cet organisme de personnes qui ont un handicap physique, Ex aequo. Tout le monde doit connaître ici Pierre-Yves Lévesque. Je ne sais si vous connaissez M. Lévesque qui le préside depuis des décennies avec la même détermination.

Alors, je voudrais savoir quand le ministre va adopter une position à cet effet. Je n'ai pas moi-même vu le vidéo, je n'ai pas vu la démonstration, mais à l'évidence il semble que ça puisse beaucoup augmenter l'autonomie des personnes.

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

M. Couillard: M. le Président, je vais être tout à fait transparent et honnête avec notre consœur, là. Elle m'apprend beaucoup de choses, là. Moi, je ne suis pas, en détail, aussi avancé qu'elle sur ce dossier-là. On m'indique cependant que notre sous-ministre présente, Mme Guérette, a rencontré ces personnes. Alors, écoutez sa réponse, elle va dire comment la rencontre s'est passée, puis par la suite on pourra faire le suivi. Je remercie Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette de soulever cette question. Alors, peut-être vous identifier pour les fins...

Mme Guérette (Marie-Josée): Oui, Marie-Josée Guérette...

Le Président (M. Kelley): Oui, juste bien vous identifier pour les fins de l'enregistrement.

Mme Guérette (Marie-Josée): Bonjour. Marie-Josée Guérette, sous-ministre adjointe aux Services sociaux. Ça me fait plaisir.

Effectivement, en février dernier, avec nos équipes, on a rencontré les gens qui souhaitent qu'on donne suite à leur demande concernant les chiens d'assistance. Le vidéo qui nous a été montré est de fait très convaincant sur le soutien que ces personnes-là peuvent obtenir d'un chien d'assistance. Nous devons rencontrer M. Lévesque et son groupe Ex aequo de nouveau la semaine prochaine pour leur dire dans quel... naturellement, ce serait bien qu'on puisse leur réserver la surprise, mais pour leur faire part de l'ouverture du ministère à considérer plus avant le fait que nous pouvons leur octroyer des chiens d'assistance. On a encore des choses à voir avec eux. On les voit la semaine prochaine, le 25.

Mme Harel: Oui, justement, je sais que vous les voyez. En fait, non seulement ils veulent être vus, mais ils veulent surtout être entendus et répondus. Alors, quelle est la réponse qui leur sera faite?

Mme Guérette (Marie-Josée): Vous voulez que je vous la donne d'avance?

Mme Harel: Bien, c'est lui qui m'a demandé de vous poser la question. Il écoute, là.

Mme Guérette (Marie-Josée): D'accord.

Mme Harel: Alors, il va être très content de vous entendre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Je vais venir à la rescousse de notre sous-ministre adjointe, là. Elle a fait le travail de contact et de conversation avec le sous-ministre en titre et elle... On va développer une orientation qu'on va communiquer. Je remercie la députée de nous communiquer ce problème-là... de me communiquer ce problème-là. Ce n'est pas une esquivé, là, c'est tout simplement le fait de prendre une décision correctement, de façon réfléchie.

Mme Harel: On m'indique qu'il y a 355 chiens d'assistance au Québec, présentement, et les coûts pour répondre à la demande seraient évalués d'environ 500 000 \$ au maximum par année. En fait, ce sont les indications qui m'ont été données.

Homicides commis par des personnes souffrant de maladie mentale

Là, j'aimerais également aborder un peu plus en rafale la question posée par l'association qu'on appelle l'AFPAD, là, qui est présidée par Pierre-Hugues Boisvenu, l'Association des familles de personnes assassinées ou disparues. Alors, j'ai eu l'occasion, comme plusieurs autres collègues d'ailleurs, d'être présente au moment de la publication du livre de M. Boisvenu et d'avoir eu l'occasion dans le passé, à quelques reprises, d'échanger avec lui. Et ce qu'il réclame depuis plus d'un an maintenant, c'est donc cette recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux sur tous les cas de meurtre par des schizophrènes depuis 2001. En fait, il insiste toujours sur le fait que ce sont des schizophrènes sans médication... sans contrôle médical, plutôt. Alors, comme on voit souvent, l'enfer est pavé de bonnes intentions, autant la désinstitutionnalisation a du mérite, autant elle peut faire des victimes également puis avoir des effets pervers. J'ai un souvenir: avoir assisté aux funérailles de la religieuse, à Montréal, qui a été assassinée par une personne qui était justement sans contrôle médical.

Et il y a énormément d'intérêt actuellement dans l'opinion publique. Ce n'est pas juste une question, si vous voulez, je dirai, secondaire, et, pour beaucoup, beaucoup, beaucoup de nos concitoyens et concitoyennes, il y a une démonstration à faire que la désinstitutionnalisation a réussi dans la grande majorité des cas, mais qu'il y a des victimes de la désinstitutionnalisation également et que ces victimes, il faut s'en occuper aussi.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, comme introduction, je me souviens, j'ai vu une photo dans le journal, je pense que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve était sur la photo avec M. Boisvenu.

Mme Harel: Avec Fatima Houda-Pepin également.

M. Couillard: Avec Fatima, oui. Mais à côté il y avait notre ami...

Une voix: ...

M. Couillard: Mme la députée, oui. Il y avait notre ami le député de Marie-Victorin, qui était identifié en dessous de la photo — peut-être était-ce prémonitoire: Le ministre, et son nom de famille. J'ai trouvé ça intéressant. Est-ce que...

Mme Harel: Le ministre...

M. Couillard: Drainville, le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Quel journal?

M. Couillard: *Le Journal de Québec*, je pense. Il y en a qui me l'ont découpée, qui me l'ont envoyée.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Alors, le 19 mars dernier — c'est un sujet sérieux, là, revenons à cette question — le 19 dernier, le 19 mars dernier, je ne sais pas si la députée avait été informée, on a mandaté conjointement, mon collègue de la Justice et moi, Mme Suzanne Léveillé, qui est une chercheuse connue, pour faire justement cette recherche. D'ailleurs, M. Boisvenu s'est déclaré satisfait de cette intervention. Elle va établir: la proportion des individus qui recevaient des soins au sein du groupe; la nature des services de santé ou juridiques; la proportion des prévenus jugés non responsables de leur délit en raison de leur trouble mental; identifier les possibles lacunes dans les services de santé ou juridiques que recevait le prévenu au moment du délit; les situations où des recommandations d'intervenants auraient été ignorées par les familles; la proportion des individus qui avaient refusé les soins ou les services offerts avant le délit; si l'aptitude à refuser des soins chez les prévenus était connue au moment du délit. Donc, c'est exactement, de façon très pointue, les questions auxquelles il faut répondre.

Mme Harel: Le mandat se termine quand? Quel est le calendrier du mandat?

M. Couillard: On demande... Conformément au mandat qui lui a été confié, le rapport que Mme Léveillé déposera auprès du gouvernement le 30 mai prochain — donc, c'est une échéance assez courte — devra exposer l'état de la situation et proposer des recommandations sur la question des homicides intrafamiliaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental. Maintenant, est-ce que c'est bien le 30 mai de cette année, là? Je trouve ça très court, moi, comme mandat. Je suppose qu'elle est d'accord avec cette échéance.

Une voix: Elle a déjà des recherches de faites.

M. Couillard: Apparemment, oui, on me dit qu'elle a déjà une bonne base de recherches de...

Mme Harel: Mme Léveillé oeuvre où présentement?

M. Couillard: À l'Université du Québec à Trois-Rivières, et elle s'intéresse spécifiquement à ce

problème depuis longtemps. J'ai ici le curriculum vitae de madame. Si vous désirez, madame, vous pourriez le feuilleter. Elle est docteure en psychologie.

Mme Harel: Bon, bien, ça va être avec intérêt qu'on attendra ce rapport.

Alimentation dans les centres d'hébergement pour personnes âgées

Alors, toujours en vrac, concernant cette fois l'alimentation dans les CHSLD. Jeudi dernier, l'Ordre des diététistes et une entreprise également qui...

Le Président (M. Kelley): Mme la députée, il vous reste une minute, alors...

Mme Harel: Une minute, bon. Alors, l'Ontario et plusieurs autres provinces ont à date adopté des politiques-cadres en matière d'obligation alimentaire dans les résidences pour personnes âgées. Il y a de la malbouffe dans les écoles, mais il y a de la dénutrition à un point tel que, lors d'autopsies de personnes âgées, très âgées, qui sont décédées, on se rend compte qu'elles sont presque mortes de faim, dans notre société, à cause de la dysphagie, à cause des problèmes de nutrition. L'Ordre des diététistes a présenté un état de situation qui nous démontre que l'investissement en alimentation dans les CHSLD décroît d'année en année depuis au moins une décennie.

Est-ce que le ministre peut s'engager à ce qu'il y ait, de la même façon que ça s'est fait en Ontario, une politique-cadre en matière d'obligation alimentaire et que ça ne devienne plus compressible, puisque les résidences ont tendance, avec les augmentations d'électricité et de tarifs de toute nature, des augmentations au niveau des échelles de rémunération et autres, à se reprendre au niveau de l'alimentation des personnes hébergées?

● (18 heures) ●

Le Président (M. Kelley): Comme députée expérimentée, une longue question... On arrive à 18 heures. Alors, un très bref commentaire et, s'il le faut, on peut reprendre la question demain. M. le ministre.

M. Couillard: Je peux prendre une couple de minutes, puis on pourra reprendre la discussion demain.

Est-ce qu'il faut faire mieux? Oui. Maintenant, je voudrais quand même mentionner qu'à mon avis ce n'est pas tout à fait correct de calculer et de présenter la chose comme le fait notre consoeur. Ce n'est pas vrai qu'on envoie des budgets d'alimentation aux CHSLD où on calcule que c'est 4 \$ par jour pour les personnes. Ils reçoivent des budgets de fonctionnement, puis ils font leurs choix, puis ils font l'attribution des services avec ça. Maintenant...

Une voix: ...

M. Couillard: En fait, ce qu'on me dit ici, c'est plutôt de 18 \$ à 20 \$ par jour. Mais maintenant, moi, quand je suis allé manger dans les CHSLD, puis je me fais un devoir d'y aller, là... Quand j'étais député à Mont-Royal, j'allais dans celui de Mont-Royal, et, comme je l'indiquais, il y a quelques semaines, je suis allé, pour la Saint Patrick,

à Saint Brigid's, puis j'étais avec les résidents, puis c'est la même chose que d'habitude, ils n'avaient pas fait de spécial ce jour-là, et ce n'est pas vrai que ça a coûté 4 \$ pour faire ce repas-là, là. Alors, c'était bien, c'était de la bonne nourriture.

Il y a deux catégories de personnes dans les CHSLD: il y a les personnes qui peuvent aller à la salle à manger et prendre un repas sur le plateau avec toutes les composantes qu'on connaît, puis les personnes en plus lourde perte d'autonomie, comme dit la députée, qui ont des problèmes de dysphagie, de déglutition, qui restent à leur chambre et qui doivent être alimentées avec des aliments mous. Puis on a eu la démonstration d'une proposition d'une entreprise pour rendre ça plus attrayant, mais c'est une réalité physiologique qui est malheureuse.

Alors, ce qu'a annoncé ma consoeur la ministre des Aînés, que, je crois, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve va côtoyer aux crédits au cours des prochains jours, c'est un plan pour impliquer les diététistes dans une amélioration du support nutritif des personnes âgées. Je veux juste répéter que je considère également qu'il y a un problème là. La preuve, c'est que, quand je vais dans les CHSLD et que je rencontre le comité des usagers, quand je leur demande: C'est quoi, l'affaire qui vous déplaît le plus ici?, dans 90 % des cas, ce qui ressort, c'est la nourriture. Alors, plus spécifiquement, monsieur, madame, c'est quoi? Bon, on n'a pas de choix, ce n'est pas chaud, on a des rôties froides le matin. Alors, c'est ce genre de choses là qu'on nous décrit.

J'ai également rencontré et visité les établissements qui offrent un excellent service alimentaire, avec des plateaux de repas chauds à l'étage même, où les gens ont le choix entre deux ou trois menus. Alors, les gens, dans les budgets actuels, ont les moyens actuels de faire ces choix-là et de mettre en place ces politiques-là. On va continuer à bonifier ces politiques, impliquer les diététistes, suivre leurs recommandations. D'ailleurs, avec la Santé publique, actuellement, il est question de ces choses-là au ministère même. On a également incorporé l'aspect de la nutrition et dans les visites d'appréciation des CHSLD et dans les certifications des résidences privées. Alors, je pense qu'il y a des progrès.

Est-ce qu'il faut faire mieux? Oui, il faut faire mieux. Et je répète, quand je vais dans les CHSLD et que les gens ont des plaintes à me formuler — puis je les rencontre en général sans la présence des administrateurs d'établissement — la première chose qu'ils me disent, ils me parlent de la nourriture. Et je pense que tout le monde ici, tous les députés qui ont visité des établissements d'hébergement ont eu la même expérience.

Le Président (M. Kelley): Alors, sur ça, je dois mettre fin à cet échange, en rappelant: demain matin, il reste 40 minutes pour l'opposition officielle; 27 minutes pour le deuxième groupe de l'opposition. Le reste du temps plus la question des 10 minutes à récupérer, on va regarder ça demain matin. Je demande à tout le monde d'être ponctuel demain matin. On va commencer dans cette même salle, à 9 h 30, demain matin.

Et, sur ça, j'ajourne nos travaux à demain, le 17 avril, 9 h 30, à la salle Papineau. Merci beaucoup. Bonsoir.

(Fin de la séance à 18 h 4)