



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 13 juin 2007 — Vol. 40 N° 7

Étude des crédits du ministère de la Santé et des
Services sociaux (2): volet Santé

**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 13 juin 2007 — Vol. 40 N° 7

Table des matières

Santé	
Discussion générale (suite)	1
Document déposé	1
Mesures visant à combler la pénurie de médecins dans les salles d'urgence, dans la circonscription de Portneuf	1
Évaluation de l'impact budgétaire des infections nosocomiales	3
Efficacité du gel antiseptique dans la lutte contre les infections nosocomiales	4
Délai requis pour la mise aux normes des installations sanitaires dans les hôpitaux	4
Plan de lutte contre les infections par la bactérie Clostridium difficile au Pavillon Saint-François-d'Assise, à Québec	5
Perspectives d'avenir pour le Centre hospitalier de Lachine	8
Investissements dans les installations sanitaires des hôpitaux pour lutter contre les infections nosocomiales	12
Exclusion des infections causées par la bactérie Clostridium difficile des maladies à déclaration obligatoire	14
Réglementation sur le port des uniformes par le personnel hospitalier en dehors des lieux de travail	14
Intentions concernant un programme de compensation des victimes d'infections nosocomiales	15
Mécanisme de garantie d'accès à des interventions chirurgicales ciblées (suite)	
Prochaines chirurgies prioritaires	15
Principes sous-jacents à l'élargissement de la garantie d'accès	16
Moment prévu de la décision concernant l'élargissement de la garantie d'accès	16
Liste des nouvelles chirurgies envisagées à moyen terme	17
Statistiques sur les chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou	17
Évaluation du nombre de chirurgies à confier au secteur public, au secteur privé et aux cliniques affiliées	18
Statistiques sur les chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou (suite)	18
Évaluation du nombre de chirurgies à confier au secteur public, au secteur privé et aux cliniques affiliées (suite)	18
Mesures adoptées afin d'améliorer les programmes et les soins pour les personnes âgées	19
Régime d'assurance médicaments	
Date prévue de l'annonce de la hausse des primes	20
Prévisions d'augmentation des primes d'ici 2012	21
Variation du nombre de médicaments remboursables	21
Mise en oeuvre et financement des orientations ministérielles de la Politique du médicament	22
Fréquence des mises à jour de la liste des médicaments remboursables	22
Encadrement du prix des médicaments génériques	23
Coût de mise en service de la ligne Info-Médicaments	23
Négociation d'ententes de partage de risques avec des compagnies biopharmaceutiques	23
Évolution du budget et de l'effectif du Conseil du médicament	24
Mécanisme de garantie d'accès à des interventions chirurgicales ciblées (suite)	
Coût unitaire des chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou	24
Négociation de services médicaux à prix concurrentiels	24
Développement de cliniques médicales ciblant les chirurgies prioritaires	25
Développement de produits d'assurance ciblant les chirurgies prioritaires	25
Législation encadrant les actes médicaux	26
Réaction du ministre au choix du privé par des patients pour éviter l'attente	26
Réglementation des actes médicaux offerts par des médecins désaffiliés de la Régie de l'assurance maladie du Québec	26
Bilan concernant l'accès gratuit aux médicaments	28
Objectifs concernant l'accès gratuit aux médicaments pour les personnes âgées	28
Mécanisme de garantie d'accès à des interventions chirurgicales ciblées	
Coût unitaire des chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou (suite)	30

Table des matières (suite)

État du projet d'informatisation du réseau de la santé (suite)	
Mode de gestion du dossier-patient informatisé	30
Critères de choix et coût-bénéfice du réseau de transmission utilisé	31
Version simplifiée de la formule de consentement pour la transmission des données	32
Non-disponibilité de l'historique des diagnostics dans le dossier-patient informatisé	33
Régime d'assurance médicaments (suite)	
Impact de l'indexation du prix des médicaments sur l'augmentation des primes	34
Groupe de travail sur le financement du système de santé (suite)	
Intentions du ministre concernant l'imposition d'un ticket modérateur	34
Relevé annuel personnel de la valeur des services de santé reçus	36
Gestion de l'actif des corporations et des fondations d'hôpitaux au moment de leur fermeture	37
Gestion de l'actif de la corporation et de la fondation de l'Hôpital général de Lachine depuis sa fermeture	38
Tableau des investissements en infrastructures dans les salles d'urgence	38
État du projet d'informatisation du réseau de la santé (suite)	
Programme de formation à l'intention des utilisateurs	40
État d'avancement du calendrier de déploiement	40
Acquisition de matériel informatique en cours de déploiement	42
Diminution de la part du Fonds de recherche en santé du Québec aux subventions de recherche	42
Mise en application de la version révisée du Programme d'aides visuelles	43
Groupe de travail sur le financement du système de santé (suite)	
Possibilité d'utilisation des blocs opératoires le soir et les fins de semaine	43
Plan de correction du financement en santé et services sociaux en Montérégie	44
Réalisation d'une deuxième salle d'hémodynamie au Centre hospitalier Pierre-Boucher	46
Suivi des engagements pris au Forum socioéconomique des premières nations, à Mashteuiatsh	48
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, à Repentigny	
Réalisation de la deuxième phase des travaux	51
Vocation des lits de la deuxième phase	51
Échéancier prévu pour statuer sur la vocation des locaux inoccupés	52
Vaccination contre le virus du papillome humain	
Motifs du report de la campagne	53
Efficacité du nouveau vaccin et impact sur les coûts de la campagne	54
Intentions concernant les investissements au Centre famille-enfant de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville	54
Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine (suite)	
État du financement intérimaire	55
Emprunts contractés à ce jour	55
Projet de CHSLD de Saint-Lambert, en Montérégie	
Motifs du report de l'appel de qualification	55
Mode de réalisation	56
Date prévue de la fin des travaux	56
Solution envisagée à la pénurie d'anesthésistes à l'Hôpital de Ville-Marie, au Témiscamingue	56
Mesures de soutien aux adolescentes après une grossesse précoce	57
Programmes de prévention des maladies transmissibles sexuellement à l'intention des jeunes	58
Adoption des crédits	59
Remarques finales	59
M. Philippe Couillard	59
M. Éric Caire	60
M. Bernard Drainville	60
Mme Lise Thériault	60

Table des matières (suite)

Autres intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Raymond Francoeur

Mme Agnès Maltais

M. François Ouimet

Mme Lucie Charlebois

M. Éric Laporte

* M. Roger Paquet, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Témoin interrogé 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 15 juin 2007.

Le mercredi 13 juin 2007 — Vol. 40 N° 7

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (2): volet Santé*(Quinze heures dix minutes)*

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, est-ce que votre équipe est prête?

M. Couillard: Presque.

Le Président (M. Kelley): Presque.

M. Couillard: 30 secondes.

Le Président (M. Kelley): 30 secondes. Alors, peut-être, en vous préparant, je peux faire l'intendance et déclarer la séance ouverte. Je veux rappeler le mandat de la commission: la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2007-2008. Nous allons discuter des programmes 1, 2, à l'exception du troisième élément intitulé Organismes communautaires et autres organismes, et 4 pendant six heures, aujourd'hui, soit de 15 heures à 18 heures et de 20 heures à 23 heures. Je vous rappelle que le volet Services sociaux de ces crédits sera étudié le lundi le 18 juin.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Charlebois (Soulanges) remplace M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce); M. Ouimet (Marquette) remplace M. Reid (Orford); Mme Thériault (Anjou) remplace M. Sklavounos (Laurier-Dorion); M. Marsan (Robert-Baldwin) remplace Mme Vallée (Gatineau); et M. Francoeur (Portneuf) remplace Mme Grandmont (Masson).

Santé**Discussion générale (suite)**

Le Président (M. Kelley): Bienvenue, M. le député de Portneuf, bienvenue, mes collègues de l'ouest du Québec et de Montréal. J'annonce que notre collègue membre de la commission, M. le député d'Orford, est devenu papa hier soir. Alors, les choses qu'on va faire pour éviter de faire les études des crédits!

Alors, je pense qu'on va continuer. Il nous reste un petit peu moins que six heures. Alors, on va continuer nos rotations. À ma gauche, la première question va aller à l'opposition officielle pour une durée de plus ou moins 15 minutes. Après ça, ça va aller au deuxième parti de l'opposition, et le troisième bloc va être réservé pour les députés ministériels. Alors, sans plus tarder... Pardon, M. le ministre.

M. Couillard: M. le Président, très brièvement, s'il y a le consentement des collègues, hier, je m'étais engagé à déposer une information sur le coût de formation

des médecins. Je ne me souviens plus si c'était l'ADQ ou le Parti québécois qui avait fait cette demande.

Le Président (M. Kelley): Si vous pouvez le déposer au secrétariat, on va faire les copies pour tout le monde.

M. Couillard: C'est ça, pour tous les membres de la commission. Ça indique les coûts de formation des omnipraticiens spécialistes selon les durées de formation, en termes d'investissement public, un renseignement intéressant et utile.

Une voix: ...

Une voix: On ne comprend pas ce qu'il dit.

Le Président (M. Kelley): Moi, je ne sais pas, ce n'est pas moi qui contrôle les micros, M. le député.

M. Couillard: M. le Président, je vais le transmettre tout simplement, ça va être plus simple.

Document déposé

Le Président (M. Kelley): O.K., oui, on va prendre acte du dépôt et on va distribuer les copies aux membres de la commission. Merci beaucoup, M. le ministre.

Alors, sans plus tarder, M. le député de La Peltre, la parole est à vous.

M. Caire: M. le Président, pour la première question, je vais céder la parole à mon collègue de Portneuf.

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

Mesures visant à combler la pénurie de médecins dans les salles d'urgence, dans la circonscription de Portneuf

M. Francoeur: Bonjour, M. le Président. Alors, j'en profite pour saluer M. le ministre, toute son équipe et bien entendu les collègues alentour de la table.

Depuis 2004, dans le comté de Portneuf, on a un problème avec les urgences, un problème qui est majeur au point où, cet été, il devrait y avoir fermeture d'urgences d'une façon très importante. J'avais soumis ce dossier-là à l'Assemblée, et, durant l'Assemblée, on m'avait suggéré de travailler à avoir des médecins étrangers. Alors, j'ai regardé cette solution-là, pour constater qu'il y a deux listes de médecins étrangers: il y a la liste du Collège des médecins puis il y a la liste des centres hospitaliers.

Alors là, je me suis posé la question: Pourquoi est-ce qu'il y a deux listes? Et là j'ai compris que les deux, le Collège des médecins et le centre hospitalier, ont des critères différents pour l'acceptation de médecins

étrangers. Alors, je me suis dit: Ça ne doit pas être la bonne solution, puis surtout que, lorsque ça se déroule normalement — et là, actuellement, c'est anormal — ça prend neuf mois pour régler le problème. Alors, je me suis dit: Pour cet été, neuf mois, ça ne peut pas arriver, là.

Alors, à ce moment-là, je me suis posé la question: De quelle façon est-ce qu'on pourrait régler le problème? Et là, à toutes les fois que je vais dans des commissions, les ministres — et d'ailleurs je suis à peu près certain qu'ici la même chose s'est produite — nous demandent des suggestions. Bien, M. le Président, j'en ai une, aujourd'hui, une suggestion à faire au ministre. C'est bien simple, considérant que nos médecins qui sont dans la Capitale-Nationale ne viennent pas dans le comté de Portneuf, parce qu'ils n'ont pas d'intérêt à partir de Québec pour s'en aller à Portneuf, parce qu'aller-retour ça prend deux heures, alors deux heures pour un médecin — je ne suis pas un médecin, mais — ça représente un montant de l'heure assez important, alors je demande au ministre... comme suggestion, je lui suggère de donner une allocation de ces deux heures-là au médecin pour qu'il puisse venir dans le comté qui est limitrophe à la ville de Québec.

Parce que nous faisons partie de la Capitale-Nationale et nous savons que, dans la Capitale-Nationale, on a suffisamment de médecins, O.K.? C'est l'endroit où il y a le plus de médecins per capita. On dit qu'on a un effectif de tout près de 100 %, à 1 % près. À ce moment-là, la suggestion que je propose pour régler le problème, c'est tout simplement une rémunération des médecins de la Capitale-Nationale qui ont affaire à venir travailler dans le comté de Portneuf, aux urgences, majorée à 120 %. Là, on va dire: Ah! c'est terrible, ça n'a pas de bon sens. Ça fait que dans le fond ce que c'est qu'on parle, c'est que, pour les six médecins qu'on a besoin, supplémentaires, ça représente un montant d'à peu près 720 \$ à 900 \$ par jour, donc on dit une somme additionnelle annuelle d'entre 262 800 \$ et 328 500 \$ par année. Sur un budget de tout près de 24 milliards, on parle de pinottes.

Alors, ma question au ministre, aujourd'hui, est la suivante, M. le Président: J'aimerais savoir si le ministre de la Santé a un intérêt à régler le problème dans Portneuf pour à peu près 300 000 \$ par année, et régler définitivement.

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

M. Couillard: Bon. M. le Président, c'est une question qui est malheureusement difficile et qui date de longtemps. J'ai eu l'occasion de travailler là-dessus avec le prédécesseur du député, M. Soucy, pendant de nombreuses années. On a inauguré l'urgence de Saint-Marc-des-Carrières, on a annoncé un nouveau CHSLD, on apporte tout le soutien nécessaire à cette région-là. Il est évidemment très difficile pour les citoyens d'accepter qu'ils aient des découvertes de services dans, disons, les points d'urgence des deux centres médicaux qui sont là, qui ne sont pas les centres hospitaliers à vocation complète mais qui assurent cependant, normalement, les services d'urgence et de consultation de première ligne pour les citoyens.

Il faut réaliser qu'on est dans une situation... même avec les effectifs de Québec qui sont mieux qu'ailleurs

au Québec, des situations difficiles même dans la ville de Québec. Dans la ville de Québec, pour l'été prochain, il y a des dangers de rupture de services dans les grandes urgences des grands hôpitaux de Québec. Il faut donc être extrêmement prudent lorsqu'on apporte ces solutions, et ces solutions doivent être apportées également avec la collaboration de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Mais on est très ouverts à faire encore plus que ce qu'on a fait jusqu'à maintenant. Parce qu'on a déployé de nouveaux outils, de nombreux outils pour aider au recrutement de médecins. Par exemple, le plus récemment, ça a été la décision de diminuer les plans d'effectif des grands hôpitaux de Québec au niveau des effectifs requis, pour éviter qu'on contourne les plans d'effectif par diverses manœuvres pour éviter d'avoir à s'installer... — ce qui est curieux de le dire parce que c'est une belle région, et normalement les médecins devraient rechercher une pratique comme ça — où on essaie de trouver des façons de contourner les plans d'effectif pour s'installer dans la ville elle-même plutôt que soit à Charlevoix soit à Portneuf. Charlevoix également a un problème similaire mais moins urgent et moins aigu que celui de Portneuf.

Alors, actuellement, les tarifs médicaux sont majorés à 105 %. Il est possible d'envisager de les majorer à 115 %, mais pour ça on a besoin de l'accord de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans le cadre des négociations et de la médiation en cours. Et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec aborde également cette question avec prudence, craignant d'avoir des effets dans des régions limitrophes de Portneuf ou des régions éloignées pour lesquelles les incitatifs financiers sont également en place. Alors, vous voyez que ce n'est pas un problème simple.

On est très ouverts. On est ouverts à le faire si on a une entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Ça va dans le sens général de ce que le député recommande. Ça fait plusieurs mois qu'on travaille sur cette solution-là, et, si on peut le faire, certainement qu'on pourra le faire. D'ici là, moi, j'ai déjà indiqué qu'on pourrait accorder des dérogations également d'effectif dans certains cas spécifiques qui nous seraient présentés.

● (15 h 20) ●

Quant aux médecins étrangers, je veux corriger ce qui a été mentionné. La liste que nous avons au ministère, c'est les médecins dont la formation a déjà été jugée suffisante par le Collège des médecins et qui doivent d'abord être parrainés par un établissement, ensuite faire un stage d'évaluation de trois mois lorsqu'ils ont été parrainés. Alors, si l'établissement de Portneuf veut parrainer de ces médecins, en tout temps ils vont avoir l'assistance du ministère. On va payer les frais des conférences, on va aider l'établissement à accueillir les gens pour les visites d'orientation et accélérer au maximum le processus.

D'ici là, d'ici là, bien, on va continuer à faire le mieux qu'on peut pour contrôler ce problème, qui fait partie d'un problème plus large de pénurie d'effectif au Québec, en continuant le contrôle strict des effectifs médicaux dans les grandes urgences, dans les grands hôpitaux de Québec et en considérant, avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, une majoration de la rémunération pour le cas particulier de Portneuf.

On est ouverts, on ne ferme pas la porte à ça, mais ça nous prend l'accord et l'agrément de nos partenaires de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

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

M. Francoeur: M. le Président, je trouve ça désolant qu'on soit obligé d'avoir la permission de la Fédération des médecins du Québec. Je veux dire, à ce moment-là, si on n'est pas capable de le faire sous forme de rémunération, pourquoi est-ce qu'on ne donne pas une compensation pour voyage? Et là je ne pense pas qu'on ait besoin de consulter quelque fédération que ce soit pour donner une compensation monétaire pour deux heures d'ouvrage, qui représenterait le montant qu'on a besoin.

En plus de ça, M. le Président, actuellement, Santé Portneuf annonce dans le journal, à toutes les semaines, pour dire à quelles heures qu'ils sont ouverts ou pas. Alors ça, bien, si on pouvait régler le problème, je viens d'économiser un montant de tout près de 20 000 \$ par année. Alors, ça va aider à payer justement les frais que ça peut nous coûter pour régler la situation. Parce qu'il reste un fait, c'est qu'actuellement l'équité n'est pas là. Les médecins n'ont pas intérêt à se déplacer en perdant de l'argent. Alors, si on n'est pas capable de le mettre à 115 %, parce que la fédération ne le veut pas, bien, à ce moment-là, qu'on donne une compensation monétaire pour voyage équivalente à la différence du 20 % qu'on parlait tout à l'heure.

Alors, M. le ministre, avec les suggestions que je viens de vous faire, est-ce que vous avez intérêt à pousser?

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

M. Couillard: Alors, ça aussi, ça doit se négocier avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, pas seulement les tarifs, mais également les allocations pour compenser des déplacements, comme on en verse, par exemple, aux médecins dépanneurs qui vont faire des remplacements dans les régions du Québec. Alors, là-dessus aussi on a une attitude d'ouverture. J'encourage cependant le député à continuer à mobiliser son établissement dans le recrutement de médecins étrangers, même si ça prend quelques mois. Comme il y a d'autres solutions qui doivent être mises en place puis que, même avec les bonifications dont il parle, advenant le cas où elles étaient mises en place, on n'a pas de garantie de résultat là-dessus, pour plusieurs raisons, je l'encourage à continuer ça. Je sais qu'il l'a fait, je sais qu'il a pris la liste, il est allé la porter à l'établissement. Si l'établissement a besoin d'éclaircissements sur la façon d'utiliser cette liste-là, la façon de commencer les procédures de parrainage de médecins étrangers, ils peuvent entrer en contact avec mon cabinet à n'importe quel moment, et on va les aider pour ça.

Moi, je veux autant que le député puis que tous les membres de l'Assemblée nationale qu'on trouve une solution à ce problème-là. On fait juste attention — puis le député le comprendra — de ne pas apporter une solution qui apparaît efficace et simple mais qui cause un problème ailleurs, et on va être prudents dans ce sens-là. Mais je suis d'accord avec le député que la population trouve ça très difficile. Ça fait plusieurs mois

qu'on essaie de trouver une solution qui est solide pour ce problème-là, et on est ouverts à toutes les solutions possibles, toujours en prenant garde de ne pas créer d'effets pervers à quelque distance de l'endroit où on vient de corriger un problème.

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

M. Francoeur: Oui, c'est beau, merci.

Le Président (M. Kelley): Ça va? M. le député de La Peltre.

Évaluation de l'impact budgétaire des infections nosocomiales

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Pour le prochain bloc, on voulait aborder avec le ministre un sujet d'actualité que sont les infections nosocomiales, puis je voulais, d'entrée de jeu, demander au ministre s'il y a des estimations qui ont été faites sur les coûts supplémentaires qui sont engendrés par le traitement de ces infections-là qui sont contractées par les malades.

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

M. Couillard: On pourra les trouver, elles sont dans le rapport Aucoin, toutes ces données-là sont dans le rapport Aucoin. Je rappelle que le comité Aucoin avait été mis en place lors de l'apparition de la grande vague nord-américaine de C. difficile, souche virulente. À ce moment-là, le rapport du groupe Aucoin avait évalué le nombre de personnes qui, chaque année, au Québec, et ailleurs, en passant, sont atteintes d'infections nosocomiales, et l'impact budgétaire, et également en termes de lits d'hôpitaux, parce qu'il n'y a pas uniquement les budgets directement, mais il y a la question de libération de lits.

Si je regarde les conclusions du rapport Aucoin — on pourra les retrouver d'ici quelques instants — on sait que, par exemple, une réduction de 30 % des infections nosocomiales permet d'épargner environ 40 millions de dollars annuellement, 30 % de moins, ce qui nous amènerait dans une zone en dessous de laquelle il est très difficile de diminuer, parce qu'il n'y a pas de système de santé qui n'a pas de problème d'infections nosocomiales, et ce n'est pas qu'au Québec qu'on a le problème. On a donc cet objectif en tête. On a réussi déjà à diminuer le taux d'infection de 40 %.

Il y a d'autres types d'infections nosocomiales, il n'y a pas juste le C. difficile, il y a trois ou quatre autres bactéries résistantes qui sont rencontrées dans nos hôpitaux, actuellement. Régulièrement, les hôpitaux ont et auront encore des éclosions. Ce qui est important, c'est qu'ils interviennent rapidement et efficacement pour les contrôler. Aujourd'hui même, Saint-François-d'Assise vient de communiquer à la population qu'il y a une action qui est prise avec la santé publique en raison de la sévérité des cas qui sont apparus là dans les trois derniers mois. Alors ça, c'est bien, il faut que les hôpitaux le communiquent rapidement à la population et qu'ils indiquent les méthodes qui sont prises en charge... ou les méthodes qui sont appliquées pour contrôler le problème.

Mais, pour répondre à la question du collègue, là, effectivement, si on arrive à atteindre l'objectif préconisé par le rapport Aucoin, 30 % de moins d'infections nosocomiales, donc c'est impossible de viser 100 %, 30 % de réduction des infections nosocomiales permet d'épargner au-delà de 40 millions de dollars de budget et certainement l'équivalent de nombreux lits d'hospitalisation. Parce que, lorsque ces patients sont placés en isolement, ils sont dans une chambre soit seuls soit avec une autre personne infectée, et, à ce moment-là, on diminue l'accès aux lits d'hospitalisation. C'est d'ailleurs une partie de ce qui s'est passé avec la gastroentérite, cet hiver, également, où il y a des étages complets qui étaient placés en isolement et qui bloquaient l'accès des lits aux patients soit en attente pour la salle d'urgence soit pour les chirurgies.

Et je rappelle, en terminant — puis on va continuer notre échange — l'importance de poursuivre le programme de surveillance, qui est actuellement regardé avec beaucoup d'intérêt par les autres provinces canadiennes qui voudraient se doter d'un programme semblable, et également de poursuivre l'action, sans arrêt, sur la prévention de ces infections-là, en se souvenant que, sur le plan budgétaire, c'est plus efficace de prévenir que de traiter les maladies nosocomiales, les infections nosocomiales.

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltre.

Efficacité du gel antiseptique dans la lutte contre les infections nosocomiales

M. Caire: M. le Président, dans les actions qui ont été prises pour lutter contre les infections nosocomiales, le ministre avait annoncé, entre autres, le fait qu'il y a des distributeurs de gel aseptisant qui avaient été installés dans les centres hospitaliers. Or, la documentation qu'on consulte à ce sujet-là nous dit que ce type de gel là est inefficace contre la bactérie C. difficile. Est-ce que le ministre peut nous expliquer le pourquoi de ce choix-là?

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

M. Couillard: Parce que l'un n'empêche pas l'autre. Les gels antiseptiques ont une efficacité dans des choses aussi banales que l'influenza, par exemple, où la transmission par poignées de main et par contact cutané est le mode le plus fréquent de transmission d'une personne à l'autre, et également dans d'autres sources de bactéries nosocomiales autre que le C. difficile. Le C. difficile a des spores qui sont résistantes et qui ne peuvent être déplacées que par le jet d'eau, par l'effet mécanique du jet d'eau et l'application de savon. C'est pour ça que, dans les aménagements immobiliers qu'on fait actuellement dans les centres hospitaliers, à travers les rénovations fonctionnelles, les maintiens d'actif dont on a parlé récemment, par exemple, on préconise la mise en place de lavabos, pour le lavage des mains du personnel, plus accessibles dans les corridors des étages. Alors, le député a raison, pour le C. difficile, le gel antiseptique n'est pas suffisant, c'est l'action mécanique du jet d'eau qui est importante, mais il faut que ces endroits-là soient rapidement accessibles pour le personnel.

Je rappelle que, même ayant dit ça, il y a un élément de responsabilité pour le personnel de santé

quant au lavage des mains. Je rappelle que toutes les études internationales montrent que les personnels des soins de santé en général sont assez peu respectueux des consignes de lavage des mains et que malheureusement le degré de fidélité aux consignes n'est pas très important, chez les médecins particulièrement. Alors, c'est très banal, c'est très simple, ça ne coûte pas cher, se laver les mains, et c'est encore malgré tout la méthode la plus efficace de prévention.

Le Président (M. Kelley): Une dernière question, M. le député de La Peltre.

Délai requis pour la mise aux normes des installations sanitaires dans les hôpitaux

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Est-ce que le ministre peut nous dire si, dans un plan plus large... Parce qu'effectivement la bonne vieille barre de savon est encore ce qui est le plus efficace contre la bactérie C. difficile, ça demeure... Puis je comprends l'utilisation du gel. Mais je comprends aussi que la bactérie la plus courante ou l'infection la plus courante dans les hôpitaux demeure encore l'infection au C. difficile, et il m'apparaît un peu surprenant que des actions plus musclées ne soient pas entreprises pour lutter contre ce type de bactérie là. Le ministre vient de parler d'installation de lavabos, parce que, oui, on comprend que le médecin n'a pas envie d'entrer dans une salle voir un patient, aller à l'autre bout du corridor se laver les mains, revenir dans une autre salle, retourner à l'autre bout du corridor se laver les mains. Mais est-ce que le ministre peut nous dire dans quel délai ces mesures-là concrètes, essentielles, vitales vont être posées? Quels sont les efforts qu'il est prêt à consentir pour que les hôpitaux se mettent aux normes pour cette situation-là?

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

● (15 h 30) ●

M. Couillard: M. le Président, dès 2004, on a immédiatement débloqué 20 millions de dollars pour les aménagements d'installations sanitaires dans les hôpitaux. Tout ça est en cours. Mais c'est une erreur de penser, et, en passant, je ne suis pas sûr que c'est exact, que le C. difficile est le plus fréquent — on regardera les données. Il y a beaucoup d'autres types de bactéries nosocomiales, les infections de cathéters, par exemple, sont très fréquentes dans les infections, ça compte. Certaines infections urinaires comptent également comme infections nosocomiales et elles sont probablement plus fréquentes encore que le C. difficile, qui demeure cependant répandue. Il n'y a pas uniquement un aspect. C'est l'erreur qu'on fait toujours dans ce dossier-là, de penser que, si on met le doigt sur le problème, on va tout régler, ce n'est pas vrai.

Le lavage des mains, c'est important et c'est simple. On continue à développer les outils dont on parlait tantôt puis on encourage régulièrement les visiteurs et le personnel à se laver les mains régulièrement, du moins entre chaque patient. Il y a également l'entretien ménager. Et il y a également, ce dont on ne parle quasiment jamais, le contrôle de l'utilisation des antibiotiques.

Lorsque la question a débuté médiatiquement, à l'été 2004, un des hôpitaux qui étaient au centre de la tourmente médiatique, c'était le Centre hospitalier

universitaire de Sherbrooke. Puis, si on entendait les interventions à l'époque des gens de la région, la solution, c'était : raser les hôpitaux du Québec puis en construire des neufs. Mais ça s'adonne que le taux d'infection au CHUS, actuellement, à Sherbrooke, est un des plus bas au Québec, largement dû au fait, d'après les dires des médecins eux-mêmes qui y travaillent, que le taux d'utilisation d'antibiotiques a été réduit de 50 %.

Alors, il faut bien sûr agir sur plusieurs fronts, il n'y a pas qu'une solution. Les actions sont ininterrompues. Le plan d'action est maintenant repris ailleurs qu'au Québec comme exemple d'une mobilisation, parce que, même si la crise a été majeure, encore une fois ce n'est pas qu'une crise québécoise uniquement. Le succès qu'on a obtenu, qui doit se poursuivre, de baisse de 40 % du taux d'infections, est de plus en plus mentionné à l'extérieur du Québec comme exemple qu'un réseau de santé peut se mobiliser avec des directives précises et un plan d'action pour arriver à un résultat.

Un autre élément de la solution, et ce n'est jamais le seul élément, c'est les infirmières en prévention d'infections. On a atteint le rapport recommandé d'infirmières en prévention d'infections de une infirmière par 133 lits d'hospitalisation de soins aigus et par 100 lits d'hospitalisation en centres universitaires. On est en route vers l'atteinte de l'objectif, pour les CHSLD, vers 2009, de une infirmière par 250 lits d'hébergement. On a formé les infirmières en prévention d'infections, on a formé le personnel. On publie sur le site Internet du ministère, ce qui est unique en Amérique du Nord, là, le taux d'infections par hôpital. Et on constate les améliorations. Il y a des endroits, comme l'Hôpital Fleury, qui étaient parmi les pires au début qui sont maintenant en tête de liste, qui sont parmi les plus performants pour la lutte contre les infections nosocomiales.

Alors, les mesures, lorsqu'elles sont appliquées, fonctionnent, et ces mesures-là ne sont pas compliquées, mais elles ne sont pas uniques, c'est un ensemble d'actions qu'il faut prendre. On a commencé depuis plusieurs années, et ça va se continuer pour les 10, 15, 20 prochaines années, parce que ce combat-là ne sera jamais terminé, il va toujours être à reprendre.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin.

**Plan de lutte contre les infections
par la bactérie *Clostridium difficile* au
Pavillon Saint-François-d'Assise, à Québec**

M. Drainville: Merci, M. le Président. M. le Président, on apprend — on l'a appris il y a seulement quelques minutes avant que les audiences reprennent, que nos travaux reprennent, dis-je bien — qu'au mois de mars, avril et mai 2007 il y a eu 52 cas d'infections nosocomiales à la C. difficile à l'hôpital Saint-François-d'Assise, et, après une première révision des dossiers, huit personnes sont décédées de cette infection.

Je rappelle au ministre qu'au mois de novembre 2006 ma collègue la députée de Taschereau l'avait questionné sur justement les décès qui étaient survenus à ce moment-là à l'Hôpital Saint-François-d'Assise, causés encore une fois, à ce moment-là, par la C. difficile. À ce moment-là, les décès étaient survenus entre avril et

juillet 2006. La députée de Taschereau s'inquiétait à ce moment-là de ce nombre, du nombre élevé de décès qui étaient survenus à l'Hôpital Saint-François-d'Assise, et, en réponse à sa question, le ministre de la Santé avait répondu, et je pense que c'est important qu'on le cite : «Ce qui est important — et je cite, là, ce qui est important — c'est que [ces éclosions de C. difficile] soient dépistées le plus précocement possible et qu'elles soient attaquées également le plus agressivement possible avec les mesures que nous connaissons bien, c'est-à-dire la désinfection des locaux, le lavage des mains, l'isolement des patients et un meilleur usage des antibiotiques. C'est ce qui est en train d'être fait dans la Capitale-Nationale. Je pense que la députée, comme moi, dira que les gens de la Capitale sont très compétents et sont en mesure de répondre et contrôler la situation.»

Comment expliquer, M. le ministre, que, quoi, sept, huit mois plus tard, on découvre que, dans cet Hôpital Saint-François-d'Assise, il y a eu, au cours des trois derniers mois, huit décès liés à la C. difficile?

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

M. Couillard: Bien, c'est une question étrange, là. Il y aura régulièrement, au cours des prochaines années, sous tous les gouvernements qui se succéderont, des éclosions, dans les hôpitaux, à l'infection nosocomiale, C. difficile et autres. En fait, ce qui se produit aujourd'hui, à Saint-François, est un témoin de ce que j'ai dit, et je suis très heureux qu'on ait cité cette déclaration-là. Effectivement, l'Hôpital Saint-François-d'Assise, à l'intérieur du CHUQ, a rapidement mobilisé les autorités de Santé publique, qui sont intervenues, qui ont révisé les protocoles, qui les ont accentués et intensifiés dans plusieurs domaines. On a une indication qu'au cours des dernières semaines, mais il faut être prudent, le taux semble avoir rebaisé à nouveau. On va garder une surveillance constante de la situation avec les gens de la Santé publique, mais il faut, d'un autre côté, bien sûr, assurer une lutte constante et très, très intense contre les infections nosocomiales, mais surtout ne pas faire croire aux citoyens que c'est un problème qui va disparaître. Ce n'est pas un problème qui va disparaître, c'est un problème qui va demeurer dans tous les hôpitaux du monde.

Et je rappelle qu'on fait une erreur lorsqu'on le décrit comme un problème spécifiquement québécois. On informe mal la population. Le problème est un problème international. On l'a au Québec, variable selon les régions. En général, la région de Québec est bien performante que d'autres régions dans les taux d'infection à C. difficile. On a là une éclosion avec des complications sévères de C. difficile parce qu'on sait qu'on a une souche qui est mutante, qui est plus virulente que la souche habituelle, historiquement rencontrée. Les gens de Santé publique interviennent, l'établissement également est en alerte. Ils vont prendre les mesures appropriées, et la situation va rentrer sous contrôle à nouveau.

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

Mme Maltais: M. le Président, je veux bien comprendre. Il y a quelques mois, en novembre, j'ai interrogé le ministre précisément sur une éclosion de

C. difficile dans les mêmes dates, entre avril et juillet, et il nous sert la même réponse.

Ce que je veux, moi, savoir: Alors que le ministre était avisé qu'il y avait un problème dans ces dates-là, au même hôpital, au même endroit, quelles sont les mesures précises qu'il a prises concernant cet endroit? Parce qu'il y a eu 52 cas de C. difficile. C'est lourd, c'est 52 personnes qui ont une maladie très lourde, huit décès directement liés au C. difficile, plus 10 autres cas décédés d'autre chose mais reliés au C. difficile. Et, moi, je vous le dis tout de suite, M. le ministre, je le sais, quel type de mesures étaient appliquées à Saint-François-d'Assise, j'ai des amis témoins.

Alors, je veux savoir de lui: Il savait que ça allait se passer, tout le monde sait qu'entre avril et juillet il y a des pointes, il y a des éclosions, ça s'est passé trois ans de suite et c'est en augmentation d'année en année. Quelles mesures le ministre a-t-il prises précisément pour éviter, dans nos hôpitaux de la Capitale-Nationale, dont Saint-François-d'Assise, une nouvelle éclosion? Ou est-ce que le ministre nous dit qu'il a lancé la serviette?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, je suis obligé de dire que c'est une exagération assez grossière de dire qu'on savait que ça allait arriver. On est toujours menacé par des éclosions. Il y en aura peut-être une dans six mois, dans un autre hôpital de Québec, ou dans un autre hôpital de Montréal, ou ailleurs en région. Mais je vais citer le communiqué envoyé aujourd'hui même par l'Agence de la Capitale nationale, qui nous éclaire là-dessus, et je vais le citer au texte parce que c'est important et ça répond bien à la question de la députée. Les mécanismes, comme pour les gestions de salles d'urgence, les mécanismes de prévention d'infection, c'est dans les établissements que ça se passe, sous la responsabilité des établissements.

Alors, je cite le Dr François Desbiens, qui est le directeur régional de Santé publique. Et voici: «Les mécanismes de surveillance des équipes cliniques et de prévention des infections de l'Hôpital Saint-François-d'Assise ont démontré leur efficacité au cours des derniers mois. C'est d'ailleurs cette vigilance qui a permis de rapidement suspecter un changement dans le taux de complication et de rapidement nous le signaler. Nous considérons que le Centre hospitalier universitaire de Québec a agi de façon diligente dans ce dossier», a souligné le directeur régional de Santé publique...»

Alors, voici les principales mesures que le CHUQ a renforcées, au cours des derniers mois, pour lutter et prévenir le C. difficile à l'Hôpital Saint-François-d'Assise: une bonification de la méthode de travail pour une concentration de produits nettoyants plus efficaces, autant pour le nettoyage des chambres que pour les articles de soins; l'assignation d'une ressource infirmière qui vient en aide à l'équipe de prévention déjà en place; la présence du coordonnateur en qualité de services qui s'assure auprès de l'équipe d'hygiène et de salubrité que les méthodes de travail sont bien appliquées; une tournée quotidienne effectuée par l'infirmière en prévention pour surveiller toute survenue de selles irrégulières chez les patients; la désinfection massive de toutes les unités de soins, suivant l'apparition de cas d'infection, avec le support des préposés aux bénéficiaires additionnels; la promotion

continue de l'hygiène des mains avec friction mécanique après la sortie des chambres dans lesquelles se trouvent les patients présentant une infection; et la révision — et c'est très important — d'utilisation de certains antibiotiques favorisant les infections au C. difficile est en cours.

● (15 h 40) ●

Il y a une enquête épidémiologique également qui va être faite, qui est en cours avec la Santé publique, dont le rapport devrait être déposé à la fin juillet. Et bien sûr, au besoin, la Santé publique continuera d'assurer sa présence dans l'établissement. Les familles des personnes ont été informées, autant celles qui sont décédées, malheureusement, directement de la bactérie qu'indirectement, et je pense qu'il faut là-dedans adopter une attitude responsable. L'établissement, on le voit d'après les déclarations du directeur de Santé publique, a agi de façon prudente et diligente à la fois. Ils vont rétablir la situation et ils vont demeurer aux aguets, et on verra à la prochaine éclosion, qui, on l'espère, se produira dans très longtemps puis dans un autre établissement plutôt que celui-ci encore une fois, quelle sera la solution.

Mais il faut avoir un discours extrêmement prudent et responsable là-dedans, à moins que le Parti québécois veuille s'engager à éliminer le C. difficile lors de leur arrivée hypothétique au gouvernement. Qu'il le fasse! Mais les infections nosocomiales, ça fait partie du décor et des paysages de la médecine moderne. On veut les maintenir au taux le plus bas possible, elles ont été réduites au Québec de 40 %. La communauté internationale le reconnaît, les congrès scientifiques parlent de la performance du Québec dans la lutte contre les infections nosocomiales maintenant, et on va continuer d'adopter ces mesures et d'avoir une attitude de surveillance et de réaction rapide.

Voilà, en passant, sur le plan de la communication, un changement que j'apprécie. Il y a quelques années à peine, il aurait fallu qu'on trouve par hasard la situation pour que finalement, en retard, on réagisse et qu'on recommande. Aujourd'hui, l'établissement sort de lui-même pour informer la population de la situation quant à sa sévérité exacte — tous les chiffres sont mentionnés — et quant aux actions qui sont prises et qui sont mises en place. Je pense qu'il y a lieu bien sûr de regretter et d'avoir de la compassion pour les gens qui malheureusement ont été atteints par cette bactérie, mais également de féliciter l'équipe en place, et, au lieu de les démoraliser et de les démotiver comme on le fait actuellement, on devrait les assurer de notre soutien, autant le gouvernement que les membres de l'opposition, surtout ceux qui sont dans la Capitale-Nationale. Parce que le type de réaction qui a été mise en place est à souligner, et, même si le problème d'infection est un problème important, la réaction, autant dans le contact avec la Santé publique que les méthodes mises en place, que la communication à la population, doit servir d'exemple pour les autres hôpitaux du Québec.

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

M. Drainville: Oui. M. le ministre, je pense que vous exagérez vous-même, là, quand vous dites que nos questions démoralisent le personnel, là. Restons mesurés dans nos propos de part et d'autre, si vous le permettez.

La question dans le fond qui se pose, M. le ministre: En mars, avril et mai 2007, il y a eu huit décès; selon le même communiqué que vous venez de citer, il y a eu, pendant l'année 2006-2007, 12 décès à l'Hôpital Saint-François-d'Assise. Maintenant, il est possible... Si je comprends bien, l'année 2006-2007, c'est l'année budgétaire, entre guillemets, là, avec l'année qui commence le 1er avril. Il est possible qu'il y ait un chevauchement, là, entre les 12 décès de 2006-2007 et possiblement un ou deux des huit décès, là, de mars, avril, mai 2007. Mais il n'en demeure pas moins, là, qu'on parle d'un hôpital où il y aurait eu autour d'une vingtaine de décès liés à la C. difficile en 2006-2007.

Et donc ma question: Quand vous voyez qu'il y a un établissement qui visiblement a de la difficulté à contenir les infections nosocomiales et en particulier celles de la C. difficile, est-ce que ça vous amène à poser des gestes particuliers, à demander à un conseiller politique ou à un fonctionnaire d'accorder une attention particulière à cet hôpital-là? Est-ce que vous demandez des suivis? Est-ce que vous demandez des comptes rendus pour être tenu au courant de l'évolution du dossier de cet hôpital-là? Parce que visiblement, à Saint-François-d'Assise... il n'y a pas personne qui remet en question la bonne foi des gestionnaires et du personnel, mais visiblement ils ont de la difficulté actuellement à contenir, à prévenir cette éclosion. Il faudra voir si c'est la même souche, là, on va attendre l'enquête pour ça, mais visiblement il y a un problème de C. difficile à Saint-François-d'Assise. Est-ce que le ministre dans le fond a accordé à Saint-François-d'Assise une attention particulière? Et, si oui, comment l'a-t-il fait?

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

M. Couillard: Bien, bien sûr. Mais la façon la plus efficace, c'est d'avoir l'attention, apportée par l'établissement elle-même, des autorités de Santé publique. Ce n'est pas vrai que, dans le cabinet du ministre, on va régler le problème du système de santé en mettant le microscope sur chaque hôpital du Québec. Maintenant qu'on sait qu'il y a une infection, une éclosion, on va le suivre. Puis déjà les taux ont diminué. Alors, ils vont réussir à contrôler le problème.

Qu'est-ce qui est important, c'est de savoir si la souche qui est à Saint-François actuellement est de la souche virulente ou de la souche habituelle. Il est probable qu'elle soit de la souche virulente, compte tenu du haut taux de complication qu'on a observé. Parce que ce qui est notable, c'est que le nombre de cas a augmenté, mais c'est surtout le nombre de complications qui a augmenté, ce qui laisse soupçonner que la souche virulente est en cause.

Alors, c'est pour ça que nos autorités de Santé publique régionales, dans toutes les régions du Québec, autant à Québec qu'ailleurs, sont en vigie constante sur la situation, et, dès qu'ils notent, avec le programme de surveillance — qui encore une fois, je répète, est unique en Amérique du Nord... Si on n'en entend pas parler ailleurs qu'au Québec beaucoup, c'est parce qu'ils ne le savent pas, ailleurs au Québec, combien qu'il y a de cas. Puis il y en a. Mais, ici, dès qu'on le suit, dès qu'on le note sur le programme de surveillance, immédiatement les autorités de Santé publique interviennent avec l'établissement, et c'est comme ça que ça va se régler et c'est comme ça que ça va continuer à se régler au cours des prochaines années.

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

Mme Maltais: Écoutez, il y a un programme de surveillance, que le ministre vante, qui nous a dit à l'automne: Il y a un problème là, à cet endroit-là précisément, concernant le C. difficile, dans la région de la Capitale-Nationale. Le ministre nous répond: Mais on a un bon programme de surveillance. La question n'est pas sur le bon programme de surveillance. On est d'accord. On a des chiffres, on les voit. La question, c'est: Qu'a fait le ministre? Parce que son fameux programme de surveillance, il lui a dit: il y a un problème à cet endroit-là. La question de mon collègue, c'est: Qu'est-ce que vous avez fait, vous, à titre de titulaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour voir à ce qu'il n'y ait pas de nouvelles éclosions dans ces hôpitaux-là, à Saint-François-d'Assise?

Alors, je ne comprends pas que le ministre s'en soit lavé les mains. On parle de lavage de mains, là, le premier lavage de mains qui vient de se faire, là, c'est celui du ministre. Il ne devrait pas s'en laver les mains et devrait nous dire que non pas il remet ça aux agences, mais que lui va se mettre à adopter une autre politique que celle d'attendre les résultats du programme de surveillance, une politique qui ressemble à une politique, comment dire... c'est difficile de dire de tolérance zéro parce qu'on le sait qu'il va y avoir des cas d'éclosion, mais sauf qu'il devrait y avoir un cas de tolérance zéro comme dans le cas de la CSST, où c'est tolérance zéro. On ne veut pas voir... On va faire un maximum pour ne pas voir l'impact de situations comme ça.

Moi, je sais ce qui se passe à Saint-François-d'Assise parce que j'ai des amis qui ont eu leurs parents là. Je le sais qu'il y a des personnes qui sont dans des salles... sont dans les mêmes chambres. Il y a des gens qui l'ont, le C. difficile, puis il y a des gens qui ne l'avaient pas puis qui étaient dans la même chambre. Je le sais qu'il y a des gens qui rentraient dans les chambres avec leurs vêtements, on leur faisait mettre des masques, puis que les vêtements allaient par terre, dans le corridor, puis, quand ils se sont tannés, ils les ont envoyés dans la chambre. Je sais qu'il y a des gens qui circulaient... Je sais qu'il y a des préposés qui allaient... qui malheureusement étaient mal pris, parce qu'ils n'avaient pas assez d'aide probablement, qui se promenaient d'un patient qui avait des... qui était malade à un patient qui n'était pas malade directement.

Alors, moi, ce que je demande au ministre, c'est de se bouger puis de nous dire qu'il ne va pas attendre des résultats mais provoquer des résultats.

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

M. Couillard: Bien, c'est ce qu'on fait exactement. Puis faisons attention, puis je n'accuse pas la députée de le faire, mais la ligne est très mince entre la démagogie simpliste et le réalisme dans un problème semblable. Il faut être extrêmement prudent dans ce qu'on dit.

Alors, effectivement, on intervient rapidement. D'ailleurs, j'ai cité le Dr Desbiens qui explique que les mécanismes de surveillance des équipes de prévention des infections ont démontré leur efficacité au cours des derniers mois. Le taux était monté dans la période que nous rappelle la députée, il est rebasé, il a réaugmenté,

et on a immédiatement perçu l'augmentation du taux de complication. Ce que nous avons ajouté au cours des derniers mois, ce sont des visites des équipes de Santé publique dans tous les établissements du Québec pour s'assurer de la mise en place des lignes directrices dont nous avons parlé plus tôt. Ce que nous allons ajouter au cours des prochaines semaines, c'est des inspections dans tous les hôpitaux du Québec pour vérifier la qualité de l'entretien ménager et la mise en place des lignes directrices spécifiquement pour le nettoyage des locaux, la désinfection des lieux, etc.

Alors, là-dessus, je pense que le Québec est en effort maximal, et on va continuer à améliorer les façons de faire, on va continuer à les développer davantage. On a une attitude qui est proche de celle que la députée recommande. Il n'y a personne ici qui souhaite qu'il y ait d'éclosions, là. On fait tous les efforts nécessaires pour que les éclosions ne se produisent pas, mais le malheur de la vie, M. le Président, c'est qu'elles vont se produire. Que ce soit à la C. difficile, que ce soit au staphylocoque résistant, à l'entérocoque résistant, la réalité est qu'il y en aura, de ces infections-là. On est mieux équipés qu'auparavant pour les dépister puis intervenir précocement. On va continuer à le faire et on va se donner des nouveaux outils, comme les inspections d'établissements dont j'ai parlé tantôt.

Il est certain que la Santé publique de Québec ne quittera pas l'Hôpital Saint-François-d'Assise tant qu'elle n'aura pas vérifié que les lignes directrices sont complètement en place et que le taux d'infection, et le taux de complication, n'est pas revenu à la normale. Et encore une fois ayons un ton mesuré dans ce genre de situation là, parce que je vous garantis une chose: quel que soit le gouvernement en place au cours des prochaines années, les mêmes événements vont se reproduire. Ce qui est important, c'est d'intervenir précocement et donner le message constant au réseau qu'il faut appliquer les mesures de prévention et de traitement dès que les éclosions et les taux de complication sont notés.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. M. le député de Marquette.

Perspectives d'avenir pour le Centre hospitalier de Lachine

M. Ouimet: ...alors, M. le ministre, je vous salue, je salue l'ensemble de vos collaborateurs, les membres de cette commission parlementaire des deux côtés, M. le Président. J'aimerais parler, profiter de mon passage en Commission des affaires sociales pour parler du Centre hospitalier de Lachine et j'aimerais remercier le ministre pour sa collaboration constante depuis 2003, les interventions qu'il a faites pour aider le Centre hospitalier de Lachine dans ses difficultés.

Je salue également et je remercie à la fois M. le député de Marguerite-D'Youville et M. le député de La Peltrie...

● (15 h 50) ●

M. Drainville: Marie-Victorin.

M. Ouimet: ...Marie-Victorin, désolé, alors Marie-Victorin, pour cette motion conjointe que nous avons adoptée la semaine dernière, à l'Assemblée nationale, où

l'ensemble des députés dans le fond reconnaissent le rôle important que joue le Centre hospitalier de Lachine pour notamment les francophones, dans le secteur ouest de l'île de Montréal, mais l'importance également de voir les ambulances revenir à l'urgence de ce centre hospitalier, bien sûr dans la mesure où les autorités médicales trouvent qu'il est acceptable pour les ambulances d'y faire un retour. Et c'est mon souhait que ça se fasse le plus rapidement possible parce que la population bien sûr m'interpelle sur une base quotidienne concernant l'avenir de son centre hospitalier.

Je voudrais faire un peu l'historique du Centre hospitalier de Lachine non pas dans une perspective partisane, mais bien pour dresser les faits qui expliquent la situation dans laquelle on se retrouve, et puis par la suite ma question pour vous, M. le ministre, sera de savoir quelle est votre perspective d'avenir pour le Centre hospitalier de Lachine.

Tout allait bien à cet hôpital jusqu'en 1996, et, en 1996, on vit la fermeture d'un autre hôpital sur le même territoire, l'Hôpital général de Lachine. Et à l'époque, bon: contestation devant les tribunaux, Cour supérieure, Cour d'appel, mobilisation de la population sur le territoire de l'île de Montréal. Vous étiez de cette bataille-là, M. le Président, tout comme moi. Bref, l'Hôpital général de Lachine ferme quand même. Mais il y avait un engagement, vous vous en souviendrez, M. le Président, des autorités de la régie régionale de l'époque de faire en sorte qu'avec la fermeture de l'Hôpital général de Lachine on allait consolider et renforcer le Centre hospitalier de Lachine, qui était un hôpital voisin situé sur le même territoire, et qu'on allait y transférer à la fois les équipements, les équipes médicales, et bref on allait redonner une vigueur au Centre hospitalier de Lachine.

Entre 1996 et 2003, malheureusement, c'est l'époque des compressions budgétaires qui font très mal à cet hôpital-là. Nous sommes passés de 118 lits au permis, et le tout s'est détérioré au fil des années, pour... je pense qu'on est rendus à peu près à 38 lits... 35 ou 38 lits au permis. Départs massifs des médecins à la fois spécialistes, médecins omnipraticiens, personnel infirmier, de telle sorte qu'on commence à vivre des crises à répétition au niveau de ce centre hospitalier.

Je me rappelle d'être intervenu, dans un débat, à l'Assemblée nationale, pour éviter la fermeture de l'hôpital de jour du Centre hospitalier de Lachine. Les autorités de l'hôpital avaient décidé que, pour pouvoir répondre aux compressions budgétaires, il fallait fermer ce service-là, un hôpital de jour qui dans le fond répondait aux besoins des patients, des malades, surtout des personnes âgées. Et c'était Rémy Trudel qui était le ministre de la Santé à l'époque, qui ne nous donnait pas des réponses, mais qui non plus n'endossait pas la fermeture de l'hôpital de jour, de telle sorte qu'on était dans une drôle de situation: on était dans une situation, ni plus ni moins, où on ne savait pas ce qui allait advenir de l'hôpital de jour. Bref, 2003, l'hôpital de jour est là, survit.

Sauf qu'on fait face à un avis de la part de 12 médecins qui annoncent de façon formelle leur intention de quitter le Centre hospitalier de Lachine en indiquant qu'ils étaient à bout de souffle. Grâce à vos interventions, vous vous en rappelez, c'était à l'automne 2003, M. le ministre, on a une rencontre avec plusieurs de ces médecins, vos cabinets à Montréal. On réussit à convaincre six de

ces 12 médecins de rester et d'y demeurer, et puis, par la suite, on s'engage sur des perspectives de solution.

Sauf qu'il y a un courant qui émane de l'ancienne régie régionale de la santé qui propose un peu un plan de transformation du Centre hospitalier de Lachine pour faire en sorte, pour reprendre une expression populaire, que le centre allait devenir une clinique, une immense clinique médicale. La population s'inquiète. Les médecins s'inquiètent. Un comité de survie est mis sur pied, comité de survie qui se transforme en comité de relance avec les autorités politiques locales, avec des médecins, avec des représentantes et des représentants de la population qui décident d'y militer. Et je pense que c'est en 2006 où l'agence de Montréal prend la décision de détourner les ambulances de l'urgence, et là les appréhensions de la population commencent à se concrétiser.

De façon parallèle également, l'ancien directeur général du CSSS, M. Paul Perreault, travaille sur un rapport et il prétend que le rapport va donner un nouveau souffle à l'hôpital. Mais bref, lorsque le rapport est rendu public, là les appréhensions de la population se concrétisent davantage. Bref, levée de boucliers. Et vous intervenez, M. le ministre — et la population vous en remercie grandement — pour dire que, premièrement, vous faites appel à l'Université McGill pour faire l'analyse de la situation à l'urgence de l'hôpital, à savoir: Est-ce que l'hôpital a ce qu'il faut en termes d'effectif médical pour à nouveau recevoir les ambulances? Par la suite, le rapport vous est acheminé. Malheureusement pour nous, la réponse est négative.

Parallèlement, vous demandez également que le rapport déposé par l'ancien directeur général, Paul Perreault, soit soumis à l'analyse par les autorités de l'Université McGill et vous confiez un mandat au Dr Abraham Fuks, qui était l'ancien doyen de la faculté de médecine de l'Université McGill. Le Dr Fuks fait son travail, rencontre tout le monde, à la fois au niveau de l'hôpital de Lachine et du Centre hospitalier de Lasalle, et il dépose son rapport en 2007, début de l'année 2007, et le rapport reçoit à la fois l'adhésion de la population de Lachine, mais c'est une levée de boucliers au niveau des intervenants de Lasalle, à la fois les médecins, la population. Les autorités politiques s'élèvent contre le rapport Fuks, qui malheureusement... Je pense qu'on a de la difficulté à le mettre en application malgré les efforts du nouveau directeur général du CSSS, qui a été nommé récemment, M. Daniel Petit, qui fait des efforts importants de rapprochement entre à la fois les gens de Lasalle et les gens de Lachine, mais je pense qu'il a beaucoup de difficultés.

Alors, j'ai voulu vous brosser un portrait sommaire somme toute des péripéties du Centre hospitalier de Lachine, mais le malheur, c'est qu'il n'y a pas de solution qui pointe à l'horizon. L'espoir que faisait jaillir le rapport Fuks malheureusement semble être quelque peu anéanti par maintenant la levée de boucliers manifeste à la fois des médecins de l'hôpital de Lasalle.

Alors, devant ce contexte, devant ce scénario, devant cette situation, M. le ministre, moi, j'aimerais vous demander quelles sont les perspectives d'avenir pour le Centre hospitalier de Lachine à la lumière de tout ce qu'on a vécu. Vous, vous avez été témoin de certains événements depuis 2003 à 2007, mais, avant 2003, il y avait tout un historique, comme je le disais, de compressions budgétaires qui ont mené à des fermetures de lits, des

menaces de fermeture d'hôpital de jour. Bref, c'est un hôpital qui vit des moments très difficiles, avec de la difficulté à recruter des médecins à cause d'un statut qui est quelque peu précaire. Et, moi, je suis très heureux de la résolution que nous avons adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale. Mais, une fois la motion adoptée, comment est-ce que vous entrevoyez l'avenir de ce centre hospitalier?

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

● (16 heures) ●

M. Couillard: Bien, merci, M. le Président. Je voudrais saluer les efforts de mon collègue député de Marquette dans ce dossier, qui m'en a entretenu presque quotidiennement depuis 2003, ayant bien dressé l'historique des lieux. Je pense qu'il faut d'abord se rapporter à la résolution qui effectivement a été adoptée à l'unanimité ici, à l'Assemblée nationale, qui affirme plusieurs éléments dans un texte assez court, mais qui est assez riche en principe, c'est-à-dire que d'abord on soutient la mission hospitalière — et le mot «hospitalière» est important — incluant la chirurgie, les activités normales d'un hôpital pour le Centre hospitalier de Lachine.

Deuxièmement, on parle spécifiquement d'un problème qui est bien sûr important et à la fois symbolique, c'est-à-dire que, pour les citoyens, le fait de ne pas avoir d'ambulance à la porte de leur hôpital est un signe pour eux de dévitalisation de cet hôpital-là. C'est la raison pour laquelle on avait, sur cette question, demandé l'avis de la directrice des services professionnels du Centre hospitalier universitaire de McGill, qui, dans un rapport, a indiqué qu'il n'était pas à conseiller actuellement de préconiser un retour des ambulances, compte tenu des difficultés d'effectif, notamment sur le plan des soutiens des anesthésistes et autres personnes qui ont à intervenir lorsqu'il se produit une situation d'urgence. Il y a donc un enjeu de sécurité des patients, sécurité des soins qui doit être toujours pris en mémoire.

Donc, on va, et on a dit dans la résolution que, nous, nous voulons que les ambulances reviennent à Lachine lorsque les autorités compétentes en la matière auront statué que c'est possible de le faire, c'est-à-dire le Collège des médecins et/ou l'Hôpital universitaire de McGill et ses autorités médicales. D'ailleurs, récemment, dans une rencontre que nous avons eue avec des représentants de la coalition, certains d'entre eux, on a offert de refaire faire cet examen maintenant. Ils nous ont dit: Non, laissez-nous y réfléchir, on vous reviendra là-dessus, parce qu'évidemment on ne voudrait pas avoir une deuxième réponse négative, on aime mieux faire cet examen au moment où on est assez persuadés que le retour des ambulances va être autorisé.

Plus largement pour, je dirais, la revitalisation ou le maintien et la progression de ce centre hospitalier, je dirais qu'il y a deux éléments importants. D'abord, des signes d'accompagnement du gouvernement en termes d'investissement concret. Le député de Marquette se souvient qu'on a modernisé les salles d'opération, ce qui a permis à l'Hôpital de Lachine de devenir un des hôpitaux les plus performants au Québec, notamment dans la chirurgie de la cataracte qui se fait à l'intérieur des délais maintenant dans cet hôpital-là et à très haut volume. On a récemment également annoncé et confirmé l'achat et l'installation d'un appareil de résonance magnétique

nucléaire. Ce n'est pas un détail, c'est un appareil de haute technologie médicale qui a une vertu d'attraction et de rétention de médecins et qui envoie le signal suivant à la population de Lachine, que représente le député de Marquette: Pensez-vous que le gouvernement du Québec investirait dans une technologie semblable dans un hôpital dont il doute de l'avenir? Donc, c'est à la fois un geste de confiance et de soutien qui est posé envers l'établissement.

Pour la mission plus générale de l'établissement, il faut trouver une solution qui n'est pas une solution de crise qui se répète à chaque année et sur laquelle on applique une solution temporaire. Tout le monde sait qu'on ne fera pas tous les types de chirurgies ou de pratiques médicales au Centre hospitalier de Lachine, c'est un hôpital de communauté. D'ailleurs, c'est sa fierté de l'être et c'est comme ça que les citoyens s'identifient à cet hôpital-là. Donc, on ne fera pas de chirurgie majeure là, on va faire surtout de la chirurgie à haut volume, soit à court séjour, soit la chirurgie d'un jour, et ça va rendre beaucoup de services au réseau de santé, également la même chose lorsque les ambulances reviendront de façon sécuritaire pour permettre de diminuer le nombre de visites dans les grands centres hospitaliers voisins.

D'après nous, et d'ailleurs c'est ce que contenait le rapport Fuks dans des grandes lignes, la clé du succès se trouve dans la vocation académique et le lien avec le Centre hospitalier de l'Université McGill. Et là il y a également un lien avec les projets de construction d'hôpitaux. Lorsqu'on aménage le nouveau Centre hospitalier de l'Université McGill, on planifie ses activités cliniques non pas pour cette année, mais pour les cinq, 10, 15, 20 années prochaines en tenant compte du fait que beaucoup des actes médicaux qui sont actuellement faits dans les centres universitaires peuvent être déplacés dans les hôpitaux communautaires comme le Centre hospitalier de Lachine. Alors, il y a un énorme intérêt actuellement au Centre hospitalier universitaire de Lachine... de McGill, pardon, de se joindre en partenariat au Centre hospitalier de Lachine et d'utiliser les salles d'opération pour y réintroduire la chirurgie à plus haut volume, et là il y a un signal très important, parce que, si la chirurgie revient, c'est des anesthésistes, c'est des chirurgiens qui sont présents tous les jours dans l'hôpital. Ça, c'est pour les activités spécialisées.

La médecine de famille également pourrait être fortement bonifiée également avec une vocation académique d'enseignement de la médecine de famille. La médecine de famille, ça s'enseigne de façon plus efficace dans un hôpital communautaire comme Lachine que dans un grand centre universitaire où on a un peu une vision déformée de ce que sont les besoins de santé courants des patients ou des citoyens qu'on va voir dans notre carrière médicale. Alors, la formation d'un groupe de médecine de famille est encouragée. Je suis certain que le député de Marquette continue à essayer de mobiliser les médecins pour soumettre un projet de ce type-là. Le déplacement d'une partie de l'enseignement de la médecine de famille du Centre hospitalier de l'Université McGill à l'Hôpital de Lachine est également à mon avis essentiel.

Alors, ce que nous faisons actuellement, nous faisons un dernier tour de piste avec l'établissement. C'est toujours un peu une source de peine pour moi de voir qu'il est difficile pour des équipes de travailler ensemble. J'ai mis énormément d'énergie depuis 2003 à

unir les gens et intégrer leurs activités, et, lorsqu'on constate que des équipes ont de la difficulté à vivre ensemble et à collaborer, c'est toujours avec un certain regret qu'on fait ce constat. Actuellement, le débat se fait autour du rapport Fuks, que le député connaît très bien. On sait que la communauté médicale de Lachine a endossé avec un degré d'enthousiasme assez important ce rapport-là, alors que la communauté médicale de Lasalle, elle, ne le voit pas du même oeil, et ils l'ont affirmé encore récemment.

Alors, actuellement, nous n'éliminons aucune hypothèse en termes d'organisation administrative, incluant celle de redonner de l'autonomie au Centre hospitalier de Lachine d'une façon quelconque. Cependant, on veut encore faire le tour de la question assez rapidement avec le directeur général, avec nos équipes qui sont là. On ne mettra pas d'autre groupe de travail, d'autre comité, d'autre rapport. Je pense qu'on en a fait assez de ce côté-là. Il faut prendre une décision qui va être une décision, à ce moment-là, qui va, je l'espère, refermer le débat, sachant d'avance que ce type de situation là qui est beaucoup de choses, mais également un conflit d'équipes médicales, et Dieu sait que, par rapport aux conflits de l'Assemblée nationale, les conflits d'équipes médicales ne sont pas nécessairement plus doux en termes de ton et d'action, en sachant fort bien que la solution qu'on apportera, parce que c'est notre rôle d'arbitrer cette situation-là, ne fera nécessairement pas l'unanimité, mais, nous l'espérons, qu'elle dégagera un consensus suffisant au niveau des équipes médicales respectives et surtout un signal très fort à la population de Lachine, que le député représente, que, oui, il y a un hôpital, un centre hospitalier qui va, j'allais dire «renaître», mais le mot est trop fort parce qu'il y a un centre hospitalier qui existe actuellement, mais qui va progresser et reprendre l'ensemble de ses activités normales, et on est très commis à ça et on veut que ça se réalise. Et, comme je l'ai dit tantôt, on n'élimine aucune hypothèse.

Et on sait que la question de l'identité, d'ailleurs le collègue de la deuxième opposition a apporté l'élément également de la population francophone qui est desservie par ce centre hospitalier là, on prend ça en considération également. Malgré que je répugne toujours à faire des barrières linguistiques dans l'organisation des soins de santé, et ce n'est jamais l'orientation qu'on va prendre, il n'en reste pas moins que, pour la partie de la population francophone de l'Ouest-de-l'Île, il y a là un élément d'identification, un élément qui augmente encore plus le statut communautaire du centre hospitalier dans leur esprit. Alors, on tient compte de cet élément-là.

Idéalement, dans la vie, ce qu'on souhaiterait, c'est que les gens s'entendent ensemble, qu'ils trouvent une façon de collaborer et de faire progresser leurs deux institutions. Ce n'est pas vrai qu'une doit progresser aux dépens de l'autre. Il y a toujours moyen de progresser ensemble et d'être plus forts ensemble. C'est quelque chose auquel je crois profondément. Bon, si on se rend compte que la nature humaine fait en sorte que ce n'est pas possible de le faire, on trouvera une autre solution, on l'appliquera, on l'annoncera et on témoignera encore une fois, de façon très concrète, notre volonté de conserver les activités exactement dans l'esprit de la résolution adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale.

D'ailleurs, je salue le travail des collègues qui ont travaillé ensemble: le député de La Peltrie, le député

de Marie-Victorin et le député de Marquette bien sûr, pour arriver à une formulation qui finalement introduit dans la résolution un élément que je trouvais essentiel, qui est l'élément de la sécurité des soins et de la responsabilité quant au retour éventuel des ambulances, pour bien cadrer cet élément dans le débat.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. Oui, M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Est-ce qu'il est possible de demander le consentement des membres de la commission pour pouvoir poser une seule question sur ce thème-là, quitte à me l'enlever sur mon prochain bloc, ou est-ce que...

Le Président (M. Kelley): Tout est possible par consentement. Est-ce qu'il y a objection s'il pose une question complémentaire?

Une voix: Dans la mesure où c'est...

M. Drainville: C'est une question.

Le Président (M. Kelley): Oui, exactement, on va avoir enlevé ça. Alors, ça va être calculé.

M. Drainville: Puis vous allez... tout à l'heure.

Le Président (M. Kelley): Alors, question complémentaire, M. le député de Marie-Victorin, et, tout de suite après, je vais revenir à M. le député de La Peltrie.

M. Drainville: Oui. M. le ministre l'a évoqué, puis j'étais très content qu'il le fasse, l'élément francophone là-dedans. On est d'accord sur le principe qu'il n'y a pas d'hôpitaux francophones ou d'hôpitaux anglophones, on s'entend là-dessus. En même temps... j'ai habité pendant presque 10 ans en milieu minoritaire, j'ai fait mes études en Ontario, j'ai travaillé un peu partout, j'ai oeuvré auprès des groupes de défense des droits des communautés minoritaires francophones en Ontario et ailleurs, et je pense que c'est vraiment très, très, très important, M. le ministre, que vous réalisiez, puis dans le fond vos propos indiquent que vous l'avez déjà réalisé, mais je ne peux pas ne pas souligner le fait à quel point c'est important pour une communauté francophone comme celle de Lachine, et autour aussi, parce qu'il y a des francophones aussi de Vaudreuil-Soulanges, il y a des... toute la francophonie, en fait les milieux francophones du West Island, il y en a beaucoup qui s'identifient à cet hôpital-là. Et je vous le dis, je retrouve dans cette identification-là ce que je sentais parfois quand j'étais en milieu minoritaire en Ontario ou parmi les Franco-Manitobains, et je vous dis qu'il y a le sentiment qu'on est dans un îlot où on est minoritaire, et cet hôpital-là est un symbole, ils sont effectivement très, très, très attachés à cet hôpital-là. Et j'ai l'impression de vivre un peu, d'entendre un peu ce que j'entendais dans le temps de la part des francophones de la région d'Ottawa, ou de la région de Sudbury, ou de la région de Windsor, ou de la région de Saint-Boniface, et j'espère que vous allez, même si ça ne peut pas être une politique publique, officielle, que vous allez quand même en faire un critère important des décisions à venir.

C'est important pour la communauté francophone du West Island de garder cet hôpital-là. C'est important.

Le fonctionnement de l'hôpital, me dit-on, se fait encore en français. Ça aussi, ça se sent. Quand tu arrives dans un hôpital, quand le fonctionnement de l'hôpital se fait en français, tu le sens, tu te sens chez toi comme francophone. Et ça me tient tellement à coeur, j'ai tellement vu de batailles de la part des Franco-Ontariens puis des Franco-Manitobains qui se sont battus pour garder leurs hôpitaux et leurs institutions de façon générale. S'il vous plaît, prenez ça en considération, c'est trop important. Surtout quand on regarde l'évolution des courbes démographiques actuellement, quand on regarde l'évolution de la situation des francophones sur l'île de Montréal, ça va devenir de plus en plus important que les institutions scolaires, hospitalières... qu'on sente, dans ces institutions-là, une forte présence française, une forte présence de la langue française. L'âme francophone, c'est important pour l'avenir, M. le ministre.

● (16 h 10) ●

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

M. Couillard: Je dirais que, oui, on en tient compte mais en mettant de l'emphase sur l'aspect communautaire de l'identification de l'hôpital. Je suis très prudent, puis je suis content que le député l'ait dit dans son introduction, il ne faut surtout pas retomber dans les ornières de classer les institutions de santé au Québec selon qu'elles soient anglophones ou francophones. D'ailleurs, la preuve, c'est que le médecin du Centre hospitalier universitaire de McGill qui a fait l'évaluation pour les ambulances, c'est une médecin francophone. Si on va à l'Hôpital de Montréal pour enfants, on entend beaucoup de français, puis les gens travaillent en français, sont soignés en français, même chose dans les deux hôpitaux, puis je rencontre régulièrement des gens de toutes les provenances politiques au Québec qui sont traités dans les hôpitaux de McGill sans aucun problème. Je sais que c'est ce que pense également le député. Mais on va certainement tenir compte de cet aspect-là. On va en tenir compte. Lorsque je dis qu'on a conscience, en partie et surtout grâce aux efforts de communication à mon endroit que le député de Marquette a faits, de l'importance de l'identification de la population à son hôpital, c'est certain que l'aspect de la langue entre en considération, on ne l'écarte pas. Mais on ne prendra pas de décision uniquement basée sur cette question-là, mais on va l'intégrer dans notre prise de décision. D'ailleurs, c'est une région que je connais bien également, mon frère ayant été voisin du député de Marquette pendant plusieurs années, alors je sais également que les communautés s'entendent très bien dans cette région-là, les communautés de toute provenance.

On m'annonce également une bonne nouvelle, là. Au cours des prochains... j'allais dire des prochaines heures, mais disons les prochains jours pour être plus prudent, les équipes de l'Université McGill vont aller visiter à nouveau les salles d'opération de l'hôpital. Ils ont une nette intention d'utiliser, de façon beaucoup plus intensive, le plateau technique des salles d'opération. C'est vraiment important. Le jour où on voit des chirurgiens en habit vert, tous les jours, qui opèrent des malades, avec des anesthésistes, il y a un signal très fort quant à la vie de cet hôpital-là. Puis le fait d'y avoir un

appareil de résonance magnétique, d'avoir des projets autres également, tout ça va faire en sorte qu'on va en faire un succès.

M. Ouimet: Il reste 60 secondes sur le temps des ministériels, là, juste pour indiquer...

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

M. Ouimet: Et, sans remettre en question la motion que nous avons adoptée, je ne suis pas sûr que j'adhère à la description faite par le député de Marie-Victorin sur l'îlot francophone dans une mer anglophone dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal. Pour y habiter, pour être de la région — et je sais que vous-même, M. le Président — je ne partage pas tout à fait la description que vous en faites. Je ne pense pas que le comparatif, là, que les gens pourraient bien s'y identifier, là. Mais ça... en tout cas, c'est ma perception, c'est mon opinion. Je tenais à le dire. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le député de Marquette. Je suis prêt maintenant à céder la parole à M. le député de La Prairie... de La Peltre.

M. Caire: Vous venez de me faire faire un bout de chemin, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Oui.

Investissements dans les installations sanitaires des hôpitaux pour lutter contre les infections nosocomiales

M. Caire: M. le Président, j'aimerais revenir sur le sujet qu'on a abordé d'entrée de jeu, les infections nosocomiales. Il y a certaines mises au point que j'aimerais faire par rapport aux interventions du ministre.

D'abord, on est tout à fait conscient qu'il n'y a pas une seule réponse à un problème comme celui-là, et je veux simplement rassurer le ministre sur le fait que, oui, on va étudier les solutions une par une, mais on est conscient que ça prend un ensemble de solutions pour endiguer le problème parce qu'on est aussi conscient que les infections nosocomiales, ce n'est pas quelque chose qui est propre aux hôpitaux du Québec — je trouve quelque chose d'un peu paradoxal à dire «propre aux hôpitaux du Québec» — mais que c'est à travers le monde. Par contre, il m'apparaît, dans le ton du ministre, qu'il y avait un fatalisme qui m'inquiète un peu et qui est un peu en contradiction aussi avec le discours qu'il avait au lendemain de sa nomination... de sa renomination comme ministre de la Santé, où il avait un discours beaucoup plus virulent, plus incisif puis plus rassurant aussi, M. le... Oui, pour un chirurgien, c'est bon d'avoir un discours incisif.

Le Président (M. Kelley): ...moi, je ne le sais pas, en tout cas.

M. Caire: Quand on parle d'infections... Mais là on se lance dans les jeux de mots, M. le Président. Mais toujours est-il que, parce que c'est un sujet qui est important, c'est un sujet qui est extrêmement préoccupant pour les

patients du Québec, je pense que le ton qu'il a adopté dans son premier discours lorsqu'il a été renommé, reconfirmé ministre de la Santé est beaucoup plus de nature à rassurer la population du Québec que ce que j'ai entendu tout à l'heure, qui m'apparaissait un peu fataliste.

Ceci étant dit, je veux revenir sur les quelques mesures qui ont été mises en place. Effectivement, sur la lutte contre les infections nosocomiales, particulièrement le C. difficile, on l'a dit, des mesures d'hygiène importantes sont à prévoir. Le ministre l'a confirmé, et je voulais l'entendre de sa bouche, parce qu'effectivement on a lu le rapport Aucoin, mais je voulais l'entendre de sa bouche, on sait que c'est au moins 40 millions, et c'est au moins 40 millions, là, c'est des estimations assez conservatrices, qui sont dépensés pour réagir à ces infections-là qu'on contracte à l'hôpital. Et donc c'est d'autant d'économies qu'on fait lorsqu'on est capable de diminuer le taux d'infection.

Donc, dans les mesures qui ont été envisagées, ciblées par le ministère: l'hygiène, le lavage des mains, le ministre a parlé d'installer des lavabos, effectivement rendre plus disponibles. Est-ce qu'il y a des sommes qui sont allouées à ça? Est-ce qu'il y a des échéanciers? Est-ce que les hôpitaux vont être supervisés dans la mise en place de ces mesures-là qui sont extrêmement importantes, urgentes et pour lesquelles on ne peut pas tolérer le laxisme?

Est-ce qu'il va y avoir aussi des mesures pour faire en sorte que le personnel soignant ait une discipline extrêmement rigoureuse quant aux mesures d'hygiène à adopter? Parce que, M. le Président, j'ai entendu de la part de patients qui ont été infectés par une bactérie C. difficile, j'ai entendu des histoires d'horreur, là, des médecins qui se promenaient de chambre en chambre qui ne se lavaient pas les mains, qui, à mains nues, inspectaient ou vérifiaient des plaies. Puis je suis convaincu que le ministre a entendu les mêmes histoires d'horreur, et je suis convaincu d'ailleurs que ça le désole autant que ça peut nous désoler. Mais est-ce qu'il est possible d'avoir des mesures qui vont faire en sorte que ces pratiques-là cessent, que le personnel soignant, médecins, infirmiers, auxiliaires, soit conscientisé?

Autre mesure, M. le Président, qui nous apparaît importante, c'est le réaménagement des lieux communs. Le ministre l'a mentionné dans une allocution, évidemment les salles de bain, ça peut sembler un peu ridicule, mais les salles de bain sont un lieu d'infection et de transmission important, et, dans ce sens-là, les chambres semi-privées posent problème, les unités de débordement où on a plusieurs lits pour une seule salle de bain posent problème. Ce sont des lieux d'infection potentielle à haut risque. Alors, est-ce que, là aussi, il y a des mesures qu'on met en place? Est-ce qu'il y a des sommes qui sont allouées pour aider les hôpitaux à se réorganiser de cette façon-là pour contrer ces infections-là qui sont extrêmement coûteuses et pour lesquelles on a tout intérêt non seulement en termes d'argent, mais surtout, et surtout, M. le Président, surtout avec ce qu'on apprend de Saint-François-d'Assise, en termes de vie humaine et de confort de nos patients?

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

M. Couillard: Bien, merci, M. le Président, je trouve que c'est intéressant la façon dont le député aborde la question. Je voudrais lui signaler l'existence du plan d'action, je ne sais pas s'il l'a consulté. Je mentionne que

le Québec à ma connaissance est une des rares ou sinon la seule province canadienne qui a un plan d'action sur cette question, puis on pourra faire le tour, mais ce n'est pas fréquent de le voir. Il est disponible pour les citoyens et les intervenants du réseau de la santé.

Je donne quelques exemples qui touchent spécifiquement les éléments que le député a mentionnés. Lorsqu'on a initié le premier bloc de 20 millions de budget, c'était spécifiquement pour faire des aménagements, des installations sanitaires, des locaux d'utilité, comme on appelle dans le jargon des étages, où on met le linge sale qui doit être à distance du linge souillé, par exemple, et tout ce genre de travaux là.

● (16 h 20) ●

On le sait, on l'a annoncé il y a quelques jours, que les budgets de maintien d'actif par rapport à 2003 ont été progressivement augmentés par six au Québec, passant de 40 à 250 millions de dollars annuellement. Ce sont des budgets qui se répètent à chaque année, et de la même façon lorsqu'on a annoncé la rénovation des CHSLD pour 725 millions, on a décidé qu'on le faisait de façon prioritaire pour mettre en place des outils qui visent à lutter contre les infections nosocomiales. C'est pour ça qu'on se souvient que, lorsqu'on a parlé des CHSLD, notre but est d'éliminer des chambres à plus de deux. Entre un et deux... la littérature n'est pas encore tout à fait claire, mais plus de deux, on a des problèmes. Il y a encore des CHSLD, là, peut-être que le député en connaît, qui ont encore trois ou quatre patients dans la même chambre. On va éliminer ça. Les deux grands hôpitaux de Montréal qui vont être construits — c'est important de le dire — c'est des chambres privées. Pourquoi c'est important? Parce que plus le taux de complexité des malades qui sont traités dans un hôpital est élevé, plus le risque d'infections nosocomiales est également élevé.

Pour ce qui est du lavage des mains, je dois vous dire qu'il y a des centres hospitaliers qui ont mis en place des gardiens de sécurité sur les étages pour surveiller le personnel, y compris le personnel médical. Lorsque le député de La Peltre est allé visiter les centres hospitaliers, des personnes de sa famille ou pour faire des visites à titre de critique de l'opposition, il a certainement souvent vu l'accueil avec la station de lavage des mains pour le personnel et les visiteurs. Donc, on met énormément d'emphasis là-dessus. Et je suis content que le député remette, je dirais, l'importance... rappelle l'importance du lavage des mains. Moi, je me souviens quand j'en ai parlé au début, de la difficulté qu'on avait en 2003-2004, les gens ont trouvé ça un peu... à la limite ridicule. J'ai même eu droit à une belle caricature de M. Chapleau qui disait que tout ce qu'il faut, c'est se laver les mains. Bien, effectivement, c'est la méthode de prévention la plus efficace.

Mais il ne faut pas oublier l'autre — puis dans celles qu'a notées le député, je suis entièrement d'accord, elles sont toutes importantes, ces mesures-là — mais la surveillance de l'utilisation des antibiotiques. Il y a des guides qui ont été publiés par le Conseil du médicament pour les antibiotiques prescrits à l'extérieur de l'hôpital et également ceux qui sont prescrits à l'intérieur de l'hôpital, parce que maintenant on sait, avec les articles scientifiques qui sont disponibles, que les classes d'antibiotiques sont plus en rapport avec l'apparition d'une infection au C. difficile. Il faut donc autant que possible éviter d'utiliser ces antibiotiques-là et en restreindre l'utilisation.

Je rappelle encore une fois, parce que c'est très significatif, l'expérience des centres comme le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke dont la grande partie de la réussite s'explique par la réduction importante du taux d'utilisation d'antibiotiques. Il ne faut jamais laisser ce coin-là dans l'ombre, il faut toujours le ramener parce que c'est directement lié à la pratique médicale, et c'est un enjeu qui est étroitement lié.

Si on regarde la situation panquébécoise actuellement, on peut dire que, malgré l'hiver difficile qu'on a eu avec la gastroentérite et l'influenza, on craignait, compte tenu de la gastroentérite, d'avoir une augmentation importante des taux par colonisation de patients qui ont des problèmes digestifs. Il y a eu une très légère augmentation hivernale, sans plus. Alors, là-dessus, je crois que les méthodes de lutte ont quand même eu un impact.

Lorsque j'ai fait les remarques que j'ai faites tantôt, je comprends que ce n'est pas facile pour le citoyen, puis il faut garder un équilibre dans le discours. Il faut d'un côté indiquer une attitude déterminée de lutte constante contre ce problème d'infections nosocomiales, ce que nous faisons sans arrêt, 365 jours par année, dans tous les hôpitaux du Québec. De l'autre côté, il faut réaliser que, pour beaucoup de citoyens, toute cette notion-là est nouvelle. Pour beaucoup de citoyens, ça n'arrive pas, ça ne peut pas arriver, d'avoir une infection nosocomiale dans un hôpital. Alors, il y a toujours un peu de pédagogie à faire. Ce n'est pas de la pédagogie facile parce que la chose facile à faire, c'est de dire: Ça ne se peut pas, il ne faut pas qu'il y en ait. On sait que ce n'est pas le cas. Puis je félicite le député de l'avoir mentionné.

Donc, il faut toujours ramener ça comme étant un élément malheureusement qui fait partie du décor des soins de santé modernes et qui va le faire au cours des prochaines années, mais parallèlement d'indiquer les efforts qui sont faits, les efforts de surveillance et de lutte contre ces infections-là. Les deux doivent toujours être dans le discours. Si j'ai mal fait l'équilibre dans mes premières remarques, ça me permet de le rétablir, mais les deux éléments doivent toujours être là parce que... Pour monsieur et madame qui écoutent les nouvelles le soir, c'est souvent la première fois qu'ils entendent parler, moins maintenant parce qu'on en parle plus souvent, mais que c'est possible de rentrer à l'hôpital avec un problème x puis d'attraper une infection due à l'environnement hospitalier et à la maladie, parce qu'il ne faut pas oublier, M. le Président, que la grande majorité des personnes atteintes par la C. difficile sont des personnes malheureusement très âgées, affaiblies, dont le système immunitaire est atteint pour d'autres raisons.

Il faut également toujours rappeler, et ça, c'est important de le faire, que, malgré... même à Saint-François avec l'éclosion qui maintenant semble être sous contrôle, il n'y a aucune raison de retarder ou de reporter une visite à l'hôpital pour un traitement. Il faut le répéter, ça. Même en période d'éclosion, le risque pour une personne qui n'est pas affaiblie, qui est en condition générale satisfaisante, d'attraper la bactérie est extrêmement faible, et c'est plus dangereux de retarder un traitement que d'aller à l'hôpital même en période d'infection ou d'éclosion.

Alors, ce qu'on indique dans le communiqué de Saint-François, parce que c'est certainement une situation qui est alarmante et sur laquelle on va garder une surveillance constante, c'est qu'il semble que, depuis le

début de la présente période, le nombre de cas ait fortement diminué. On va attendre les deux, trois, quatre prochaines périodes pour voir si la tendance se maintient. On semble avoir mis le contrôle sur la situation.

Maintenant, ce qu'il faut savoir à l'intérieur de l'établissement, c'est: Pourquoi c'est arrivé? Ce qui semble être arrivé également, c'est que ce n'est pas le nombre de cas lui-même qui a augmenté. Parce que, par rapport à l'an dernier, le nombre de cas est à peu près le même; c'est la sévérité des cas puis le nombre de complications qui ont augmenté, ce qui laisse soupçonner la présence d'une souche très virulente. Alors ça, ça va prendre quelques semaines pour que les analyses de Santé publique se fassent pour nous donner la réponse sur cette question-là.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltre.

M. Caire: Merci, M. le Président. Je vais mélanger deux questions, M. le Président. La première. On a soulevé à quelques reprises le fait que le personnel hospitalier circulait en dehors des lieux de travail avec leurs uniformes, notamment pour retourner à la maison, et évidemment pour se rendre au travail. On me disait qu'à l'époque c'est quelque chose qui ne se faisait pas, qu'on prenait l'uniforme à l'hôpital et qu'on laissait l'uniforme à l'hôpital, qu'il était nettoyé et propre pour le lendemain. Est-ce que le ministre peut nous expliquer pourquoi cette situation-là a changé?

Exclusion des infections causées par la bactérie *Clostridium difficile* des maladies à déclaration obligatoire

Et autre question, parce que le temps me bouscule, malheureusement, autre question, M. le Président. Dans notre recherche sur le sujet, on a cherché à voir les maladies à déclaration obligatoire et on a constaté que le C. difficile n'en faisait pas partie. Quand on a téléphoné au ministère pour savoir pourquoi, le service de recherche a été transféré à un attaché politique du ministre. Alors, je veux juste laisser l'occasion au ministre, là, de nous expliquer le pourquoi de cette situation-là qu'on ne comprend pas, là.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. C'est très utile de faire ce rappel-là parce que ça a été mentionné au cours des derniers mois, à plusieurs reprises. Actuellement, la recommandation des autorités de Santé publique est de ne pas utiliser le programme de maladies à déclaration obligatoire pour le C. difficile. Pourquoi? Essentiellement parce que le programme de surveillance qui est en place est supérieur au programme de déclaration obligatoire, pour plusieurs raisons.

D'abord, c'est que le programme de maladies à déclaration obligatoire est applicable surtout dans les situations de maladies qui apparaissent dans la communauté, lorsqu'on parle d'infections, et sur lesquelles il faut faire des enquêtes sur les contacts: un tel a passé la maladie à un tel puis un tel, etc., dans la communauté, alors qu'ici on a affaire à une infection qui naît en milieu hospitalier, donc dans un critère ou dans un domaine tellement

différent. Deuxièmement, le secret de Polichinelle qui entoure la question des maladies à déclaration obligatoire, c'est que, même avec le règlement, on estime que le taux de compliance, c'est-à-dire le taux de rapport effectif des cas est inférieur à 50 % de la part des médecins. Alors, un, ce n'est pas le bon outil parce que ce n'est pas le bon problème pour lequel c'est efficace, puis, deux, ça ne fonctionnera pas et c'est inférieur en fait... le directeur de la Santé publique a même dit que c'était deux à trois fois supérieur d'avoir notre système de surveillance des laboratoires des hôpitaux que d'utiliser la mécanique de la déclaration obligatoire, d'autant plus que tous les cas doivent être rapportés. C'est une forme de déclaration obligatoire pour les hôpitaux: tous les cas d'analyse positive avec manifestations cliniques doivent être rapportés. Alors, évidemment, là-dessus, on se fie aux recommandations de nos autorités de Santé publique.

Et j'engage et j'invite... d'ailleurs, on l'avait fait pour d'autres personnes... si le député veut rencontrer le directeur national de Santé publique pour avoir une explication scientifique sur la question, tout à fait disposé à organiser cette rencontre-là. C'est très important. Parce que ce n'est pas comme si on ne voulait pas faire quelque chose qui marche mieux, c'est que ce qu'on fait marche mieux que ce qui est proposé. Et je pense que c'est important de le rappeler, et encore une fois on est tout à fait disposé à organiser une rencontre avec le député et ses collègues autour de lui, s'ils veulent discuter de cette question-là en profondeur.

D'ailleurs, le Dr Poirier, directeur de Santé publique, fait exceptionnel, était intervenu en pleine campagne électorale sur la question, jugeant qu'il était important de rappeler la situation ou de rétablir la situation. Il pourra se référer au début de la campagne, il y avait eu une communication du Parti québécois sur cette question des maladies à déclaration obligatoire, puis malheureusement le directeur national de Santé publique avait été obligé, étant interpellé dans ses responsabilités, de faire une déclaration qui avait rapidement balayé cette histoire-là et l'avait remise dans son contexte.

Alors, ce que je suggère au député de faire, s'il le désire, d'entrer en contact avec mon cabinet, on organisera pour lui un briefing de la Santé publique sur cette option: Pourquoi elle n'est pas recommandée par eux actuellement? Si, dans un an ou deux, pour des raisons qu'on verra à l'époque, la Direction de la santé publique faisait une recommandation autre, elle sera, bien sûr, immédiatement appliquée.

● (16 h 30) ●

Le Président (M. Kelley): Une dernière question, M. le député de La Peltre.

Réglementation sur le port des uniformes par le personnel hospitalier en dehors des lieux de travail

M. Caire: Oui, M. le Président. Bien, j'avais posé au ministre une question concernant l'uniforme qui nous apparaissait être aussi une situation problématique et, avec votre permission, je vais demander la même dérogation que mes deux collègues pour avoir l'occasion de poser une question supplémentaire, parce que je voudrais laisser quand même quelques minutes au ministre pour qu'il puisse répondre à cette question-là d'abord.

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

M. Couillard: Bien, effectivement, M. le Président, c'est regrettable comme pratique, et je pense qu'on va devoir mettre un peu plus d'emphasis quant au contrôle, j'irais presque à dire disciplinaire de cette question-là, là, non pas que ça ait eu un impact directement pour le C. difficile, probablement pas, pour d'autres types de situation d'infection. Moi aussi, on me rapporte régulièrement, puis je le vois, des employés d'hôpitaux quittant l'établissement avec parfois leurs habits de salle d'opération pour aller au restaurant qui reviennent dans l'hôpital. Ce n'est pas correct, et on va... Je remercie le député d'avoir soulevé ça. On va s'assurer d'avoir une réponse plus précise et plus insistante sur cette question-là.

Maintenant, c'est une erreur de penser que c'est un facteur déterminant. C'est un facteur qui peut contribuer. Mais, comme il est visible pour les citoyens également et que ça vient souvent de la part des citoyens, ces remarques-là, je pense qu'il y a lieu de rappeler ces politiques-là à la population, et on le fera.

Le Président (M. Kelley): Une dernière question?

Intentions concernant un programme de compensation des victimes d'infections nosocomiales

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Bien, j'espère que le ministre nous tiendra informés, là, des démarches qu'il va entreprendre à ce sujet-là, parce qu'on est interpellés et on se sent extrêmement concernés par ça au niveau de l'opposition officielle.

Dernière question, M. le Président. J'ai rencontré plusieurs victimes d'infections nosocomiales, plusieurs victimes qui ont gardé des séquelles, séquelles graves de ces infections-là, et je voulais savoir si le ministre avait envisagé un programme pour que les victimes soient dédommagées au même titre que les victimes d'hépatite ou de d'autres types d'infections, parce que, pour plusieurs d'entre elles, les séquelles sont importantes et c'est leur qualité de vie qui est gravement hypothéquée.

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

M. Couillard: Oui, cette question est revenue à plusieurs reprises. Et d'ailleurs le président de l'Association des victimes d'infections, le Dr Besson, a participé aux travaux, si ma mémoire est fidèle, du groupe Aucoin, donc a été associé à notre plan d'action, qu'il a d'ailleurs salué comme étant essentiellement la bonne politique dans la bonne direction.

Le problème avec un programme semblable, c'est que ça nous met exactement dans le cadre de ce qu'on appelle les accidents évitables et non évitables, c'est-à-dire qu'on sait que, partout dans le monde, une personne sur 10, pendant une hospitalisation, va présenter une forme quelconque d'infection nosocomiale. Je rassure les gens qui nous écoutent, ce n'est pas toutes des formes graves, là, comme ce qu'on a vu à Saint-François au cours des dernières semaines, mais ils vont présenter une forme quelconque de colonisation bactérienne qu'on rencontre dans les hôpitaux.

À partir du moment où ceci est un phénomène connu, comment fait-on pour départager ce qui est une

conséquence malheureusement parfois inévitable des situations médicales dans lesquelles les gens sont de situations où ça ne l'est pas? On ne peut pas le faire de façon statistique. On ne peut pas dire: Comme c'est un sur 10, tous ceux qui sont en haut de un sur 10 vont être compensés, puis lesquels on compense par rapport au premier? Ce n'est pas chronologique, cette chose-là. On ne pourra pas le faire. Donc, c'est assez délicat, et je ne pense pas que ce soit une réponse adéquate à une situation semblable, parce qu'il faudrait faire la même chose pour les erreurs médicales, les complications.

Une complication se divise en complications évitables ou inévitables. Je donne un exemple concret, malheureusement très concret de ce qu'on voit souvent dans les cas d'infection à C. difficile. Si vous avez une personne âgée qui a un état avancé de cancer avec une infection pulmonaire puis qui est mise sous antibiotiques, puis qu'elle développe une infection au C. difficile et que malheureusement elle présente des complications, c'est assez compliqué de départager les responsabilités là-dedans. Alors, moi, personnellement, je ne préconise pas ça actuellement. Ce serait très difficile et ça nous entraînerait dans des débats interminables quant à déterminer ce qui est l'évitable et le non-évitable.

Je pense que ce qu'il faut faire cependant, c'est informer les gens. Et, moi, ce que j'ai aimé voir au cours des dernières semaines, et on réaffirme notre désir de lutter fortement contre ce problème d'infections nosocomiales et d'informer la population, malgré la situation dramatique à Saint-François pour les patients qui en ont été victimes, le fait que l'hôpital soit sorti publiquement de façon spontanée pour parler à la population, informer les familles. Récemment, on a eu un autre établissement qui l'a fait. On a vu d'ailleurs, au cours de l'enquête du coroner sur le cas de l'Hôpital Honoré-Mercier, la nouvelle équipe de direction qui avait une attitude totalement différente et très proactive de communication avec les gens. On a eu un autre épisode récent, dont malheureusement j'ignore les détails, où les gens avaient affiché à l'entrée de l'hôpital qu'il y avait un problème d'infection à tel étage. Et je pense qu'il faut faire ça, il faut informer la population. Ça m'apparaît également, je dirais, au moins aussi important que les questions de compensation qui à mon avis nous entraînent dans des débats d'une très grande complexité.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin.

Mécanisme de garantie d'accès à des interventions chirurgicales ciblées (suite)

Prochaines chirurgies prioritaires

M. Drainville: Merci, M. le Président. M. le ministre, après la hanche, la cataracte et le genou, quelles sont les prochaines chirurgies auxquelles vous allez étendre la garantie d'accès?

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

M. Couillard: Alors, ceci n'est pas déterminé encore, et ça me permet de rappeler certains principes qui sont importants.

La garantie d'accès est d'abord introduite pour trois chirurgies. Pourquoi avons-nous choisi ces

trois chirurgies? Les gens nous demandent souvent cette question: Pourquoi avoir choisi ces trois chirurgies plutôt que d'autres? Parce que d'une part elles sont associées aux changements démographiques, au vieillissement de la population, les trois, donc il y a une pression de demande de soins qui est importante. D'autre part, elles figurent dans les objectifs communs que les ministres de la Santé fédéraux et provinciaux s'étaient donnés en termes des secteurs prioritaires. Même si le Québec a ses propres priorités, il n'en reste pas moins que, de façon automatique, quand on fait une analyse des choses, on en arrive aux mêmes priorités, et qu'il faut d'abord apprendre à faire fonctionner cet outil-là pour l'étendre à d'autres éléments.

Il n'est pas dit que les prochaines étapes seront nécessairement des chirurgies. On pourrait, par exemple, utiliser le cas de l'imagerie parce qu'on sait que, dans la chaîne d'accessibilité, l'accès à l'imagerie, par exemple, par résonance magnétique ou CT scan, c'est souvent problématique, et ça fait partie du délai complet, total par lequel un patient doit passer pour obtenir ses soins. Alors, on pourrait décider de prendre une procédure diagnostique ou un autre type de chirurgie, effectivement. On n'a pas encore fait cette analyse-là parce qu'on veut d'abord vérifier que ça fonctionne, la question de la gestion de l'accès et de l'amélioration des listes d'attente. J'ai l'impression, comme je le disais récemment, qu'on va probablement évoluer, dans une vitesse que j'espère la plus rapide possible, vers le fait de déterminer que c'est un délai raisonnable de six mois pour l'ensemble des chirurgies qu'on veut obtenir, autant les chirurgies avec hospitalisation que les chirurgies d'un jour, avec bien sûr toujours le fait de rappeler à la population que les cas urgents sont toujours opérés immédiatement au moment requis. Mais les cas électifs non urgents, comme l'a fait la Grande-Bretagne, je pense que l'avenue qu'on suivra, c'est probablement aller vers un délai de six mois pour l'ensemble des chirurgies.

Je rappelle, en terminant, aux collègues qu'il n'y a pas de correspondance automatique entre la garantie d'accès et l'assurance privée. Ce n'est pas parce qu'on va introduire la garantie d'accès pour une autre chirurgie que forcément on va étendre l'assurance privée duplicative pour ce type de chirurgie là. Je donne un exemple. Si on choisissait, par exemple, la chirurgie bariatrique, chirurgie pour les cas d'obésité importante, qui est une chirurgie majeure, on ne voudra pas nécessairement ouvrir ça, et probablement pas, à l'assurance privée duplicative pour des raisons de sécurité de soins et de complexité. Par contre, si on arrivait à obtenir une garantie d'accès pour l'ensemble de la population pour des chirurgies de moindre complexité comme des hernies inguinales, par exemple, moi, je ne vois pas de problème philosophique à ce qu'il y ait, pour ces questions-là, une assurance duplicative, puisque l'ensemble de la population sait qu'elle va être, qu'elle ait les assurances ou pas, opérée dans des délais qui sont raisonnables ou médicalement acceptables. Mais je dirais que ce prochain mouvement là risque de survenir après plusieurs années d'analyse de l'impact d'abord de ce qu'on est en train de réaliser avec les trois chirurgies, là. Alors, je voulais juste revenir sur cette question en disant qu'on n'a pas fait... on n'a pas pris cette décision-là.

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

Principes sous-jacents à l'élargissement de la garantie d'accès

M. Drainville: Merci. Je veux juste revenir sur la fin de votre réponse, M. le ministre. Donc, ce qui détermine pour vous ce qui pourrait être disponible par une assurance privée... ou ce qui pourrait être couvert, dis-je bien, par une assurance privée, c'est l'équité, c'est ça?

• (16 h 40) •

M. Couillard: C'est le principe qu'on a mis en place dans la loi n° 33, c'est un des caractères innovateurs de cette législation-là. C'est que la Cour suprême a dit: Écoutez, on trouve que l'interdiction ou la prohibition de l'assurance privée duplicative est disproportionnée par rapport aux objectifs d'accessibilité que vous avez. Essentiellement, c'est ce qu'elle a dit. Bon. Par contre, on sait que l'introduction de l'assurance privée présente des risques importants pour l'organisation des soins, notamment le personnel dans un contexte de pénurie. On sait ça. Alors, il ne m'apparaît pas éthiquement correct pour une société, surtout une société avec une structure de revenus comme la société québécoise, de dire qu'on va permettre à des personnes qui en ont les moyens d'être opérées dans des délais raisonnables si elles ont une assurance alors que l'ensemble de la population n'y a pas accès. Si, à l'inverse, tout le monde a accès à une chirurgie dans les délais raisonnables, pourquoi nous objecterions-nous à ce que les gens qui le décident aient une assurance privée duplicative? Et ce qui va arriver en fait, c'est ce que j'ai vu dans certains pays européens où, lorsque les gens reprennent confiance dans le système de santé, dans les résultats de l'accessibilité notamment, même s'ils en ont le droit, ils ne veulent pas avoir d'assurance. Pourquoi est-ce qu'ils paieraient de l'assurance quand ils savent que de toute façon leur réseau public va leur accorder le service? Alors, par exemple en Catalogne, en Espagne, il n'y a que 5 % de la population qui a une assurance duplicative. Ils ne voient pas d'intérêt, les gens ne voient pas d'intérêt à acheter ce produit-là compte tenu du fait que l'ensemble des chirurgies sont faites dans des délais qui sont acceptables.

Alors, c'est vraiment le principe de la correspondance et de la nécessité mais pas automatique d'une garantie d'accès générale pour la population qui doit correspondre à l'ouverture à l'assurance privée duplicative pour qu'il y ait une équité sociale dans cette question-là. Mais ce n'est pas automatique. Je répète que ce n'est pas parce qu'on étendrait la garantie d'accès à d'autres procédures qu'automatiquement elle serait également ouverte à l'assurance privée duplicative. Ça va être du cas-par-cas.

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

Moment prévu de la décision concernant l'élargissement de la garantie d'accès

M. Drainville: À quel moment est-ce qu'on doit s'attendre à une décision de votre part là-dessus? Est-ce que vous nous annoncez que, dans les prochaines semaines ou dans les prochains mois, vous allez élargir le nombre d'actes chirurgicaux qui pourraient être... Est-ce que vous vous donnez un échéancier dans le fond pour en venir à une décision là-dessus?

M. Couillard: Bien, l'échéancier qu'on se donne actuellement, c'est celui de réussir l'offre de chirurgie en six mois pour hanche, genou, cataracte. On met toute notre énergie là-dessus. On se donne jusqu'en juin 2008, puis on espère que un an devrait nous permettre de faire ça. Maintenant, il faut faire attention: les définitions internationales de réussite dans ces cas-là, c'est 90 % ou 95 % des gens traités dans les délais, six mois. Ce n'est pas 100 %, parce qu'il y a toujours des gens, pour une raison particulière, qui peuvent glisser de l'autre côté du délai de six mois. Mais, si on arrive à, disons, entre 90 % et 95 % des personnes traitées à l'intérieur de six mois pour hanche, genou, cataracte, on aura fait la preuve que le système de santé public du Québec est capable d'offrir des soins accessibles dans des délais raisonnables à tous les citoyens et, à ce moment-là, on se posera d'abord la question d'extension de la garantie d'accès à d'autres éléments, et, comme je le disais, ça pourrait être des épreuves diagnostiques, des tests diagnostiques plutôt que des chirurgies, et ça va se faire progressivement. Mais le premier échéancier sur lequel on se concentre, c'est l'échéancier de la livraison de la garantie d'accès pour les trois chirurgies, prothèse de hanche, prothèse de genou et chirurgie de la cataracte.

En passant, pour la chirurgie de la cataracte, on n'est vraiment pas loin, vraiment, vraiment pas loin. On est très près de la garantie d'accès. Dans plusieurs régions, on l'a même atteinte. Pour la chirurgie de la hanche et des genoux, c'est variable selon les régions, mais on n'est pas loin non plus. En termes de volume supplémentaire de chirurgies à faire, les données montrent qu'il n'y a pas grand-chose de plus à faire pour la chirurgie pour se rendre au niveau de la garantie d'accès en six mois. La clé devient, à ce moment-là, la gestion correcte de la liste d'attente, s'assurer que personne ne se rend à six, sept, huit mois en étant oubliée par le système puis en basculant dans cette zone d'attente plus prolongée.

Liste des nouvelles chirurgies envisagées à moyen terme

M. Drainville: Juste une question peut-être de nature plus technique, M. le ministre. Comme je ne suis pas médecin, je préfère vous poser la question. Vous parliez tout à l'heure: prochaine étape, possiblement l'imagerie, résonance magnétique. Vous parlez également de tests diagnostiques. Est-ce que c'est...

Une voix: ...

M. Drainville: C'est la même chose. O.K., c'est synonyme. Bon.

M. Couillard: Je voudrais rappeler, M. le Président, brièvement — je ne veux pas interrompre longtemps le député — qu'au cours de la campagne électorale c'est... On pense qu'en 2012... On avait, à ce moment-là, envisagé un autre mandat majoritaire, mais le peuple en a décidé autrement. En 2012, on devrait être capable de livrer la garantie pour l'ensemble des chirurgies d'hospitalisation et d'un jour.

M. Drainville: Lesquelles?

M. Couillard: Bien, l'ensemble.

M. Drainville: L'ensemble.

M. Couillard: L'ensemble des chirurgies. C'est ce que la Grande-Bretagne a fait et a réussi avec un système public qui reçoit un appui du secteur privé, je pense, il faut le rappeler. En Grande-Bretagne, une bonne partie des chirurgies sont faites par le secteur privé en appui au secteur public.

M. Drainville: Je ne vous demanderai pas de me les défilier, mais est-ce qu'il y a une liste quelque part qui existe de ces chirurgies d'un jour ou est-ce que c'est...

M. Couillard: Bien, c'est des centaines et des centaines de chirurgies différentes. Je peux vous donner quelques exemples concrets: se faire enlever la vésicule pour les pierres au foie, les opérations pour les hernies inguinales, les hernies dans l'aîne, c'est le genre d'opérations qui sont faites très, très souvent.

M. Drainville: C'est pratiquement illimité.

M. Couillard: Pardon?

M. Drainville: Avec l'évolution de la médecine, le nombre de chirurgies d'un jour va...

M. Couillard: Non. Non. Ce qui se produit, c'est un glissement de la chirurgie avec hospitalisation vers la chirurgie d'un jour.

M. Drainville: O.K.

M. Couillard: Parce que la technologie permet maintenant de faire beaucoup plus d'opérations sans coucher à l'hôpital par rapport à ce qu'on faisait auparavant. Mais il y a des centaines de chirurgies différentes, là. Et je ne pense pas qu'il faut y aller nécessairement un par un, là. Il faut y aller par groupe. On pourrait dire les chirurgies d'un jour; ensuite, les chirurgies avec hospitalisation, celles-ci, celles-ci, celles-là, de façon progressive pour en arriver à... On pense, vers 2012, à une réussite complète. Tant mieux si ça se produit avant. Je pense d'ailleurs que le fait de mettre en place le mécanisme pour trois chirurgies va entraîner le réseau dans une philosophie nouvelle d'apporter des solutions aux patients pour la période en question, quel que soit le service requis.

Le Président (M. Kelley): Dernière question parce que je vais imputer le temps que vous avez pris préalablement.

M. Drainville: Oui, bien sûr.

Le Président (M. Kelley): Alors, dernière question, s'il vous plaît.

Statistiques sur les chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou

M. Drainville: Je m'apprends vraiment à ouvrir sur autre chose. Bien, c'est une question en fait assez technique, peut-être qu'on aura le temps, ou les gens qui vous entourent auront le temps d'ouvrir la réponse, et on pourra continuer là-dessus au prochain bloc. Mais dans

le fond j'essayais de savoir... Ce que je voulais savoir, c'est: Est-ce qu'on sait combien il y a de chirurgies actuellement de la cataracte, des hanches et des genoux sur une année complète?

**Évaluation du nombre de chirurgies
à confier au secteur public, au secteur
privé et aux cliniques affiliées**

Et est-ce que vous avez une évaluation du nombre que vous serez capable d'accomplir à l'intérieur du système public, entre guillemets, et le pourcentage que vous devrez faire dans des cliniques affiliées ou même dans des cliniques privées qui auraient une entente avec des hôpitaux? Est-ce que vous avez une espèce d'évaluation? Et, parallèlement à ça, est-ce que vous savez combien est-ce qu'il y a de chirurgies de la cataracte, des hanches et des genoux qui sont faites dans des cliniques complètement privées, là, par des gens qui vont payer? Est-ce qu'il y en a actuellement au Québec?

**Statistiques sur les chirurgies de la cataracte,
de la hanche et du genou (suite)**

M. Couillard: Je vais prendre les questions à l'envers, parce qu'il y en avait plusieurs, là.

M. Drainville: Oui.

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

M. Couillard: S'il y en a, on ne les compte pas, puis il ne doit pas y en avoir beaucoup, parce que l'accès est tellement rapide maintenant pour la chirurgie de la cataracte. Ici même, en commission parlementaire, le chef d'ophtalmologie de Maisonneuve-Rosemont a déclaré que le délai était passé de plus de un an, en 2003, à trois, quatre mois moyens pour une chirurgie de la cataracte. Et je ne pense pas qu'il y a un très bon marché, je ne pense pas qu'il y a un marché d'avenir pour la chirurgie privée de la cataracte.

Pour ce qui est du nombre total de chirurgies, le député va le trouver sur le site Web du ministère, ce sont les chiffres de chirurgie de 2005-2006. Quand vous allez à l'onglet Accès aux services, vous avez un sous-onglet qui s'appelle Sommaire et, à ce moment-là, vous avez, une donnée très intéressante, vous avez le volume de chirurgies effectuées en 2005-2006 région par région et, si vous allez plus loin dans le site, vous allez même le trouver hôpital par hôpital, puis vous avez le nombre de personnes en attente de plus de six mois, exprimé en nombre absolu et en pourcentage du nombre de chirurgies.

Pourquoi c'est important de le mettre en pourcentage du nombre de chirurgies? Parce que, si je vous dis, par exemple, qu'à Montréal ou... je prends Capitale-Nationale, il y a 186 personnes qui sont en attente pour une chirurgie de la cataracte. 186, ça a l'air un gros problème, beaucoup de personnes. Par contre, si j'ajoute: Il s'est fait, en 2005-2006, 6 529 chirurgies de la cataracte à Québec, on constate que le chiffre des personnes qui dépasse six mois n'est que de 3 %. Donc, on n'a qu'à augmenter de 3 % le nombre de chirurgies pour ramener tout le monde à l'intérieur de six mois.

M. Drainville: Et c'est des vrais chiffres que vous me donnez là?

M. Couillard: Bien oui.

M. Drainville: C'est énorme, hein? Je suis... je suis...

M. Couillard: Bien oui. On est passé de 410 000 à 460 000 chirurgies par année au Québec entre 2003 et maintenant.

M. Drainville: Et là-dessus il y en a combien qui sont des chirurgies mineures?

M. Couillard: C'est toute chirurgie, sauf les urgences, ou on inclut les urgences là-dedans? Sauf les urgences. Alors, il y a les chirurgies cardiaques qui sont des chirurgies majeures mais qui ne sont pas toujours urgentes, mais les chirurgies de la cataracte, de la hanche puis des genoux, toutes les chirurgies d'un jour, il y en a une kyrielle et une variété, là, énorme, toutes les chirurgies avec hospitalisation.

Par exemple, si on regarde l'ensemble du Québec, la chirurgie de la cataracte pour toutes les régions confondues, puis vous verrez les différences selon les régions lorsque vous irez sur le site Web, pour tout le Québec, le nombre de personnes en attente de plus de six mois pour une chirurgie de la cataracte représente 3 % du volume de chirurgies effectuées par année. Le nombre de personnes en attente de plus de six mois pour une prothèse de la hanche, 7 %. Le nombre de personnes en attente de plus de six mois pour une chirurgie du genou, 13 %. Chirurgie du genou, on a plus de difficultés parce que les chirurgies sont plus longues, on peut en faire moins. Chirurgies d'un jour, 10 %; chirurgies avec hospitalisation, 4 %. Alors, ce n'est pas un problème insurmontable. Pas du tout. C'est un problème qui est largement à la portée d'un système de santé, si on gère bien les listes d'attente, si on attribue des budgets de façon prioritaire et si on le fait de façon continue.

**Évaluation du nombre de chirurgies
à confier au secteur public, au secteur
privé et aux cliniques affiliées (suite)**

Maintenant, et je termine là-dessus parce que c'est un autre élément de la question à plusieurs volets de notre collègue, vous demandiez: Quel est le pourcentage de chirurgies que vous pensez avoir à référer au réseau privé? Là, il faut savoir de quel type de référence on parle. Si on parle de la référence finale, lorsque toutes les autres options ont été utilisées, où on doit acheter une chirurgie, par exemple, dans une clinique de médecins non participants, le nombre va être limité, mais il y en aura. En chirurgie orthopédique, moi, je m'attends à ce qu'il y en ait qu'on doit faire en nombre très limité. Parce que, la plupart du temps, la solution va se donner dans l'hôpital où est le patient ou dans une autre équipe médicale du même hôpital ou d'un autre hôpital. Alors, ça va être exceptionnel.

M. Drainville: Ou dans une clinique associée.
● (16 h 50) ●

M. Couillard: Oui, mais pas les prothèses de hanche et de genou. Les cliniques associées affiliées, elles vont jouer leur rôle surtout lorsqu'on va aborder la chirurgie d'un jour. Et les procédures comme les endoscopies, tu sais, les lumières qu'on se fait introduire par toutes sortes d'orifices pour regarder comment ça va en dedans, comme on dit, ça, ce genre de choses là peut être dégagé vers les cliniques affiliées sans frais pour les patients. Mais, si mes souvenirs sont exacts, en Grande-Bretagne, qui peut être une comparaison utile, pour arriver à la garantie d'accès qui est une réalité en Grande-Bretagne souvent, maintenant six mois pour l'ensemble des chirurgies, on... J'ai lu, dans un rapport, qu'il y avait eu environ 15 % du volume des chirurgies qui avaient dû être faites dans des cliniques de type affilié, c'est-à-dire sans frais pour le malade, des cliniques dans lesquelles l'État achète un bloc de chirurgies, qui sont l'équivalent des cliniques affiliées que la loi n° 33 apporte.

Alors, la raison pour laquelle, moi, je n'ai aucune crainte de cette question d'assurance privée et d'extension de la prestation privée de services, c'est que, dans la très grande majorité des cas, la très grande majorité des cas, les solutions vont se trouver dans le réseau public ou dans le réseau payé par le public, qui comprend les cliniques affiliées, et que le vrai défi pour le système de santé, c'est de montrer un niveau de performance tel que les gens n'y verront aucun intérêt à acheter une assurance qui, en passant, va être assez cher, hein, ça va coûter cher, parce que ce que le monde ne sait pas souvent au Québec, c'est le coût des services médicaux, ce n'est pas du petit change. Et, si on veut, à partir de 40, 50 ans, avoir une assurance pour tous les services chirurgicaux dont on peut avoir besoin, on va se rendre compte qu'on est devant une facture de plusieurs milliers de dollars que la plupart des citoyens ne peuvent pas affronter, là.

Maintenant, est-ce qu'on devrait interdire aux citoyens de l'avoir? Moi, je crois que non; éthiquement, ce n'est pas correct non plus. Mais, si, au même moment où on lève progressivement et prudemment l'interdiction, l'évidence montre que tout le monde est opéré de toute façon dans les délais, il va arriver au Québec ce qui est arrivé en Catalogne, c'est qu'un nombre très limité de citoyens ont décidé de se doter de ces assurances-là. Et c'est un pari qu'on fait pour notre système de santé.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Soulanges.

Mesures adoptées afin d'améliorer les programmes et les soins pour les personnes âgées

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Je voudrais revenir encore aujourd'hui sur la situation des aînés parce que c'est une clientèle qui, à mes yeux, est très importante dû au fait d'ailleurs que... C'est une clientèle qui est de plus en plus grandissante, il faut dire les choses comme elles le sont, et on sait aussi que cette clientèle... plus on vieillit, plus on prend de l'âge, bien on devient plus vulnérable, et donc c'est plus facile d'être insécure quand on prend de l'âge. Alors, dû au fait...

Dans les années antérieures, on se rappellera qu'il y a eu des coupures dans les places en hébergement sans qu'il y ait des ressources présentes dans la communauté. Les personnes âgées en ont pris conscience, et

ça a créé une insécurité. Aussi, on se rappellera qu'il y a eu une augmentation substantielle des frais assumés par les personnes âgées pour l'achat de médicaments, puisqu'avant l'implantation du régime général d'assurance médicaments, si ma mémoire est bonne, il y avait comme pas de coût pour les personnes âgées. On se souviendra qu'en juin 2000 le gouvernement de l'époque avait forcé l'adoption d'un projet où on voulait doubler les primes qu'il avait déjà instaurées. Bon. Et, en 2001, on a repris le scénario. Alors, c'est des faits qui font en sorte que les personnes âgées vivent une certaine forme d'insécurité. Et je suis souvent interpellée sur, entre autres, la gratuité des médicaments pour les personnes âgées quand je parcours mon comté, j'explique aux personnes âgées qu'il y a du chemin de fait.

Mais j'aimerais, M. le ministre, si vous aviez la chance de nous faire part des gestes qu'on a posés pour améliorer la continuité, l'intégration, l'accessibilité, la qualité des soins pour les personnes âgées. Si vous aviez la chance de nous faire part de l'aperçu de certaines mesures qui visent particulièrement la clientèle des personnes âgées de façon à ce qu'on soit mieux renseignés, mais aussi de façon à ce que les personnes âgées qui nous écoutent puissent prendre connaissance des améliorations qui ont été apportées.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Il y a en fait plusieurs actions qui sont posées et qui seront posées de toutes sortes. Il y a d'abord l'implantation pour assurer la continuité des soins et l'implantation des groupes de médecine de famille, ça fait partie de la solution. Il s'agit de prendre en charge les personnes, surtout les plus vulnérables, de leur garantir l'accès à un médecin de famille et un suivi, et cette façon-là devrait particulièrement avantager les aînés, surtout ceux qui ont des problèmes de santé complexes ou des maladies chroniques.

Il y a l'implantation de ce qu'on appelle les gestionnaires de cas dans le programme de soins intégrés des personnes âgées, des personnes qui sont des pivots, qui coordonnent l'ensemble des services aux personnes âgées; l'implantation des réseaux locaux qui a été mise en place par l'intégration des différents établissements. Dans le cadre des politiques liées à la problématique des urgences, il y a beaucoup de ces politiques qui sont liées directement à la continuité des soins avant et après l'hôpital pour les personnes âgées.

On dispose d'un outil informatique qui est important, l'outil d'évaluation pour les personnes âgées, pour bien mesurer leur perte d'autonomie et leur donner le bon service requis, soit le service à domicile, ressources intermédiaires, établissements de soins prolongés selon le degré de perte d'autonomie. C'est un outil qui a été développé par les intervenants québécois en gériatrie et en gérontologie, et c'est une excellente façon d'assurer les meilleurs soins encore une fois aux bons endroits et aux meilleurs moments. On est en train de former les personnes qui font cette formation dans toutes les régions, les utilisateurs, on parle de 14 000 utilisateurs au Québec, et l'implantation de cet outil est maintenant réalisée dans l'ensemble des régions du Québec.

Il y a également des outils fiscaux et budgétaires, par exemple la gratuité des médicaments. Ça a l'air

élastique de relier ça à la continuité des soins, mais ça l'est. Si les personnes âgées démunies ont plus facilement accès aux médicaments, bien la continuité des soins et la sécurité des soins s'en trouvent augmentées. Je rappelle que ce sont les personnes âgées qui d'abord recevaient le supplément de revenu garanti maximum puis celles qui reçoivent 94 % ou plus du supplément de revenu garanti qui bénéficient de la gratuité à partir de juillet 2007.

Les crédits d'impôt pour les aidants naturels et le maintien à domicile ont également été bonifiés, 36 millions de plus pour les aidants naturels et 74 millions de plus pour les crédits d'impôt pour le maintien à domicile, dont le plafond de dépenses admissibles a été augmenté, on a ajouté les dépenses de soins infirmiers comme dépenses éligibles, et le taux du crédit a été augmenté également de 23 % à 25 %, ce qui permettrait normalement de rejoindre 180 000 personnes de plus qu'actuellement dans le crédit d'impôt et le maintien à domicile de façon à les garder chez eux et chez elles le plus longtemps possible.

Et parallèlement, bien sûr, l'augmentation des budgets dans le cadre du plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie devrait continuer à nous offrir des solutions et des façons de procéder qui sont toujours destinées à améliorer la sécurité, la continuité et l'accessibilité des soins, mais il y a encore beaucoup de travail et de progrès à faire certainement dans le temps.

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

Mme Charlebois: Je m'excuse, M. le Président. Est-ce que vous... J'ai manqué un petit bout, j'échangeais avec mon collègue de Marquette, je m'excuse, M. le ministre. Est-ce que vous avez parlé du plan d'action 2005-2010?

M. Couillard: Oui, on en a parlé à plusieurs reprises, mais essentiellement...

Mme Charlebois: Hier.

M. Couillard: ...ce plan d'action dont on a parlé hier vise à donner plus d'options aux personnes âgées qui sont en perte d'autonomie entre le domicile et l'établissement d'hébergement.

On a également institué, c'est important, des mesures telles que la prévention des chutes à domicile, des visites des CLSC à domicile pour s'assurer que les mesures de prévention des chutes sont présentes. On sait que les chutes à domicile surtout sont une source importante d'hospitalisation chez les personnes âgées. On a bonifié également le soutien aux entreprises d'économie sociale et, également, on vient de bonifier le chèque emploi-services pour les handicapés également, qui sont touchés par les politiques de services à domicile. Alors, l'ensemble de ces politiques-là est donc en place et devra être bonifié au cours des années.

Mme Charlebois: Merci.

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

M. Ouimet: M. le Président, à ce moment-ci, je proposerais peut-être aux membres de la commission

une pause de 10 minutes, soit que ce soit pris sur le temps des ministériels ou on pourrait se partager le temps de la pause, mais j'offre les deux alternatives.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Ouimet: Oui, mais il reste une heure, mais il reste du temps ce soir aussi.

M. Drainville: ...pourvu qu'on le prenne sur le ministériel...

M. Ouimet: Je peux le prendre sur le ministériel, là, 10 minutes.

Le Président (M. Kelley): O.K., on va prendre une pause, on va reprendre à 5 h 10, et les 10 minutes vont être calculées contre le temps accordé aux députés ministériels.

M. Ouimet: Voilà.

Le Président (M. Kelley): Est-ce que ça va?

M. Ouimet: Merci.

Le Président (M. Kelley): 5 h 10, et on va faire une dernière rotation.

(Suspension de la séance à 16 h 59)

(Reprise à 17 h 15)

Le Président (M. Kelley): Nous allons reprendre nos travaux. Je veux assurer les membres de la commission à ma gauche que le temps pour cette pause va être calculé contre le temps des députés ministériels. Je suis maintenant prêt à céder la parole au député de L'Assomption. M. le député, la parole est à vous.

Régime d'assurance médicaments

Date prévue de l'annonce de la hausse des primes

M. Laporte: Oui. Merci, M. le Président. J'aimerais interroger le ministre de la Santé sur l'assurance médicaments. On sait que 14 % des dépenses du gouvernement en services sociaux et en santé sont consacrées aux médicaments, donc je considère que ça vaut la peine de s'y attarder. Je vais commencer avec des questions d'ordre plus général, pour ensuite conclure avec des questions un petit peu plus précises.

Ma première question serait pour revenir sur une discussion qu'on a déjà eue en Chambre. Le ministre m'assurait que, d'ici la fin des travaux, on aurait l'annonce concernant la hausse, là, des primes d'assurance médicaments. Je voudrais juste qu'il me garantisse, là, aujourd'hui, pour que ce soit clair, si effectivement, d'ici le 22 juin, on va avoir l'annonce qui va être faite.

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

M. Couillard: On est très conscients, monsieur le... très confiants qu'on va arriver dans l'échéancier que vient de mentionner le collègue. Il faut que le conseil d'administration fasse une proposition, qui est acheminée au gouvernement par la suite, qui est publiée dans la *Gazette officielle*, avec ou sans correctifs de la part du gouvernement selon les cas, et à ce moment-là la décision est annoncée. Le résultat final de la démarche devrait être connu avant le 23 juin.

M. Laporte: Parfait.

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

Prévisions d'augmentation des primes d'ici 2012

M. Laporte: Question d'ordre quand même assez général: Moi, j'ai lu *La politique du médicament*, puis on y mentionnait les défis que va avoir à subir l'assurance médicaments, entre autres le vieillissement de la population. On sait que les 65 ans et plus sont les plus gros consommateurs de médicaments. On parle donc de vieillissement de la population, d'utilisation de plus en plus fréquente des médicaments. Je regarde tout ça, puis c'est la classe moyenne en général, en grande partie, qui paie des primes d'assurance médicaments, puis je m'inquiète un petit peu pour la classe moyenne.

Donc, j'aimerais voir l'opinion du ministre là-dessus, voir s'il a une idée où est-ce qu'on s'en va. C'est quoi, selon lui, la hausse annuelle que les Québécois devraient subir, là, de prime d'assurance médicaments? C'est quoi, sa vision des choses? Parce qu'on sait qu'éventuellement on va avoir un problème, là, et ça va être difficile de contrôler les coûts. Donc, je voulais juste voir un petit peu son plan stratégique, s'il pouvait nous faire une projection sur les cinq prochaines années.

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

M. Couillard: Bien, je suis content d'entendre le souci de notre collègue pour la classe moyenne, ce qui normalement aurait dû l'amener à voter en faveur du budget de notre consœur, de la ministre des Finances, qui a accordé une baisse importante des impôts, notamment aux contribuables de la classe moyenne.

Effectivement, la croissance des coûts du régime d'assurance médicaments et des médicaments en général... Parce que, si l'assurance médicaments a des coûts augmentés, c'est que les médicaments en général croissent en coût, autant dans les milieux hospitaliers qu'à l'extérieur des hôpitaux, autant pour les gens qui sont dans une assurance privée collective que ceux qui sont des prestataires de l'assurance générale publique.

Alors, il faut se souvenir qu'on a là un système d'assurance, je dirais, incomplet. Ce n'est pas une assurance pure, c'est-à-dire que c'est une assurance parce qu'il faut quelque part que la croissance des coûts se reflète dans les primes puis les contributions que les gens y font pour être couverts, mais c'est également une assistance parce qu'on sait que le régime comporte un plan d'aide pour les personnes aux revenus les plus bas. C'est la raison pour laquelle, par exemple, progressivement les

prestataires de l'aide sociale ont été exemptés du paiement des contributions de même que les personnes âgées à plus faibles revenus. Si c'était un régime d'assurance pure, on n'aurait pas ça, on aurait uniquement le paiement direct selon les coûts. Alors, c'est pour ça qu'il existe donc dans la philosophie du gouvernement, une fois que les zones prévisibles d'augmentation de coûts sont fixées par la Régie de l'assurance maladie du Québec et que les conséquences théoriques de ces augmentations de coûts sont connues en termes de contribution par prime ou contribution au comptoir, c'est pour ça qu'existe alors une latitude au gouvernement pour intervenir et faire un correctif de plusieurs façons. Il y a plusieurs façons de le faire. Il faut s'assurer de maintenir les augmentations dans une zone qui peut être, je dirais, acceptable pour la population.

Il est certain cependant qu'il ne faut pas geler ça. Nous, on est contre les gels de tarifs. C'est une mauvaise habitude de faire ça parce que ça déresponsabilise les gens et malheureusement ça entraîne le fait, pour les citoyens, de s'éloigner des coûts réels des services publics qu'ils reçoivent. Mais entre ça et des augmentations très importantes, je pense qu'il faut maintenir la chose dans des degrés qui sont plus tolérables pour la population. L'an dernier, à titre indicatif — puis on verra le résultat final de la démarche cette année — les primes avaient augmenté de 3,5 % au Québec, ce qui est très légèrement au-dessus de l'inflation. À mon avis, voilà une zone qui est correcte pour la population, compte tenu du coût réel important. Il faut se souvenir que l'État paie encore plus que les contributions directes. C'est même plus que le deux tiers, c'est plus que le trois quarts des coûts qui sont assumés par l'État plutôt que par les contributions.

Alors, il y a des mécanismes — et on verra à chaque année puis on verra cette année si le gouvernement les utilise; il y a des mécanismes — pour atténuer l'augmentation directe liée aux coûts croissants du régime, pour la rendre dans une zone... à peu près celle de l'an dernier. Moi, je me fais à peu près ça comme repère, là. Mais il ne faut pas oublier de dire à la population combien ça coûte réellement, tout ça. Ça coûte très cher, les médicaments. Et, lorsqu'on prend la contribution, par exemple, de certaines personnes qui sont des prestataires du régime, qui sont des utilisateurs de médicaments importants, si on compare ce qu'ils paient au coût réel des médicaments qu'ils consomment, c'est une faible fraction. Et je rappelle que le Québec a de loin le régime d'assurance médicaments, avec la Colombie-Britannique, le plus généreux et le plus extensif au Canada. De loin, très loin.

● (17 h 20) ●

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

Variation du nombre de médicaments remboursables

M. Laporte: Juste pour mon information, est-ce que le ministre pourrait me dire combien de médicaments sont présentement sur la liste des médicaments admissibles?

M. Couillard: Là, c'est une sacrée question, ça, M. le Président. On va trouver la réponse rapidement, on va vous la donner. C'est certainement des centaines et des centaines, sinon des milliers de médicaments, là. On va vous la donner.

M. Laporte: Pouvez-vous me dire l'augmentation à chaque année, le nombre de nouveaux médicaments qui sont ajoutés à la liste?

M. Couillard: ...on vous donnera le chiffre...

Le Président (M. Kelley): Et tous les nommer...

M. Couillard: Oui, les nommer par ordre alphabétique.

On me dit: Plus de 5 000 médicaments sur la liste actuelle. Chaque année, il y a plusieurs inscriptions. On aura les nombres moyens, on vous trouvera ça tantôt. On a fait une enquête récemment, au cours des dernières années, qui comparait le Québec aux autres provinces canadiennes pour la question de l'inscription de nouveaux médicaments et du recours à la liste d'exception. Dans les deux domaines, le Québec inscrit plus de médicaments que la plupart des autres provinces et a moins recours à la liste d'exception que la plupart des autres provinces. Donc, en termes d'accessibilité aux médicaments, je pense qu'on a une bonne performance, même s'il y a toujours des gens qui voudraient que tel ou tel médicament plutôt qu'un autre ou en plus d'un autre soit inscrit. On a maintenu une bonne performance.

Je vais vous donner la réponse plus précise à votre question. Entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2007, 24 nouveaux médicaments, dénominations communes, ont été introduits, dont 17 médicaments d'exception. Et, comme je le disais, entre le 1er mars 2005 et le 28 février 2007, le Québec est la province qui a introduit à sa liste le plus grand nombre de nouveaux produits. Et, pour la même période, le Québec est la deuxième province pour le délai alloué pour inscrire un produit à sa liste, après l'Alberta. Les gens ont parfois l'impression que les démarches sont très longues pour l'inscription de nouveaux médicaments. On voit que, lorsqu'on se compare à la situation canadienne, c'est loin d'être défavorable pour le Québec, au contraire.

Une voix: ...

M. Couillard: Oui, mais il aurait fallu mieux en calculer...

Le Président (M. Kelley): Non, mais, M. le député, s'il vous plaît, la...

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Non, non, mais, M. le député, la parole est au député de L'Assomption, s'il vous plaît.

M. Laporte: ...confusion, on va s'en tenir à mon droit de parole, s'il vous plaît.

Est-ce que le ministre s'engage à ne pas réduire le nombre de médicaments qui sont présentement sur la liste?

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

M. Couillard: Bien, lorsqu'il y a des médicaments qui sont retirés, si ça arrive, c'est parce qu'ils deviennent désuets ou non utilisés. Ce qu'on fait, nous, c'est d'inscrire

des médicaments, d'accepter de les inscrire soit sur la liste régulière ou sur la liste d'exception. Ça se fait à chaque année. Il n'y a jamais eu d'année de décroissance de la liste de médicaments.

Mise en oeuvre et financement des orientations ministérielles de la Politique du médicament

M. Laporte: Dans la Politique du médicament, on a 37 mesures qui ont été prises, qui ont été décrites sur 29 orientations ministérielles. Est-ce que c'est possible d'avoir un calendrier des échéances puis aussi le montant associé à ces mesures-là?

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

M. Couillard: On a ces renseignements, on va vous les apporter. On a, pour toutes ces mesures, effectivement un aperçu du calendrier de déploiement, des coûts et des mécanismes de financement. Il y a certains éléments qui ont très peu de coûts associés. Il y en a d'autres qui en ont. Il y en a d'autres qui ont des bénéfices associés plutôt que des coûts.

Alors, j'ai ici un plan de mise en oeuvre de la Politique du médicament, que je pourrais parcourir et qui inscrit toutes les propositions de la Politique du médicament, qui donne l'échéancier selon qu'il est réalisé ou l'échéancier de réalisation. Je prends la première page, par exemple, pour la transmission par code pour les prescriptions de médicaments sur exception. Une des plaintes des médecins, c'est qu'ils trouvent le système un peu long. Il faut remplir un formulaire. Alors, on permet maintenant l'utilisation d'un code ou la transmission en ligne de la demande d'utilisation du médicament d'exception, ce qui favorise et facilite la chose. C'était dans les éléments de la Politique du médicament et c'est en place. Par exemple, la transmission des formulaires en ligne, c'est réalisé, également. La nouvelle section de médicaments avec suivi pour décembre 2007. Il y a toute la liste des... Je ne les prendrai pas parce qu'on va prendre tout le temps qui vous est réservé, là.

M. Laporte: Est-ce que c'est possible de déposer le document?

M. Couillard: On va vous en faire venir une version à jour, O.K., d'ici la fin de la commission.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. M. le député de L'Assomption.

Fréquence des mises à jour de la liste des médicaments remboursables

M. Laporte: Oui. Concernant encore une des mesures de la Politique du médicament, l'orientation ministérielle 3, on parle de fréquence de la mise à jour de la liste. D'après ce que j'ai pu lire, je peux vous le citer: «Cependant, il est indéniable qu'une inscription des baisses de prix faite plus rapidement serait avantageuse pour le RGAM.» Donc, autrement dit, le fait que la liste soit mise à jour de façon... je ne sais pas si c'est mensuelle ou annuelle, ça fait en sorte qu'il y a des économies qu'on ne peut pas faire, étant donné qu'il y a des médicaments

qui ont des baisses de prix. Donc, est-ce que c'est avancé? Est-ce qu'on est rendu à une mise à jour plus régulière?

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

M. Couillard: Alors, ce qui était déjà prévu, c'est qu'on fait trois ou quatre, souvent trois mises à jour par année, mais on peut intervenir à tout temps, de façon ponctuelle, pour faire des mises à jour qui entraînent une diminution des coûts. Par exemple, ça arrive, et c'est trop rare pour moi, que les médicaments diminuent de coût. Lorsque ça se produit, on les inscrit. Mais il arrive également qu'un générique devienne disponible entre deux mises à jour, et on peut maintenant les introduire plus rapidement sur la liste, ce qui est une mesure d'économie.

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

Encadrement du prix des médicaments génériques

M. Laporte: Oui. Une autre orientation ministérielle, la 13, on parlait, là, «d'encadrer le prix des médicaments génériques, dès juin 2007». Est-ce que la mesure a été mise en place effectivement pour juin 2007? Là, on parlait de fixer à 60 % le coût des médicaments innovateurs, pour un premier médicament générique, à 54 % à partir du deuxième médicament générique. Donc, est-ce qu'on est dans les délais? Est-ce que c'est effectif dès maintenant?

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

M. Couillard: Alors, il y a un décalage pour l'application de cette mesure-là parce qu'il faut que ça se fasse en même temps que l'approbation des règlements pour les activités professionnelles des pharmaciens propriétaires, notamment les plafonds de rabais volume. Alors, l'application effective de cette mesure-là, même si elle est décidée et va être mise en place maintenant, l'application effective en termes de bénéfice pour le régime va se faire autour de janvier 2008, dans quelques mois, parce qu'on veut coordonner la question des avantages commerciaux pour les pharmaciens propriétaires avec l'application de cette mesure-là. Il faut rappeler que c'est une mesure qui produit des économies pour le système de santé et pour le système d'assurance médicaments.

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

Coût de mise en service de la ligne Info-Médicaments

M. Laporte: Merci bien. Pour l'orientation ministérielle 20, concernant la seconde ligne d'Info-Santé, autrement dit Info-Médicaments, qu'on voulait mettre sur pied, est-ce que c'est présentement en place? Est-ce que c'est toujours quelque chose qui fait partie des priorités de la Politique du médicament? Puis, si oui, j'aimerais ça avoir le coût associé à ça, s'il vous plaît.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, sur Info-Médicaments.

M. Couillard: Alors, c'est la troisième étape du renouvellement d'Info-Santé, Info-Médicaments, parce qu'on va d'abord réformer... on est en train de réformer Info-Santé en le régionalisant, en créant, dans plusieurs régions, le numéro 8-1-1. On va également créer et étendre Info-Social et ajouter Info-Médicaments à partir de décembre 2008.

M. Laporte: Est-ce qu'on a les coûts associés à cette mesure?

M. Couillard: Nous, on avait chiffré nos engagements, pendant la campagne électorale, et tous nos engagements. Alors, lorsqu'on avait parlé d'Info-Médicaments et d'Info-Social, le coût était estimé à 20 millions de dollars à terme.

100 % des engagements avaient été chiffrés, M. le Président, je m'empresse de l'ajouter.

M. Laporte: ...le résultat le 26 mars dernier.

M. Couillard: ...élus au gouvernement.

Négociation d'ententes de partage de risques avec des compagnies biopharmaceutiques

M. Laporte: Donc, concernant l'orientation ministérielle 28, le risque financier partagé, on sait qu'il y a certaines compagnies biopharmaceutiques qui proposent de partager le risque financier associé à l'introduction d'un nouveau médicament dans la liste. Est-ce que c'est présentement possible, pour une biopharmaceutique, de recourir à cette entente financière là? Puis sinon, dans quel délai qu'on pourrait le faire?

● (17 h 30) ●

M. Couillard: Alors, c'est possible de le faire maintenant. L'article de loi de la loi n° 30, si je me souviens bien, qu'on a adoptée ici, à l'Assemblée, est en vigueur. Donc, on attend des propositions. Le problème qu'on a, c'est qu'il faut bien savoir ce dont on parle. Les ententes de partage de risques sont des ententes pour des médicaments déjà inscrits, par exemple sur la liste d'exception, pour lesquels les fabricants font des pressions — ça arrive souvent — pour qu'ils soient mis sur la liste régulière. Et on sait que le potentiel de cette décision-là est souvent une augmentation des coûts qui est liée à l'usage optimal de ce médicament-là. Alors, ce qu'on dit aux entreprises, c'est: Écoutez, assurons-nous qu'on met en place des mesures d'usage qui vont faire en sorte que le coût va être contrôlé, même si on le transfère à la liste régulière pour certaines indications bien connues. Une entente de partage de risques, c'est de permettre à l'entreprise et au programme d'assurance médicaments de partager les risques associés au coût élevé de ce changement-là. On fait un suivi pendant un an ou deux, puis on partage ensemble les coûts accentués.

C'est important de le dire parce que ce n'est pas un substitut pour l'inscription. On ne peut pas dire: Bien, vous ne voulez pas inscrire mon médicament, donc je vais faire une entente de partage de risques. Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne. C'est un mécanisme pour assurer et tester la permutation d'une liste à l'autre. Et ce n'est pas un substitut à l'évaluation, par le Conseil du

médicament, de l'éligibilité d'un médicament pour une inscription à la liste. Il faut que le médicament soit jugé inscriptible, et par la suite on peut envisager une entente de partage de risques selon le type d'inscription qu'on prévoit faire. Alors, on attend les propositions des entreprises. Il y a eu déjà une ou deux propositions qui ont été faites mais qui n'étaient pas conformes à ce que je viens de dire. Alors, il faut vraiment qu'on soit dans la ligne d'une amélioration de l'utilisation du médicament qui est déjà considéré acceptable par le conseil. Ça ne peut pas être un substitut pour rendre inscriptible le médicament qui ne l'est pas d'après le Conseil du médicament.

Le Président (M. Kelley): Dernière question, M. le député?

Évolution du budget et de l'effectif du Conseil du médicament

M. Laporte: Oui. Concernant le Conseil du médicament, on pouvait lire, dans le rapport annuel de gestion 2005-2006, que l'enveloppe budgétaire du Conseil de médicament était de 5,8 millions. Vous me corrigerez si je me trompe, d'après ce que j'ai pu lire, il y a 2,6 millions seulement qui ont été dépensés sur une enveloppe totale de 5,8, entre autres étant donné qu'on a de la difficulté à trouver la main-d'œuvre spécialisée. Puis, si je comprends toujours bien, dans le budget des dépenses, on avait, pour l'année 2007-2008, un montant prévu, pour le Conseil du médicament, de 6 millions, 6,3 millions environ. Donc, c'est ce qui expliquerait la différence avec 2006-2007, là, qu'on passait de 3 millions à 6 millions. Donc, si je comprends bien, c'est parce que l'argent n'a pas été dépensé au complet.

Donc, ma question: Est-ce que, premièrement, c'est bien la raison, là, qu'on a de la misère à trouver la main-d'œuvre spécialisée? Deuxièmement, la pénurie de main-d'œuvre, là, est-ce que c'est réglé? Parce que je voyais les objectifs: c'était de régler ça en 2006, puis on a atteint 75 % des objectifs. Est-ce qu'aujourd'hui c'est réglé, le Conseil du médicament a tous ses effectifs? Puis, dans le 6,3 millions qui est prévu, 2007-2008, est-ce que ça inclut le 2 point quelques millions qui n'a pas été utilisé, ou le 2 point quelques millions est en réserve à quelque part?

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

M. Couillard: Alors, en fait, c'est la même enveloppe. Plutôt que de les baisser selon le nombre d'employés réellement en poste, on leur permet de pourvoir une dépense possible, s'ils recrutent le personnel. Ça ne veut pas dire qu'ils vont dépenser encore 100 % du montant. Et la raison pour laquelle il y a un rehaussement également du montant, c'est que la rémunération et la compensation de certains membres, comme les médecins spécialistes, a été rehaussée.

Ce n'est pas facile, en passant, de trouver des gens pour s'asseoir sur ce conseil-là. C'est des tâches extrêmement difficiles. Vous pouvez imaginer les pressions qui s'exercent sur ces personnes-là qui ont à participer à des décisions d'inscription ou de non-inscription de médicaments, dans lequel il y a d'énormes intérêts qui sont en jeu, et qui en plus travaillent dans des établissements, c'est

important de le rappeler. Alors, disons que, lorsqu'on fait des appels de candidatures, les candidatures ne pleuvent pas.

M. Laporte: ...où, là, environ? On était à 75 %, le 31 mars 2006. Là, on est rendus où?

M. Couillard: Légèrement plus, mais on est autour de 75 % encore. Ça ne veut pas dire donc que tout l'argent va être dépensé. On pourvoit au budget de dépenses autorisé, s'il réussissait pendant l'année à recruter tous les postes disponibles, en incluant dans le budget la bonification de rémunération pour certains membres du conseil. Alors, s'il ne dépense pas tout l'argent, ça va être des crédits qui vont être périmés et qui vont pouvoir être réutilisés par la suite.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin.

Mécanisme de garantie d'accès à des interventions chirurgicales ciblées (suite)

Coût unitaire des chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou

M. Drainville: Merci, M. le Président. Juste pour compléter notre discussion de tout à l'heure sur la garantie d'accès, M. le ministre, est-ce que vous pouvez nous dire combien coûte au trésor public, là, une arthroplastie, prothèse de la hanche ou du genou, ou encore une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire?

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

M. Couillard: Oui. On a ces chiffres, puis on va me les donner de façon précise parce que je ne voudrais pas lancer un chiffre en l'air, là, maintenant. Et c'est essentiel de les avoir pour deux raisons: d'abord, pour calculer les budgets qu'on donne pour les chirurgies supplémentaires. Si on veut que les hôpitaux fassent x centaines de chirurgies de plus, il faut qu'on puisse calculer la quantité d'argent que ça représente. Et, lorsqu'on aura éventuellement — et ce n'est pas le cas pour les trois chirurgies ou deux d'entre elles, les prothèses que le député a mentionnées; mais, lorsqu'on aura — à évaluer des propositions de clinique affiliée, il faut avoir un comparateur de coût unitaire.

Alors, c'est pour ça qu'un des impacts positifs que Michel Clair voyait dans l'introduction des cliniques affiliées, en 2000, c'était d'introduire la mentalité et la philosophie de calcul des coûts unitaires dans le réseau de la santé pour qu'ils soient déterminés, comparés et mis en émulation ou compétition entre les différents prestataires de services. Et je pense que c'est effectivement un impact positif. On me donnera les chiffres tantôt, là. Grossièrement, on parle de quelques centaines de dollars pour une cataracte, plusieurs milliers de dollars pour une prothèse de hanche et de genou. On va avoir les chiffres tantôt.

Négociation de services médicaux à prix concurrentiels

M. Drainville: Oui, mais on les prendra quand vous... Dans le fond, le chiffre, c'est important qu'on

l'ait, mais, pour la suite de la discussion, il n'est pas essentiel. Dans le fond, là où je voulais en venir, c'est, une fois qu'on a ce chiffre-là... Dans le fond, c'est à partir de ce chiffre-là que vous allez évaluer, disons, la qualité de l'offre que vous pourriez recevoir d'une clinique privée, d'un fournisseur privé.

M. Couillard: Pour une offre de clinique affiliée, bien sûr sans frais pour le malade.

M. Drainville: Oui. C'est ça, c'est ça. Enfin, la clinique affiliée, là, ça peut être aussi bien une clinique où il y a des médecins qui participent à la RAMQ qu'une clinique totalement privée?

M. Couillard: Seulement...

M. Drainville: Non? O.K. Parce que tout à l'heure ce n'était pas clair. J'avais des discussions avec vos fonctionnaires, puis ce n'était pas clair là-dessus.

M. Couillard: Les cliniques affiliées peuvent être soit des centres médicospécialisés, soit des cabinets médicaux, soit des laboratoires d'imagerie où il y a seulement des médecins participants.

M. Drainville: Alors, quand c'est un cabinet privé où travaillent des médecins désaffiliés, vous appelez ça comment, à ce moment-là? Ce n'est pas une clinique affiliée, donc ce sera quoi? Ce sera une clinique privée avec laquelle on aura un contrat de services, c'est ça?

M. Couillard: Au besoin, ce sera un centre médical spécialisé qui aura besoin d'un permis. Même si c'est des médecins non participants, ils devront encadrer leurs chirurgies. C'est pour ça qu'on fait cette liste, je vous l'ai expliqué l'autre jour. Par exemple, la chirurgie plastique, c'est des actes non assurés. Et là ça devient encore plus compliqué parce que c'est des actes non assurés qui peuvent être faits soit par des médecins participants ou non participants. Mais c'est un acte non assuré par le régime. La qualité va être encadrée également dans ces endroits-là. Mais les cabinets ou les cliniques où il se fait de la chirurgie par des médecins non participants vont être des centres médicaux spécialisés de médecins non participants. C'est classifié comme ça dans la loi n° 33.

M. Drainville: Dans le fond, ma question, c'est: Comment est-ce qu'on s'assure que l'offre qui vous est faite est concurrentielle? Est-ce que vous allez les mettre en concurrence les uns avec les autres? Est-ce que vous pourriez décider, par exemple, de demander à plusieurs cliniques affiliées de vous soumettre un prix pour une chirurgie à la hanche ou au genou, puis là, à ce moment-là, vous prenez le meilleur prix, et c'est vers cette clinique affiliée là qu'iront les patients que vous ne pouvez pas opérer à l'intérieur de l'hôpital, par exemple?

M. Couillard: Ou des patients qu'on choisit de faire traiter à l'extérieur de l'hôpital pour donner plus de possibilités d'opérer d'autres patients dans l'hôpital.

M. Drainville: Exact.

M. Couillard: C'est important de rappeler cette question-là. On pourra procéder par études de propositions individuelles — parce qu'il n'y en aura pas nécessairement des quinzaines, de propositions, parce qu'il n'y a pas tant de cliniques que ça qui vont arriver — ou on peut faire un appel d'offres. Par exemple, si l'agence de Montréal décide qu'il y a du volume de chirurgies de la cataracte ou d'endoscopies pour ouvrir des cliniques affiliées, bien ils vont faire un appel de propositions pour réaliser tant de cataractes ou tant d'endoscopies, et ces propositions-là seront ensuite comparées aux coûts unitaires des établissements.

Puis, en passant, ce n'est pas certain que les établissements publics vont y être perdants. Parce que, si on regarde les expériences qu'on a menées à Maisonneuve-Rosemont ou ici, à Saint-Sacrement, de regroupement des chirurgies, de cataracte en particulier, on constate que ça a eu un impact assez majeur pour la diminution des coûts unitaires. Alors, il va falloir que les gens soient concurrentiels. S'ils ne sont pas concurrentiels à ce qu'on fait, nous, dans le réseau public, on ne voit pas pourquoi on dépenserait de l'argent public pour le faire.

Développement de cliniques médicales ciblant les chirurgies prioritaires

M. Drainville: Est-ce qu'actuellement vous observez qu'il se crée des cliniques qui visent justement ce marché du surplus d'interventions chirurgicales qu'on ne pourra pas faire à l'intérieur des murs d'un hôpital et qu'on donnera donc par contrat à l'extérieur des murs de l'hôpital?

● (17 h 40) ●

M. Couillard: On ne l'observe pas, actuellement. Ce qui peut être prévisible, c'est que les cliniques qui existent déjà vont faire des propositions pour ouvrir des contrats d'affiliation. Maintenant, est-ce qu'il est exclu qu'au cours des prochaines années un groupe de médecins, par exemple, décide d'ouvrir une clinique d'endoscopie en ayant un contrat d'affiliation? Peut-être. Mais je ne vois pas de mouvement actuellement dans cette direction-là. Puis, en passant, le nombre de ces cliniques-là ne sera pas très élevé. On parle des milieux urbains essentiellement: Montréal, Québec, peut-être la Montérégie dans la zone la plus peuplée, au centre de la Montérégie, l'Outaouais peut-être, mais il n'y aura pas un grand nombre de ces cliniques-là. Parce que, si on regarde les statistiques d'accès, on va voir que, dans la plupart des régions du Québec, le nombre de chirurgies supplémentaires à faire pour arriver dans les délais est tellement faible qu'on va être capable de les réaliser dans les hôpitaux publics.

Développement de produits d'assurance ciblant les chirurgies prioritaires

M. Drainville: Juste pour élargir un petit peu la discussion, d'abord juste pour finir ça, vous parlez des compagnies d'assurance tout à l'heure. Est-ce que vous pouvez nous dire s'il y a des compagnies d'assurance qui ont développé des produits pour la hanche, le genou, la cataracte à votre connaissance, actuellement?

M. Couillard: À ma connaissance, non. Puis en fait, quand les assureurs sont venus témoigner en

commission parlementaire, ils ont dit que ça ne les intéresserait probablement pas parce qu'eux auraient souhaité qu'on fasse une ouverture large et non limitée à l'assurance duplicative, ce qui n'est pas notre politique. Et ma réponse a été que le rôle du gouvernement n'était pas nécessairement de faire un plan d'affaires pour l'industrie de l'assurance. C'était à eux de prendre leurs décisions. Nous, on fixe un cadre légal, et c'est à eux de décider s'ils veulent l'utiliser ou pas.

Législation encadrant les actes médicaux

M. Drainville: Est-ce qu'il y a une loi qui définit ce qui peut être effectué par le privé, en termes d'actes médicaux, là, qui peut être offert par le privé et ce qui ne peut pas l'être? Est-ce qu'il y a une loi au Québec qui dit: Voici les actes médicaux qui sont réservés au régime public?

M. Couillard: Non, mais il faut décider ce qu'on entend par «privé». Parce que c'est un terme, là... Les cliniques d'omnipraticiens où on consulte...

M. Drainville: Alors, voilà, par des médecins non participants, à ce moment-là.

M. Couillard: Par des médecins non participants? Non.

M. Drainville: Non?

M. Couillard: Non. C'est la qualité de l'acte qui guide ça. C'est l'offre également que la personne fait. Le docteur Duval, pour ne pas le nommer, qui a une clinique de chirurgie, bien, actuellement, avant la loi n° 33, il n'y avait aucune législation qui l'encadrait — aucune — alors que maintenant, si son établissement devient un centre médical spécialisé, il doit nommer un directeur médical, il doit obtenir un agrément, il doit remplir toutes sortes de conditions, dont l'étanchéité des participants et des non-participants. En fait, comme je l'expliquais l'autre jour, c'est l'absence de cadre légal de ce qui se fait à l'extérieur des hôpitaux, notamment par les prestataires privés, qui est un des éléments qui a amené à déposer et à adopter la loi n° 33 pour en créer un qui n'existe pas actuellement et qui amène les gens à inventer littéralement des formules pour essayer de s'adapter aux lois comme ils les perçoivent.

Réaction du ministre au choix du privé par des patients pour éviter l'attente

M. Drainville: ...entendre la même chose que moi, M. le ministre. On entend de plus en plus de gens autour de nous qui disent: Regarde, j'étais tanné d'attendre. J'ai décidé d'aller au privé puis j'ai payé. On entend ça de plus en plus. Dans le fond, la question, c'est la loi du marché. On assiste à ça. On l'entend de plus en plus. Qu'est-ce que vous pensez de ça, vous, qu'il y ait de plus en plus de gens qui... Vous l'entendez comme moi, j'imagine? Vous l'observez comme moi?

M. Couillard: Oui. D'abord, le nombre réel n'est pas aussi grand qu'on pense parce que la vaste majorité des chirurgies au Québec sont faites dans le réseau public, puis

seront faites éventuellement dans le réseau public des établissements et dans des cliniques affiliées. Moi, je n'ai pas de problème avec ça. Puis il faut arrêter de voir ça de façon dogmatique. Je vois ça comme un défi au système de santé public. Si on a une attitude d'ouverture, dire: Écoutez, ces pratiques existent. D'ailleurs, elles ne sont pas fermées, puis il n'y a aucun parti politique actuellement représenté à l'Assemblée nationale qui a jamais manifesté l'intention de fermer ces cliniques-là. Moi, j'y vois plutôt un défi pour le système de santé. Comme je le disais tantôt, si on est en mesure d'offrir l'accès aux citoyens du Québec dans un délai raisonnable, ils ont peu de stimulants ou peu d'intérêt à obtenir des services à l'extérieur du système d'assurance maladie, soit en payant de leur poche ou en obtenant éventuellement des assurances. Je pense que c'est comme ça qu'il faut aborder la question.

M. Drainville: Mais vous dites que vous êtes en mesure de mesurer combien il y en a qui vont directement au privé actuellement?

M. Couillard: Non. Non.

M. Drainville: Vous ne le savez pas?

M. Couillard: On n'a aucune mesure de ça. Lorsqu'on aura des centres médicaux spécialisés de médecins non participants, ils pourront, dans leurs rapports d'activité, nous donner une idée d'ailleurs plus juste du nombre de chirurgies qui sont pratiquées. Mais actuellement on n'a pas de suivi parce qu'il n'existe pas de cadre légal. Jusqu'à l'adoption de la loi n° 33, il n'y avait aucun cadre légal pour la pratique extra-assurance maladie ou non participante, également.

M. Drainville: Mais, quand vous dites: On sait que la vaste majorité des chirurgies se font à l'intérieur du système public, dans le fond c'est une généralisation. Vous n'avez pas de chiffres quant à savoir quels sont les actes médicaux qui sont actuellement délivrés — je pense qu'on peut dire ça pour un acte médical — dans le...

M. Couillard: Mais vous parlez de médecins non participants?

M. Drainville: Voilà, toujours. Pardonnez-moi, là, mais...

M. Couillard: C'est certainement marginal parce qu'il y a plus de 15 000 médecins au Québec puis à peine une centaine de médecins non participants. En fait, le total, c'est 124. Là-dessus, il y en a une grande partie qui oeuvrent dans les domaines de la chirurgie esthétique ou l'ophtalmologie. Alors, il y a très peu... En fait, tu sais, 124 sur 15 000 quelques, là, on est dans une fraction de fraction de pourcentage, là.

Réglementation des actes médicaux offerts par des médecins désaffiliés de la Régie de l'assurance maladie du Québec

M. Drainville: O.K. Mais, si ce mouvement-là prenait de l'ampleur, qu'est-ce qui empêcherait, par exemple, éventuellement — puis là vous allez sans doute

me dire: Ça coûterait beaucoup trop cher, donc on n'en arrivera jamais là; mais qu'est-ce qui empêcherait éventuellement — un groupe de médecins de se désaffilier de la RAMQ, du régime public, et d'offrir des interventions chirurgicales, par exemple, au privé? Donc, ils sont désaffiliés, là, on s'entend, ils sont désaffiliés; j'y vais, je paie comptant ou avec ma carte de crédit, puis j'obtiens ce que je souhaite obtenir.

M. Couillard: Alors, la question est: De quels outils disposons-nous pour éventuellement contrôler le mouvement de non-participation ou de sortie du régime d'assurance maladie? C'est comme ça que je comprends la question.

Encore une fois, jusqu'à l'adoption de la loi n° 33, l'outil était assez timide. On parlait d'une interruption temporaire peut-être et de très courte durée du désengagement, alors que la loi n° 33 a renforcé — renforcé ou renforcé? renforcé? renforcé, oui — ...

M. Drainville: Renforcé.

M. Couillard: ...renforcé cette mécanique en lui donnant encore plus de dents. On aura l'article de la loi spécifique pour vous. Je ne sais pas si on l'a devant nous. Mais on a accentué le contrôle, la possibilité, pour le ministre de la Santé et des Services sociaux, de suspendre le désengagement dans une région lorsqu'on juge que l'accessibilité des patients est menacée.

M. Drainville: Comment vous pouvez faire ça?

M. Couillard: On parle de volume d'activité. Si on...

M. Drainville: Non, mais comment pouvez-vous décider que celui-là qui veut se désaffilier ne peut pas le faire alors qu'il y en a cinq ou 10 dans la région qui sont déjà sortis de la RAMQ? Est-ce que ça...

M. Couillard: C'est qu'on arrive tout simplement à un nombre où on constate la chute des volumes de chirurgies dans les établissements publics, une menace à l'accessibilité et l'accroissement des délais, et on intervient.

M. Drainville: O.K. Donc, vous dites: Il n'y en a plus qui peuvent sortir dans cette région...

M. Couillard: Voilà. C'est ça.

M. Drainville: ...socio — comment on dit...

M. Couillard: Sociosanitaire.

M. Drainville: ... — sociosanitaire, c'est ça?

M. Couillard: C'est ça.

M. Drainville: Donc, vous dites: Là, on met une barrière. Ceux qui sont sortis peuvent rester en dehors de la RAMQ, mais on ne permet plus à d'autres de sortir.

M. Couillard: C'était déjà le cas. Actuellement, il n'y a aucune limite. Un médecin qui, demain, décide

de devenir non participant peut le faire, là. Il n'est pas question de rendre ça illégal non plus. Ça fait partie des libertés individuelles, là.

M. Drainville: Mais vous ne craignez pas qu'éventuellement on assiste... Parce que les gens, entre autres les baby-boomers qui prennent leur retraite, ils ont — pas tous, mais un certain nombre, plusieurs d'entre eux en fait; ils ont — des bons régimes de retraite, la maison est payée, leur revenu disponible est quand même assez élevé dans certains cas, et ils n'ont pas le goût d'attendre, ils n'ont pas le goût de se mettre sur une liste d'attente, et donc ils peuvent payer comptant pour des interventions. Vous n'avez vraiment aucune crainte que le nombre d'interventions ou d'actes médicaux qui sont offerts par des médecins désaffiliés de la RAMQ augmente dans les années à venir?

M. Couillard: Bien, écoutez, si le nombre était passé de 100 à 600 depuis qu'on est là, j'aurais une certaine crainte. Ça fait quand même plus de quatre ans, là, puis le nombre n'a pas varié de façon significative. Et, moi, je ne pense pas que ça va être une avenue que beaucoup de médecins ou même un nombre significatif de médecins vont vouloir entreprendre. Malgré les plaintes qu'on a et les négociations actuelles où les médecins veulent voir leurs revenus augmenter, il n'en reste pas moins qu'on a créé, avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, un système de garantie de revenus très élevés par rapport aux autres citoyens du Québec, dès la première année de la profession. Nommez-moi une autre profession, incluant celle que vous avez déjà pratiquée, où, la première année qu'on travaille, on est aussi bien payé que quelqu'un qui travaille depuis 25 ans. Ça n'existe pas. Ça n'existe que par le système d'assurance maladie parce que les revenus sont intéressants. À moins que vous ayez accès aux postes les plus élevés de la hiérarchie journalistique dès vos débuts.

M. Drainville: Mon recherchiste, M. Gobeil, me souffle à l'oreille: Le métier de député. Mais on ne parle pas tout à fait des mêmes honoraires, M. le ministre.

Il ne doit pas me rester beaucoup de temps. Il me reste quoi? Deux, trois minutes?

Le Président (M. Kelley): Une dernière question.

M. Drainville: Si j'avais dit: Deux, trois autres questions, vous m'auriez peut-être donné deux, trois autres...

Le Président (M. Kelley): Bon, j'essaie de diviser le temps. Vous arrivez à 15 minutes. Je vais réserver le dernier bloc pour à ma droite. Alors, une dernière question, s'il vous plaît.

M. Drainville: O.K. Oui. Pouvez-vous l'ajouter à mon prochain?

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Drainville: On va faire ça, O.K...

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

M. Drainville: ...plutôt que d'entreprendre une nouvelle discussion, s'il vous plaît.

Le Président (M. Kelley): Parfait.

M. Couillard: ...l'article de loi qu'on a introduit pour la question de la non-participation, qui est amélioré par rapport à l'entente préalable. Lorsqu'on considère donc qu'il y a une menace à l'accessibilité, ce qu'il fait, c'est qu'on détermine, à partir d'une date d'entrée en vigueur qui est déterminée par règlement, que les médecins qui seraient non participants ne peuvent être payés plus que les tarifs de l'entente de l'assurance maladie du Québec, ce qui en fait est un désincitatif au désengagement total et ce qui est en fait beaucoup plus efficace. Et bien sûr la régie, à ce moment-là, rembourse les personnes qui ont eu à payer ces médecins, mais selon le tarif des ententes.

Le Président (M. Kelley): Ça va, M. le député? Oui?

M. Ouimet: ...consentement pour qu'il prenne le reste des 10 minutes, s'il veut amorcer le bloc. Et les cinq minutes qui resteront, eh bien, seront imputées sur son bloc à venir. Moi, j'ai compris qu'on prenait nos enveloppes de temps de 20 minutes jusqu'à épuisement, sinon on va se passer la rondelle comme ça pour s'assurer d'avoir toujours des blocs de 20 minutes complets. Je ne sais pas si vous saisissez ce que je dis, là.

Le Président (M. Kelley): On n'a pas procédé comme ça, M. le député. Moi, j'essaie de faire l'alternance et j'arrive au... Il reste un 10 minutes.

M. Ouimet: Mais il reste cinq minutes au bloc de notre collègue du Parti québécois.

Le Président (M. Kelley): Non, non, parce qu'on a procédé par les blocs de 15 minutes depuis le départ.

M. Ouimet: Ah, 15 minutes. Bien.

● (17 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): Et on était à 15 min 10 s, si on veut... Alors, il reste une dizaine de minutes.

Mme la députée de Soulanges, avez-vous une question à poser? Mme la députée de Soulanges.

Bilan concernant l'accès gratuit aux médicaments

Mme Charlebois: Oui. Merci, M. le Président. Tantôt, quand j'ai parlé des aînés, j'ai fait allusion à la gratuité des médicaments, mais ça concerne aussi les personnes les plus démunies de notre société, là, ça ne concerne pas que les aînés. Et il y a quatre grands axes identifiés dans la Politique du médicament, et j'aimerais vous entendre, M. le ministre, sur l'accès aux médicaments à un prix raisonnable et sur l'élargissement de la gratuité pour un plus grand nombre de personnes. Et, si ça vous était possible, de nous dire, depuis 2003, combien il y a de personnes de plus qui ont accès à des médicaments gratuitement, les médicaments qui sont exigés évidemment par leur état de santé, là.

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

M. Couillard: Alors, effectivement, M. le Président, c'est un grand paradoxe. D'ailleurs, tantôt, le député de Marie-Victorin disait que le régime général d'assurance médicaments était une belle réalisation de son parti politique. C'est vrai jusqu'à certain point, et là il faut relativiser les choses.

D'abord, c'est que les coûts initiaux du régime, notamment les primes, ont été délibérément — peut-être; je ne voudrais pas imputer de mauvaises intentions, mais — fixés très en deçà des coûts réels, ce qui fait qu'après la première et deuxième année il a fallu faire une augmentation très rapide des primes pour rejoindre le coût réel du régime. Ensuite, c'est que l'accentuation ou l'accès amélioré pour plusieurs Québécois, il faut le dire, par la création du régime général d'assurance médicaments, s'est accompagné du retrait de la gratuité à certaines populations vulnérables, comme les aînés et les prestataires d'aide sociale, ce qui est paradoxal pour une formation politique sociodémocrate ou théoriquement sociodémocrate.

Alors, en 2001, il y a eu réintroduction de la gratuité pour les prestataires d'aide sociale puis d'assistance-emploi avec des séquelles sévères, mais on a laissé en plan les aînés, et les assistés sociaux, et les prestataires d'assistance ou d'aide à l'emploi qui sont considérés comme sans séquelles permanentes.

Alors, nous avons, depuis le début de notre mandat en 2003, redonné la gratuité à plus de 300 000 personnes, 325 000 personnes démunies dont on avait retiré la gratuité au cours des années qui ont précédé: d'abord les personnes âgées de 65 ans et plus, au nombre de 45 000, qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti, puis la gratuité des personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent 94 % de plus du supplément de revenu garanti, et les prestataires d'assistance-emploi qui n'ont pas de séquelles permanentes, compte tenu du bas revenu de ces personnes-là. Alors, c'est 325 000 personnes auxquelles on a redonné la gratuité des médicaments compte tenu de leurs bas revenus et de leur vulnérabilité. Je pense qu'on pourra dire qu'il était temps que le Parti libéral arrive pour mettre fin à la dérive néolibérale du Parti québécois.

Le Président (M. Kelley): ...Soulanges.

Objectifs concernant l'accès gratuit aux médicaments pour les personnes âgées

Mme Charlebois: Je vous dirai, M. le ministre, que j'ai eu à quelques reprises des échanges avec des gens qui me parlaient justement de la gratuité des médicaments et qui m'ont dit avoir fait le choix — et je vous dirai que ça m'a un peu gâchée en ce sens que ça m'a atteinte; qui ont fait le choix — entre se nourrir et prendre des médicaments, et c'étaient justement des gens de la clientèle vulnérable, là, à l'assistance-emploi. Alors, je peux vous dire que ces gens-là sont particulièrement heureux que la gratuité soit rétablie.

Maintenant, est-ce qu'on a un objectif pour les années qui viennent, pour les personnes âgées notamment? Parce que là on a 94 % de supplément de revenu garanti maximum.

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

M. Couillard: Bien, on prend toujours soin, puis on le verra encore cette année, dans les décisions finales, une fois la recommandation de la régie faite et la décision finale du gouvernement, de protéger notamment les aînés à faibles revenus.

Il faut réaliser que les aînés à faibles revenus, donc qui ont le supplément de revenu garanti partiel, paient des montants quand même appréciables mais très inférieurs à la valeur des médicaments qui sont consommés. C'est-à-dire, on parle souvent de contributions annuelles maximums de quelques centaines de dollars — c'est quand même beaucoup pour une personne qui a un revenu bas — mais dans des situations où la consommation des médicaments atteint des niveaux de l'ordre de plusieurs milliers de dollars, ce qui montre encore une fois à quel point le contribuable et l'État prend en charge largement ce programme-là. On a quand même fait un effort majeur: 325 000 personnes à qui on aura donné la gratuité, c'est important.

Je pense qu'il faut observer la situation pour quelque temps. Le coût des médicaments augmente continuellement. Il faut être équitable avec les autres personnes qui sont dans le régime, notamment les adhérents ou les travailleurs autonomes, qui, eux, ont des primes à payer et qui se trouvent partiellement — parce que le gros du financement vient du fonds consolidé puis de l'ensemble des contribuables, mais partiellement — à soutenir également la partie assistance du programme d'assurance médicaments. Mais il faut être également équitable avec les gens qui sont sur les régimes privés collectifs.

Mme Charlebois: Est-ce que je peux ajouter que j'ai entendu, lors d'une commission parlementaire précédente — et je pense que c'était alors que vous faisiez une consultation justement sur la Politique du médicament — l'ex-député de Borduas, M. Jean-Pierre Charbonneau, qui avait reconnu que c'était une erreur de la part du Parti québécois, là, de tenter de forcer les assistés sociaux à payer leurs médicaments. Il a même dit: Il y a des mauvais choix qui sont faits quand on est au gouvernement. Cela a été un mauvais choix, je pense, de dire... Alors, je salue notre ex-collègue de reconnaître qu'il y a eu une petite erreur, M. Charbonneau, qui avait reconnu qu'il y avait eu un petit manque, là, à ce niveau-là.

Mais, comme je vous dis, je vous réitère, là, que pour les personnes qui sont dans une situation de vulnérabilité, c'est extrêmement important de ne pas avoir à faire le choix entre se nourrir et prendre nos médicaments.

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

M. Couillard: Et M. Charbonneau clairement faisait la part des choses, M. le Président: l'apparence de social-démocratie et les politiques réelles. C'était d'ailleurs tout à fait agréable de discuter avec lui. Il avait une liberté de parole absolument considérable, qui d'ailleurs, je crois, a laissé des traces dans son groupe parlementaire. Mais on peut dire que M. Charbonneau était un libre penseur, oui, mais également un véritable progressiste. Il n'hésitait pas à affirmer ses principes, même aux dépens de ce qu'avait accompli sa formation politique alors qu'elle était au gouvernement.

C'est quand même pour moi un important paradoxe, là, si on regarde la question de l'indexation des prestations d'aide sociale, si on regarde l'assurance médicaments, le plan de lutte à la pauvreté, l'aide aux familles à bas revenus, que toutes ces mesures aient été mises en place par le parti qui, soi-disant, est un parti de droite, alors qu'elles avaient été abandonnées par le parti qui, soi-disant, était un parti de gauche, ce qui nous ramène au principe bien connu que tout est dans tout, ou inversement, hein? Il ne faut jamais penser que les choses sont ce qu'elles paraissent être. Alors, l'étiquette de social-démocratie, dans les faits, d'après moi, c'est impossible de l'accoler au Parti québécois pour les dernières années de leur séjour au gouvernement. En fait, c'est des politiques de centre droite qui ont été appliquées dans ces années-là: la lutte au déficit, les coupures de budgets des services publics, le retrait de gratuité des médicaments, l'absence de plan de lutte à la pauvreté, la non-indexation des primes, des prestations pour l'assistance-emploi. Et on attend avec beaucoup...

Une voix: ...

M. Couillard: Oui, à quels coûts et qui paie pour ça?

Alors, on attend avec beaucoup d'espoir l'arrivée à l'Assemblée d'une des personnes qui a été au coeur de toutes ces décisions-là, qui viendra, j'espère, nous rejoindre bientôt à l'Assemblée pour qu'on puisse en débattre.

M. Drainville: Vous ne perdez rien pour attendre, M. le ministre.

Mme Charlebois: Oui, c'est ça. En ce qui concerne les médicaments, peut-être qu'au retour on pourra parler du bon usage des médicaments. Mais là, compte tenu de l'heure, M. le Président, je pense que...

Le Président (M. Kelley): Parfait. Alors, compte tenu de l'heure, on va suspendre nos travaux jusqu'à 20 heures. La salle, ici, va être barrée; alors, si les membres de la commission veulent laisser leurs documents, on peut le faire. Et on va reprendre nos travaux à 20 heures, ce soir, dans la même salle. Alors, je suspends les travaux de la Commission des affaires sociales.

(Suspension de la séance à 17 h 59)

(Reprise à 20 h 7)

Le Président (M. Kelley): ...M. le ministre, les membres de la commission, la dernière partie de notre exercice, côté santé, commence. Juste pour l'information, il reste dans les temps, les enveloppes qui étaient allouées pour les trois formations politiques: l'opposition officielle, il vous reste 53 minutes; le deuxième groupe de l'opposition, il vous reste 45 minutes; et pour le whip et député de Papineau, 1 h 16 min. Alors, ça nous amène à prendre un vote sur les programmes que nous avons déjà mentionnés à 22 h 50, ce soir. Alors, si ça va avec tout le monde, je vais essayer de gérer le temps. Avant de commencer, M. le ministre.

Mécanisme de garantie d'accès à des interventions chirurgicales ciblées**Coût unitaire des chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou (suite)**

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, je donne suite à une demande qui a été faite par le député de Marie-Victorin sur les coûts unitaires des chirurgies dans les hôpitaux publics. Je suis en mesure de les communiquer, les coûts moyens, les coûts unitaires moyens de trois chirurgies, les trois chirurgies qui sont impliquées dans la première phase de la garantie d'accès, prothèse de la hanche, prothèse du genou et chirurgie de la cataracte. Il faut noter que ces montants excluent les honoraires des médecins, qui sont facturés directement à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et incluent, pour les deux prothèses, hanche et genou, la réadaptation. Donc, ce n'est pas uniquement l'épisode de soins à l'hôpital, mais également la réadaptation qui suit, sachant que, dans les contrats de cliniques affiliées, on voudra vérifier également l'aspect réadaptation, si on en fait pour ces chirurgies-là.

Alors, le coût moyen des prothèses de hanche, c'est 11 000 \$; les prothèses de genou, 10 600 \$, incluant la réadaptation, excluant les honoraires médicaux; cataractes, 1 200 \$, encore une fois excluant les honoraires médicaux. Voilà.

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

M. Drainville: ...soumettre des prix qui excluent la réadaptation. À ce moment-là, est-ce qu'il est possible de ventiler les deux montants, les séparer? Non?

M. Couillard: Ils peuvent le ventiler dans leurs suggestions, leurs propositions, mais la loi indique que leurs épisodes de soins doivent être intégrales... ou intégraux, pardon, et couvrir — intégrales ou intégraux au pluriel?

Une voix: C'est l'épisode qui doit être intégré.

M. Drainville: Intégré l'un à l'autre, oui.

M. Couillard: ...non, les épisodes. Bon — et inclure la réadaptation. Ils ne peuvent pas juste faire la chirurgie, il faut qu'ils fassent la réadaptation.

Le Président (M. Kelley): ...M. le ministre. Si vous voulez revenir, M. le député, vous aurez le temps. Alors, je vais procéder avec notre 14e rotation. Je propose pour l'opposition officielle... je vais essayer de faire trois blocs de 17 minutes au cours de la soirée... ou 18 minutes, pour votre 53 minutes qui reste. Alors, M. le député de La Peltre, la parole est à vous.

État du projet d'informatisation du réseau de la santé (suite)**Mode de gestion du dossier-patient informatisé**

M. Caire: Merci, M. le Président. Alors, pour ce premier bloc, je voudrais aborder la question du

dossier-patient informatisé, qui a déjà été abordé par mon collègue de Laurier-Dorion, parce que c'est un projet qui est majeur au niveau du ministère de la Santé, et, dans sa réponse et dans l'étude qu'on a faite du projet, il y a des éléments qui ont retenu notre attention et qui ont besoin de clarifications.

Je dois dire, M. le Président, d'entrée de jeu, que, sur le principe, le projet m'apparaît être une excellente idée. Bien sûr, à titre d'informaticien, je ne peux pas être contre l'informatisation des dossiers-patients. Par contre, dans l'application, il y a des éléments qui ont soulevé des doutes. Alors, au niveau peut-être plus technologique, le ministre de la Santé a dit, hier, qu'on avait rejeté l'idée d'avoir une banque de données centrale pour délocaliser les banques au niveau régional. Les questions que ça soulève de notre côté, c'est au niveau de l'intégrité des données qui vont être conservées, au niveau de la redondance de la synchronisation, comment tout ça va s'orchestrer, et aussi au niveau d'avoir une donnée qui est cohérente, à savoir: Si, moi, je suis patient ici, à Québec, j'ai donc un dossier, et si je déménage dans une autre région, j'ai un dossier, comment on fait pour gérer les demandes d'information de façon à avoir une idée globale de ce qui se fait? Donc, comment tout ça va s'orchestrer?

● (20 h 10) ●

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

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Effectivement, je dirais qu'une valeur ajoutée du projet, de l'architecture qui a été mise en place, c'est: au lieu de nous doter d'une banque centralisée de données, il s'agit de plusieurs banques régionalisées mais qui sont toujours en interconnexion. Et parmi les fonctions de la Régie de l'assurance maladie du Québec, parce que la Régie de l'assurance maladie du Québec a d'importantes responsabilités dans la mise en oeuvre de ce plan-là — d'ailleurs ils sont avec nous, les personnes de la régie, si vous voulez qu'ils fassent un exposé plus technique de leur rôle dans les programmes, ils sont disponibles pour le faire — parmi leurs fonctions se trouve la fonction d'agent localisateur. C'est-à-dire que vous avez donné l'exemple, je crois, de quelqu'un qui habite à Québec puis qui déménage dans les Laurentides, bien le dossier ne déménage pas avec vous. Ce qu'il y a comme données régionales de Québec, ça reste là, ce que vous accumulez comme nouvelles données à Laurentides, ça s'inscrit là, si vous allez en vacances en Gaspésie, s'il vous arrive malheur là-bas, vous allez également inscrire des données dans la banque de données gaspésienne. Lorsqu'un médecin ou un professionnel habilité fait une demande de consulter votre dossier, l'agent localisateur, via la régie, localise tous les endroits, toutes les banques régionales où votre identité se trouve, où il y a des renseignements, et ils sont intégrés et présentés sur une version combinée au médecin ou au professionnel qui en fait l'examen.

Sur le plan de la sécurisation et de la redondance, dans le projet de loi, on a énormément insisté sur tout l'aspect sécurité. Il y a des sanctions pénales extrêmement sévères qui sont prévues pour les utilisations non permises. Un avantage du mode d'accès qu'on a choisi, puis je suis certain que notre collègue est plus familier encore que nous avec ça parce qu'il vient du milieu des technologies

de l'information, c'est un modèle d'accès à clé publique, au lieu d'un accès à mot de passe. Ce qui fait que tous les accès sont journalisés. C'est impossible d'avoir accès au système sans y laisser une trace minutée et de savoir de quel type d'information on s'est servi, qu'est-ce qu'on a fait, qui on était. Je pense que, sur le plan de la sécurité, il y a un progrès important.

Mais, pour la question de la localisation, je pense que ma question a probablement répondu à l'interrogation de notre collègue... ma réponse, pardon.

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltre.

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Ce que je comprends aussi de ce type de système là, c'est qu'il est intrinsèque au réseau hospitalier. Corrigez-moi si je me trompe, mais les cliniques externes... Bon, de quelle façon on va donner accès, on va donner un accès public à l'ensemble du système si on passe par un réseau privé?

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

M. Couillard: Alors, bien sûr, la circulation à l'intérieur des établissements et entre les établissements est déjà assurée par ce qu'on appelle le réseau RTSS, le réseau de transmission des données du réseau socio-sanitaire, là — c'est un grand terme — qui est la grande bande passante pour le réseau de la santé, qui va être rehaussé, qui est en voie de rehaussement et qui va être rehaussé pour capter tout le volume d'information qui va maintenant y cheminer.

La loi n° 83 — encore elle — permet et codifie le passage d'information à l'extérieur de l'établissement, parce qu'on n'avait pas besoin de changement législatif avec les centres de santé et de services sociaux pour envoyer l'information d'un CLSC à l'autre ou du CLSC à l'hôpital. Maintenant qu'ils sont intégrés et qu'ils ne forment qu'une seule entité légale, la circulation d'information à l'intérieur de l'établissement était de toute façon assurée. Là où il a fallu adopter un cadre légal, législatif, c'est pour assurer la circulation de l'établissement vers les cliniques médicales. Exemple, un groupe de médecine de famille, un cabinet de médecins va avoir accès bien sûr à ça. Et l'autoroute pour y arriver — est-ce que c'est le RTSS également?

Une voix: Oui.

M. Couillard: ... — entre la clinique et l'hôpital, c'est également le même RTSS, le même réseau socio-sanitaire qui va être utilisé. Et c'est une application qui est bien sûr conforme aux dernières découvertes ou avancées, sur une base Web, donc qui est très intuitive et très facile d'utilisation pour les professionnels. En passant, M. le Président, il y a des démonstrateurs qui existent au ministère, des données sur l'architecture du système d'information, sur lequel on pourra échanger également et qui sont disponibles dans toutes les régions du Québec également.

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltre.

Critères de choix et coût-bénéfice du réseau de transmission utilisé

M. Caire: Oui. M. le Président, j'essayais d'évaluer les coûts du système dont parle le ministre versus l'utilisation d'un réseau comme Internet, par exemple. Est-ce que ça, ça a été évalué? Et quels sont les impacts qui ont amené à choisir un réseau RTC plutôt qu'un réseau comme Internet?

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

M. Couillard: C'est un aspect de sécurisation du réseau qui, me dit-on, a expliqué ce choix-là.

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltre.

M. Caire: Oui. M. le Président, j'essaie d'évaluer, parce que, bon, la plupart des grandes banques sont sur Internet, permettent des transactions sur Internet, il y a plusieurs entreprises qui permettent des transactions sur Internet avec des réseaux internes sécurisés, dont on dit que la sécurité est importante, en quoi le réseau proposé par le ministère va amener un surcroît de sécurité par rapport à ce qui se fait, qui est cautionné par des institutions financières, là. Puis, habituellement, ils ne lésinent pas sur la sécurité, là.

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

M. Couillard: C'est-à-dire qu'on ne crée pas un nouveau réseau, le réseau existe. Mais c'est certain qu'entre la clinique et le RTSS il y a un lien Internet, ça ne se fait pas directement. Il n'y a pas un câble du RTSS qui passe dans la clinique du médecin. Donc, ce que ça prend essentiellement, c'est un ordinateur connecté au Web qui, lui, entre sur le réseau RTSS qui, lui, régit des communications entre les banques de données régionales, la Régie de l'assurance maladie, etc.

Je voudrais indiquer au collègue, qui naturellement, compte tenu de ses antécédents, a certainement un gros intérêt à ce projet-là: s'il désire un briefing technique sur l'architecture informatique, l'aspect technologique, on est disposés à le lui organiser avec le sous-ministre qui est responsable de ce projet-là et son équipe, de la même façon que je lui ai offert l'autre jour... ce matin, pour la santé publique, pour les maladies à déclaration obligatoire. Il a juste à nous indiquer, par son équipe, sa volonté d'avoir le briefing, et on l'organisera pour lui.

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

M. Caire: Oui, merci, M. le Président. Je prends note avec intérêt de la proposition du ministre, mais, dans le cadre de l'étude des crédits, ma question s'orientait plus sur l'aspect coût-bénéfice de ces choix-là, qui m'apparaissent être d'intérêt public. Donc, sur cette question-là, je n'ai pas eu la réponse et j'aimerais vous entendre, M. le ministre.

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

M. Couillard: Bien, sur l'aspect coût-bénéfice, compte tenu du volume d'information qui passe, à mon

avis il est beaucoup plus avantageux d'utiliser le réseau déjà existant, même rehaussé. Et là on pourra avoir des conversations techniques là-dessus. Mais ce n'est pas comme si on créait un réseau de transmission sociosanitaire pour le projet, le réseau existe déjà. De toute façon, il faut le rehausser pour la transmission des images radiologiques numérisées, les vidéoconférences, et du volume accru de données qui y cheminent. C'est en cours. Alors, on l'utilise en même temps.

Version simplifiée de la formule de consentement pour la transmission des données

M. Caire: M. le Président, dans un aspect plus pratico-pratique, puisque le ministre m'offre le briefing technique, j'accepte avec beaucoup de plaisir, et on embarquera donc dans la faisabilité du projet.

Est-ce qu'il a été évalué que l'utilisation de ce nouveau système là pourrait amener un certain nombre d'irritants? Je pense entre autres aux médecins omnipraticiens, qui ont déjà décrié certains aspects. Le ministre a fait mention, hier, par rapport à la question du député de Laurier-Dorion, que, sur la formule de consentement, on aurait une formule allégée de ça. Est-ce que le ministre peut élaborer sur ce qu'il appelle une formule allégée?

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

● (20 h 20) ●

M. Couillard: Oui. D'abord, c'est des demandes des deux fédérations médicales depuis des temps immémoriaux, là. On ne trouvera pas une intervention publique, ici ou ailleurs, des fédérations, sur la question de l'organisation des soins, où on n'a pas demandé instantanément au gouvernement, depuis des années, à informatiser le réseau de santé. Alors, il ne faut pas non plus transformer la bonne nouvelle en mauvaise nouvelle. Ce n'est pas ce que fait le député, là, mais, par certaines déclarations, il faut être prudent avec ça.

Essentiellement, l'aspect qui semble rebuter... En fait, il y a deux aspects. Les gens ont vu des systèmes préalables, que certains ont essayés dans certaines régions, où il y a eu des problèmes techniques. Alors, bien sûr, comme tout le monde qui a un système informatique devant eux, ils craignent qu'il y ait des problèmes, des bogues, comme on dit chez nous, et qu'il y ait des difficultés. Raison pour laquelle on a un projet pilote ici, à Québec, pour être bien certains que ça va fonctionner correctement.

L'autre aspect qui, je crois, inquiète un peu les médecins, compte tenu de leur charge de travail, c'est la question de l'obtention du consentement. C'est ce que j'ai entendu le plus souvent dans les conversations. Je rappelle qu'on n'a pas fait ici le choix, et on était obligés de ne pas le faire, on ne pouvait pas le faire autrement, comme dans d'autres juridictions où le consentement était implicite. Ailleurs, à partir du moment où vous décidez d'avoir des soins, où vous allez voir un médecin, implicitement on assume que vous donnez votre consentement. Ici, au Québec, plusieurs associations de citoyens puis les organismes comme la Commission d'accès à l'information se sont objectés à ça. Donc, il faut un consentement explicite enregistré quelque part.

La gestion des consentements fait également partie de la mission de la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'obtention des consentements n'est pas

nécessairement la responsabilité des omnipraticiens et des médecins en général. On essaie d'ailleurs, actuellement, de dégager d'autres pistes pour que les consentements soient obtenus pour dégager du temps des médecins, pour qu'ils n'aient pas à utiliser leur temps clinique pour faire ça. Mais je suis certain que, les médecins du Québec, le jour où ça va être sur leur bureau, les résultats de laboratoire, de radiologie, la liste des médicaments, les données d'urgence des patients, ça va amener une grande amélioration de leur qualité de pratique, la qualité des soins aux patients également.

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Je veux, d'entrée de jeu, rassurer le ministre: mon idée n'est pas de faire peur à qui que ce soit, là, par rapport aux dossiers informatisés. Par contre, par expérience, j'ai vu énormément de bons projets informatiques mourir au cimetière de l'informatique parce que justement on n'avait pas tenu compte des craintes des usagers. Et ce qui se passe dans 100 % des cas, c'est que les usagers ne deviennent pas justement des usagers et continuent, à l'interne, à reproduire leur pratique du quotidien. Alors, je veux tout simplement m'assurer que les futurs usagers de ce système-là vont être confortables et vont d'emblée reconnaître les bénéfices, pour le système, de l'introduction d'un logiciel comme celui-là.

Et c'est pourquoi je repose la question au ministre, parce que c'est un élément qui est extrêmement important pour les médecins, puis je pense que le ministre l'a reconnu lui aussi: Qu'est-ce qu'on appelle une formule allégée, là? Vous me dites: Ce n'est pas nécessairement le médecin qui va aller chercher le consentement. Est-ce que quelqu'un, à l'hôpital, va être chargé d'administrer cette partie-là? Parce que, de façon personnelle, j'ai consulté à quelques reprises, dans ma vie, puis je n'ai jamais eu à signer de consentement. Donc, en quoi l'informatisation de mon dossier amène cette problématique-là, là?

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

M. Couillard: Il faut qu'il y ait un consentement pour la transmission des données. C'est ce que j'expliquais, je n'ai peut-être pas été assez clair...

M. Caire: ...la transmission.

M. Couillard: Il faut que le citoyen explicitement donne son consentement à ce que ses informations médicales ou certaines de ses informations médicales circulent à l'extérieur d'un établissement, vers une clinique privée ou un autre partenaire. C'était ça, le problème légal ou éthique qu'on a débattu ici, avec la loi n° 83. D'ailleurs, la version initiale du projet de loi présentait le mode de consentement implicite, comme il y a ailleurs, et ça a été rapidement critiqué ici, en commission parlementaire, de même que par les organismes tels que la Commission d'accès à l'information.

Il est clair que ça alourdit un peu le système. Ailleurs, je répète, on n'a pas fait ça. Mais on est dans une société où les gens s'expriment, puis ils veulent absolument s'assurer que leurs droits soient respectés puis que... Le gage de fiabilité de ce système-là, c'est

que les gens aient confiance quant à la sécurité puis la communication de ces données-là, et c'est pour ça qu'on est allés vers un consentement explicite. Donc, ce n'est pas le consentement de voir le médecin ou d'avoir des traitements, c'est le consentement, qui doit être obtenu une fois tous les cinq ans et qui peut être révoqué à tout moment, que nos données circulent sur la toile et sur le réseau RTSS, à l'extérieur de l'établissement de santé. Maintenant, il n'est pas nécessaire que ce soit le médecin qui rencontre le patient qui obtienne ce consentement-là, ça peut être un autre intervenant du système de santé qui enregistre ce consentement-là, le transmet et permet qu'il soit répertorié. Et je répète que ce consentement-là est valide pour cinq ans puis qu'il est révocable en tout temps.

Ce qu'on sait, par exemple, dans les cas où il y a eu des expériences pilotes, où il y a eu d'ailleurs des problèmes techniques, comme le projet SI-RIL, à Laval — que le député de La Peltre connaît peut-être un peu ou dont il a peut-être entendu parler, c'est un projet pilote qui a précédé de loin ce qu'on fait actuellement — plus de 90 % des citoyens donnent leur consentement. Logiquement, le citoyen veut aider le médecin à mieux le traiter, et la grande majorité des gens donnent leur consentement pour la transmission des données. Alors, on a ça en considération actuellement.

Maintenant, pour toute la question de l'intégration de ce système-là dans les pratiques... Parce que ce qu'a dit le député est très important: ce n'est pas parce qu'on lance un nouvel outil technologique que les gens vont forcément changer leur façon de faire ou leur pratique. C'est pour ça qu'à même le budget du projet, un, il y a un budget pour la gestion du changement dans les établissements et dans les régions où ceci va être introduit, deuxièmement, M. Maurice Boisvert, qui est le sous-ministre responsable de la mise en place — et c'est son équipe qui éventuellement fera le briefing technique aux collègues — s'est adjoint un médecin pour que le point de vue médical, le point de vue clinique soit toujours présent dans ses préoccupations. Il y a eu des tournées régionales. Toute l'équipe a fait la tournée de toutes les régions du Québec en faisant la même présentation, en répondant aux mêmes questions et en recueillant également les craintes et les préoccupations des gens. Alors, je dirais que, sans que bien sûr ce soit parfait, comme toute chose qu'on fait dans la vie en général, il y a quand même eu ici plusieurs précautions.

Maintenant, pour ce qui est de la fiabilité de la robustesse des systèmes, c'est là que notre collaboration avec Inforoute Santé Canada est utile parce qu'il n'y a pas un seul des sous-projets du projet d'informatisation de santé qui n'a pas fait l'objet d'un prétest technique, d'un test de robustesse par Inforoute Santé Canada, en se souvenant que, parce qu'on est avec Inforoute Santé Canada, les produits que nous développons au Québec — et là il y a une source d'expertise pour nos industriels des technologies de l'information — peuvent par la suite être exportables dans le reste du Canada. Alors, Inforoute s'assure que les projets et les produits sont robustes et résistent à l'utilisation pratique. Mais on aura une meilleure indication de cela lorsqu'on déploiera la première expérience pilote ici même, à Québec, là, au cours des prochains mois.

Le Président (M. Kelley): Et une dernière question dans ce bloc, le député de La Peltre.

M. Caire: Vous le dites avec le sourire en plus, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Ça devient une tradition.

Non-disponibilité de l'historique des diagnostics dans le dossier-patient informatisé

M. Caire: Oui. M. le Président, on constate, dans la liste des gains, qu'il y a un élément qui est absent, ou je ne sais pas si c'est parce que c'est implicite, mais il semble que, dans le dossier-patient informatisé, l'historique des diagnostics ne soit pas accessible. Est-ce que le ministre peut nous expliquer pourquoi? Parce qu'il m'apparaît qu'un outil comme celui-là devrait permettre d'avoir accès à ce genre d'information là, là.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, dans les débats qui ont entouré l'adoption de la loi n° 83, de longues heures et de longues semaines ici, dans le salon rouge, cet élément-là a été discuté très longuement, et je dirais que la vaste majorité des représentants de patients qui sont venus témoigner ici s'opposaient à ce que les diagnostics soient inclus dans le dossier santé électronique. Pourquoi? Parce que, si on a un problème de santé mentale, par exemple, on n'est pas tout à fait intéressé à ce que le diagnostic soit sur la page de l'ordinateur. Si on est une femme et qu'on a eu une interruption volontaire de grossesse il y a quelques années, on n'est pas non plus intéressée à ce que ça se retrouve sur ça.

Et là la proposition nous a été faite, une fois qu'on a accepté de ne pas mettre les diagnostics... Et là également tous les organismes d'éthique, que le député connaît, qui sont rentrés dans le débat sont allés dans cette direction-là également de ne pas inclure les diagnostics — et je vais revenir là-dessus, parce qu'en pratique un médecin expérimenté va être capable de les déduire, les diagnostics, d'après ce qu'il y a sur le site. Une fois qu'on a fait ce débat-là, il y en a qui nous ont proposé: Bien, permettez-nous... permettez au patient de dire quels éléments il veut retirer du dossier santé électronique, et ça, on a refusé parce qu'à partir du moment où il y a un doute... Si je suis médecin, puis j'ai devant moi un écran d'ordinateur, et je ne sais pas si le patient qui est devant moi a demandé qu'on en retire certains éléments, les données ne sont pas fiables, c'est comme si je n'avais rien devant moi.

Alors, ce qu'on a dit aux gens: D'accord, on va retirer les diagnostics, on va mettre la liste des médicaments — puis, en passant, quand on pratique la médecine, quand on regarde la liste des médicaments que quelqu'un prend, en général on a une bonne idée des problèmes de santé que la personne présente; on va mettre la liste des médicaments — les résultats de laboratoire, même chose, les résultats d'examen radiologiques, même chose également, mais on ne permettra pas un système à la carte où un citoyen peut décider: Mais ne mettez pas ce résultat d'analyse là, ne mettez pas ce résultat de radiologie là. Ou bien on consent et on a toutes ces informations pour le médecin ou bien on ne consent pas. Ça a été de très longs débats ici, en commission.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin.

Régime d'assurance médicaments (suite)

Impact de l'indexation du prix des médicaments sur l'augmentation des primes

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, M. le ministre, comme il ne nous reste pas beaucoup de temps, on va essayer de poser le maximum de questions et d'obtenir, je l'espère, le maximum de réponses.

D'abord, une question sur l'assurance médicaments: Est-ce que vous pouvez nous dire quel sera l'impact du dégel du prix des médicaments sur l'augmentation des primes?

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

● (20 h 30) ●

M. Couillard: Minime parce que, compte tenu de l'ampleur du programme d'assurance médicaments, un phénomène comme l'indexation, j'aime mieux parler d'indexation parce que, pour les citoyens qui nous écoutent, il faut toujours rappeler que c'est au niveau de l'inflation de certains médicaments inscrits, est une fraction de pourcentage des déterminants de l'augmentation des coûts. Alors, en général, ça va représenter moins de 1 %, en fait moins de 0,5 % des augmentations de prime annuelle.

Il faut également rappeler qu'à cette indexation des médicaments d'innovation, qui représente un coût qu'on a expliqué à de nombreuses reprises — et, en passant, mon collègue M. Charbonneau, qui était dans le fauteuil de critique, et son parti, votre parti, étaient d'accord avec le processus d'indexation, compte tenu de la situation de l'industrie pharmaceutique au Québec et de son rôle dans notre économie — mais, associée à cette indexation-là, il y a la révision du prix des génériques qui, elle, représente une économie. Alors, si on met l'un par rapport à l'autre, ça s'annule presque complètement.

C'est la raison pour laquelle, lorsqu'on a publié la *Politique du médicament*, on a, pour rassurer les citoyens, avec des calculs qui étaient très explicites et démontrés, montré que, dans un programme qui coûte 2,1 milliards de dollars au net, actuellement, le fait d'avoir une indexation qui peut entraîner des coûts autour d'une vingtaine de millions de dollars par année, par rapport à une baisse des prix des génériques qui, elle, peut apporter des économies de l'ordre de 50 à 60 millions de dollars sur une base annuelle, l'un dans l'autre, il n'y a pas d'impact. Il y a un petit impact, mais il est très, très peu significatif.

Alors, pour répondre à la question du député, on estime actuellement que cette indexation ne représentera qu'une fraction de pourcentage des augmentations annuelles de prime.

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

M. Drainville: Merci. Parlons un peu de la commission Castonguay.

M. Couillard: M. le député...

M. Drainville: Oui.

M. Couillard: ...juste ajouter une information que M. le sous-ministre me passe, là. Il faut rappeler que nous avons maintenu la règle du prix le plus bas au Canada, qui fait partie de la gestion des médicaments au Québec. Ce qui fait que, même avec l'indexation, les Québécois ne paieront jamais les médicaments plus cher que dans le reste du Canada, parce que nous avons l'engagement des fabricants, autant génériques que d'innovation, de toujours avoir la règle de prix le plus bas. Le médicament est le moins cher toujours au Canada. C'est important de le rappeler.

M. Drainville: J'allais parler de Castonguay, mais juste une toute petite sous-question: Quand vous parlez de l'indexation, bon, c'est l'indexation à l'inflation, mais est-ce qu'il y a, à un moment donné, une renégociation qui va entraîner une hausse en sus?

M. Couillard: Non.

M. Drainville: Non?

M. Couillard: C'est codifié et ça a été implanté comme ça dans le processus réglementaire, suite à la loi qu'on a adoptée, la Politique du médicament, c'est au niveau de l'IPC, sauf dans de rares exceptions où on a affaire à un médicament d'une valeur ajoutée considérable, où on veut absolument protéger le marché québécois et l'accès des Québécois aux médicaments. Il faut toujours se souvenir que le Canada représente 2 % du marché mondial du médicament, et le Québec, le quart de 2 %, de sorte qu'il n'y a absolument rien qui oblige les fabricants de médicaments à nous vendre leurs produits. Alors, on veut s'assurer d'avoir une position qui, tout en étant, je dirais, forte par rapport à l'industrie, pour négocier les prix et limiter l'indexation au niveau de l'inflation, nous permet également de protéger, pour les fois où ça se produit — ce n'est pas fréquemment que ça se produit... Lorsqu'on a des révolutions médicales sous forme pharmacologique, on veut s'assurer qu'on préserve l'accessibilité pour les Québécois.

Groupe de travail sur le financement du système de santé (suite)

Intentions du ministre concernant l'imposition d'un ticket modérateur

M. Drainville: O.K. Castonguay. Qu'est-ce que vous pensez d'un ticket modérateur, vous?

M. Couillard: Bien, j'ai eu l'occasion de parler de ça, puis ça me fait plaisir parce que ça fait partie de mes sujets de conversation préférés, de même que le financement de la santé en général.

Moi, je ne suis pas dogmatique sur rien. Alors, M. Castonguay, je sais qu'il a des idées éventuellement favorables à cette notion-là. Je demande d'entendre ses arguments et je me déclare ouvert à discuter avec lui, puis avec vous, puis avec les autres partis politiques, suite à son rapport. Cependant, cette formule-là à mon avis présente plusieurs obstacles qui pour moi sont des obstacles majeurs. Alors, si vous me demandiez aujourd'hui: Est-ce que je favorise le ticket modérateur?, ma réponse, c'est non. Mais je me déclare prêt à écouter ce que M. Castonguay

va dire et de juger, considérant que je n'ai certainement pas la vérité absolue, d'une part, puis, d'autre part, que le système de santé canadien est un des seuls systèmes de santé au monde qui n'a pas de contribution de l'utilisateur. Tu sais, si vous allez...

M. Drainville: C'est bon ou ce n'est pas bon?

M. Couillard: Ça peut être bon et pas bon à la fois, mais ça présente des risques et des difficultés d'application que je voulais vous exposer maintenant. Je m'excuse en partant, ça risque d'être un peu long, parce que je ne veux pas trop abrégé. C'est compliqué, puis je ne veux pas...

M. Drainville: Non, mais pouvez-vous faire ça en cinq minutes?

M. Couillard: Un gros cinq minutes, puis je vais essayer vraiment de le garder.

Alors, je vais passer rapidement sur la question technique de la Loi canadienne sur la santé, parce qu'il y a une interdiction, dans la Loi canadienne sur la santé, pour la contribution de l'utilisateur. Je me dis: Si le Québec décidait collectivement que ça prend une modification à la Loi canadienne sur la santé, qu'on a un consensus dans la société qu'il faut le faire, on le fera, on fera cette représentation au niveau du Parlement fédéral. Je ne pense pas qu'on devrait baser l'argumentaire sur cette question technique légale là. Bon.

Outre ça, le premier élément, c'est l'élément du principe général. La contribution de l'utilisateur est un système dans lequel on demande à l'utilisateur de payer pour le système de santé. L'utilisateur le plus fréquent des systèmes de santé est en général un utilisateur pauvre, âgé, avec des maladies chroniques, donc dans les strates de revenu les plus basses de la société — en général, pas toujours, là, mais en général — ce qui fait qu'on met le fardeau du financement... on en transmet un peu plus sur les épaules de ces personnes-là.

Aucune de ces objections n'est une objection absolue. C'est ma pensée que je vous exprime puis les éléments de réflexion que j'ai là-dessus depuis plusieurs années. Puis encore une fois je suis tout à fait prêt à reconsidérer ces éléments-là, parce que, quand on va en France ou en Angleterre, là-bas... pas en Angleterre, mais en France, personne ne se scandalise là-bas qu'il existe une contribution, y compris les groupes de gauche, en passant. Tu sais, c'est quelque chose qui pour nous est étrange et étranger mais qui, dans d'autres sociétés, est intégré sans que personne en souffre, apparemment.

Si on continue l'analyse, donc, une fois qu'on a parlé de ce problème général, bien il faut dire pourquoi, pourquoi voudrions-nous créer un ticket modérateur ou une contribution de l'utilisateur. D'après moi, il y a deux raisons, qui peuvent être vues séparément ou en combinaison. Ça peut être pour mieux financer le réseau, apporter une source de revenus supplémentaires au réseau de santé. À ce moment-là, pour produire un revenu suffisant pour avoir un impact significatif sur un budget de 24 milliards, ça prend un ticket à une certaine hauteur, on s'entend, sinon le pacte est nul, à une certaine hauteur, considérant le fait qu'il faudra exempter des grandes quantités de personnes du ticket modérateur, comme la France le fait à chaque année en augmentant, chaque année, la quantité

d'exclusions. Alors, si on veut le faire pour le financement, je ne pense pas qu'on puisse démontrer qu'il y a un seul système de santé au monde qui se finance avec ça actuellement de façon significative. Bon. Par contre, encore une fois, on va écouter tous les arguments. Puis je suis content que M. Castonguay réfléchisse à la question puis nous fasse part de sa réflexion.

Deuxième possibilité, on veut l'utiliser pour diminuer la consommation des soins ou changer les habitudes de consommation des gens, notamment des consultations médicales. Bon. Ça, ça peut être une bonne raison. Parce qu'il y a un problème dans notre système de santé, c'est qu'il y a une élasticité infinie de la demande de soins, alors que, dans d'autres systèmes de santé, on crée une certaine restriction de la demande par l'implantation de ce ticket modérateur là. Mais là il faut voir à quel moment et à quel endroit dans la chaîne de soins on place la contribution de l'utilisateur. Il ne faut pas avoir un double discours où on encourage les gens à aller voir les médecins de première ligne, où on les encourage d'avoir des examens préventifs, on les encourage de se faire suivre et, d'un autre côté, placer la contribution à un endroit qui décourage ces pratiques-là.

Cependant, le citoyen qui nous parle — et je l'ai entendu, puis je suis certain que le député l'a entendu — nous dit: Il y a du monde qui vont consulter qui ne devraient pas normalement être là. C'est possible. Je ne pense pas que c'est un phénomène massif chez nous, mais c'est quelque chose qui est possible. Donc, on pourrait justifier l'utilisation de ce ticket modérateur là sur la base du changement des habitudes de consommation de soins. Mais encore faut-il qu'on l'ait placé au bon endroit et au bon moment.

M. Drainville: Donc, où est-ce qu'il faudrait le placer, si c'est ça qu'on voulait...

M. Couillard: Bien, si on veut en avoir un effet de consommation, il faut le mettre à l'entrée du système, par définition, donc au niveau du médecin de première ligne. C'est d'ailleurs ce que font en général les systèmes de santé.

Ensuite, on passe à l'administration de ce système-là. C'est que tous les systèmes de santé — puis la France est un bon exemple — font l'exemption de groupes de la population du ticket modérateur. Alors, on pense tout de suite aux gens qui ont des revenus très bas, mais pas seulement eux. Il faut penser également aux personnes âgées, parce que les personnes âgées, elles vont consulter plus souvent, et les gens avec les maladies chroniques. Qu'est-ce qu'une maladie chronique? Qui décide que c'est une maladie chronique qui donne droit à l'exemption? Il y en a pour lesquels c'est évident. Si j'ai un cancer, malheureusement, ou un diabète puis que je vais à l'hôpital trois fois par semaine, on va probablement vouloir m'exempter du ticket modérateur, du moins je l'espère. Mais qu'en est-il si je suis quelqu'un qui a des soins de santé mentale pendant des années? C'est la même chose. Qu'en est-il si je suis atteint d'arthrite rhumatoïde? Il y a une kyrielle de conditions pathologiques et il s'agit de voir qui va administrer ça, qui va mettre en place cette liste de circonstances dans lesquelles on est exempté du ticket modérateur.

Et finalement — puis je vais terminer là-dessus, donc, vous voyez, j'ai à peu près résumé mon cinq minutes:

Comment on va administrer ça? Comment on va administrer la perception, l'administration, le contrôle de ce système-là? Combien ça va coûter en ressources d'administration publique? Et combien ce coût-là va se mettre en rapport avec les revenus potentiels qu'on veut tirer de la contribution de l'utilisateur? Alors, vous voyez que mes questions sont multiples.

Je suis un genre de Saint-Thomas, là: je verrais quand je toucherais puis je verrais quand je verrais, pour parler simplement. Mais je veux juste répéter que, moi, je ne suis pas dogmatique. Je ne pense pas qu'il faut rien écarter de façon religieuse ou absolue, ce serait illogique. On ne peut pas dire: On est contre le ticket modérateur puis on ne veut même pas en entendre parler, quand les sociétés socialement au moins aussi évoluées que la nôtre l'ont. Alors, je suis tout à fait disposé, moi, et heureux que M. Castonguay fasse ce débat et cette réflexion avec deux personnes, j'espère que le Parti québécois également va fournir une candidature, parce que je pense que l'ADQ sont très avancés dans la production d'une suggestion, là, à M. Castonguay, pour l'épauler. Puis on va avoir un bon débat puis on va en discuter, de ces questions-là. Il est possible que j'aie tort sur certains points, hein, que j'ai mentionnés, mais je vous donne l'état de ma réflexion actuelle là-dessus.

● (20 h 40) ●

M. Drainville: ...réflexion, pour le moment en tout cas, vous amène à...

M. Couillard: Actuellement, je suis assez rébarbatif à l'idée. Puis je l'ai déjà dit, hein, je l'ai dit pendant la campagne électorale. Mais je ne suis pas quelqu'un de fermé, je ne suis pas quelqu'un de fermé à la discussion, au même et à ce genre de chose là.

M. Drainville: Est-ce qu'au sein du ministère il y a déjà eu des études là-dessus? À votre connaissance, est-ce qu'il y a des documents qui étudient des scénarios qu'on pourrait...

M. Couillard: Non, ça n'a jamais été jusqu'à maintenant sérieusement étudié pour l'application au Québec, pour des raisons qu'on connaît. Il y a des études comparatives des différents systèmes de santé où cet élément-là apparaît. Mais je pense que la discussion que je viens de vous faire est assez élaborée, là, sur le plan des différents principes en cause. Dans ma tête, elle est assez structurée, là. Je ne crois pas qu'il y ait de documents semblables à ce que je viens de dire au ministère.

M. Drainville: Les raisons que vous avez évoquées sont toutes bonnes, tellement que ça m'amène à me poser la question: Pourquoi est-ce qu'il y en a en France ou ailleurs?

M. Couillard: Bien, voilà. C'est pour ça que je me dis que peut-être que je n'ai pas raison. Peut-être que je vois la chose de façon trop simpliste ou trop compliquée et puis peut-être qu'il faut revoir ça.

Moi, il y a quelque chose qui m'a toujours frappé — je vais terminer là-dessus parce que je sens que le temps file. Au début du mandat, d'un précédent mandat, j'ai rencontré le ministre de la Santé français, M. Mattei à l'époque, puis il avait été avec nous quelques

jours, puis il avait visité le ministère, puis, bon. Et vous savez comment sont nos collègues européens, très aimables toujours, alors on se rencontre dans une réception, à la fin de sa visite, puis: Ah! M. le ministre, j'ai été très impressionné par votre organisation des soins, les CLSC, l'intégration que vous mettez en place, etc., plein de remarques élogieuses, bien sûr. Et là je lui dis: Écoutez, dites-moi donc c'est quoi, les problèmes que vous voyez dans notre système de santé. Alors, il a dit: Savez-vous, il vous manque deux ingrédients dans votre système de santé: la compétition et la responsabilisation, la responsabilisation des personnes qui utilisent le système de santé — c'est pour ça que pour eux le principe de la contribution est logique — et les professionnels également, par rapport au système dans lequel ils sont des acteurs importants. Et je ne peux pas dire qu'il a tort, honnêtement.

Alors, comment est-ce qu'on arrive à ces deux éléments-là? Bien, il y a plusieurs façons d'y arriver. Puis on verra, avec le débat de M. Castonguay, quelles solutions il nous apportera. Mais je pense qu'il faut... Si, un jour, on va de l'avant, au Québec, avec cette mesure-là, je pense qu'il faut dire clairement à la population pourquoi on le fait. Est-ce qu'on le fait pour aider à financer le système de santé? Est-ce qu'on le fait pour restreindre la demande de soins, pour changer les comportements de consultation? Ou est-ce qu'on le fait pour un mélange des deux?

Je note que — et c'est intéressant parce que ça montre qu'il n'y a pas d'idée reçue qui tienne, y compris les miennes, là — si on regarde l'état de santé des populations qui ont un ticket modérateur à l'entrée du système, leur état de santé n'est pas inférieur au nôtre, hein, il n'est pas inférieur au nôtre. Les indices de santé sont aussi bons que les nôtres. Donc, clairement, mes craintes quant au fait de restreindre l'accès à la porte d'entrée du système, par exemple, ne semblent pas avoir d'impact. Quel sujet intéressant!

Le Président (M. Kelley): Dernière question, M. le député de Marie-Victorin.

Relevé annuel personnel de la valeur des services de santé reçus

M. Drainville: Parlant de responsabilisation, M. le ministre, c'est une idée qui a été évoquée à plusieurs reprises par le passé, l'idée que l'utilisateur du réseau, du système de soins de santé obtienne, par exemple, à chaque année, un relevé qui comptabilise la valeur des services reçus, des actes dont il ou elle a bénéficié. Il me semble qu'on en a beaucoup parlé puis il me semble qu'il n'y a jamais rien... ça n'a jamais rien donné. Est-ce que c'est possible? Est-ce que c'est envisageable? Est-ce que c'est dans les plans? Qu'est-ce qu'on attend? Qu'est-ce qu'on attend?

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

M. Couillard: Alors, évidemment, il y a une certaine vertu quant au fait d'informer la population de la valeur des services publics que nous nous payons collectivement et qui sont reçus. Peu de gens ont conscience de ces coûts. Et c'est un des éléments, je trouve, de responsabilisation. Puis vous faites bien de relier ça à ce principe-là. Par exemple, si on est malchanceux et qu'on

a besoin d'une opération à coeur ouvert au Québec, dans un de nos remarquables centres comme ceux dont on parlait hier, bien le coût pour la société va rapidement approcher les 100 000 \$ et plus pour avoir notre pontage coronarien. Mais, comme citoyen, on n'a pas conscience qu'on vient de recevoir 100 000 \$ de services publics. Bon.

Alors, évidemment, il y a plusieurs personnes qui préconisent qu'on envoie une sorte de... je ne dirais pas de facture parce que le mot est trop fort, mais d'état de compte annuel des services qu'on a consommés. Là où ça devient compliqué, c'est l'organisation puis la collection de ces données-là parce que le citoyen, il va chercher des données à plusieurs endroits, des services à plusieurs endroits. Quand il va obtenir une consultation médicale ou une chirurgie, tout l'honoraire médical, c'est à la Régie de l'assurance maladie du Québec. S'il séjourne tel, tel, tel nombre de jours à l'hôpital, bien là c'est le budget du centre hospitalier, puis les per diem...

M. Drainville: ...c'est la carte-soleil, non?

M. Couillard: Non, parce que vous n'aurez pas ces renseignements-là avec la carte-soleil. Il va falloir que vous alliez voir en tout temps la Régie de l'assurance maladie du Québec, les établissements quant aux jours de séjour en soins intensifs, en séjour régulier, en visite ambulatoire, en clinique externe, en bureau et en clinique médicale. Il faut... Regardez, ça aussi, ce n'est pas mauvais sur le principe, à moins qu'on le restreigne uniquement à la consommation de chirurgies, par exemple. Je vous ai parlé des coûts unitaires. Qu'on informe les gens des coûts unitaires des chirurgies qu'ils reçoivent, moi, je ne suis pas contre ça, mais ça m'apparaît administrativement assez complexe à mener. Ce qui a été l'obstacle jusqu'à maintenant, c'est la complexité administrative de monter ce système-là.

Une voix: ...

M. Couillard: Et également on m'indique la protection des renseignements personnels. Parce que le citoyen est de plus en plus préoccupé par ça, puis autrement, également, de nous voir mettre sur pied une machine administrative nouvelle qui coûtera certainement... c'est des millions de dollars dont on parle, uniquement pour faire ce travail-là.

M. Drainville: Est-ce qu'il y a un pays où ça existe?

M. Couillard: Ça existe dans les systèmes privés, c'est-à-dire que, quand vous allez... Parce que le système privé va vous facturer la moindre chose que vous avez fait dans le système de santé. Alors, ils ont un incitatif très réel à le faire. D'ailleurs, ça explique, en passant, une des raisons pour lesquelles les coûts de fonctionnement et les coûts d'administration des assureurs privés sont souvent plus élevés que les coûts d'administration du système public, et, eux, beaucoup plus. Ils n'ont pas le choix. Si vous avez même une injection, ils vont vous la charger sur la facture. Alors, ils ont tout un intérêt à le faire.

Le Président (M. Kelley): Peut-être, voulez-vous poser une question, M. le député?

M. Couillard: M. le Président, j'oubliais, je voulais quand même mentionner, parce qu'il ne faut pas l'oublier, là: ce n'est pas vrai qu'on a un système sans contribution de l'usager. On a trois éléments du système de santé où il existe un copaiement, on a souvent tendance à l'oublier: le transport ambulancier, si vous appelez une ambulance, vous allez payer une fraction du coût réel, une petite fraction du coût réel, mais vous allez payer une contribution; l'assurance médicaments, on en a parlé tantôt, vous allez faire une prime... vous allez faire une contribution au comptoir; et, si vous devenez — et j'espère que non — un adulte hébergé dans nos centres d'hébergement de longue durée, vous allez faire une contribution de l'adulte hébergé, jusqu'à 1 500 \$ par mois.

M. Drainville: Dans un CHSLD.

M. Couillard: Oui. Alors, il existe déjà trois aspects du système de santé canadien et québécois dans lesquels il y a une formule de copaiement, il ne faut pas l'oublier. Ce n'est pas comme s'il n'y en avait pas eu puis qu'il n'y en pas du tout, ça existe déjà.

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

Gestion de l'actif des corporations et des fondations d'hôpitaux au moment de leur fermeture

M. Ouimet: Alors, merci, M. le Président. J'ai deux questions, une plutôt d'ordre général, que je vais poser en deuxième lieu, qui concerne les infrastructures.

La première question, elle est un peu plus pointue, plus pragmatique. Elle a une certaine importance pour mon comté, la circonscription électorale de Marquette, et elle touche toute la question des sommes qui sont dans les fondations à la suite des hôpitaux qui ont été fermés, notamment sur le territoire de l'île de Montréal, dans les années quatre-vingt-seize.

Mon intérêt, c'est pour l'ancien Hôpital général de Lachine qui avait à la fois une corporation et une fondation, et à la fois, dans la corporation, il y avait, je pense, un peu plus de 1 million de dollars et, au niveau de la fondation, plus de 1 million de dollars. Moi, je n'ai pas d'idée où sont rendues ces sommes d'argent là, quelles utilisations en ont été faites, mais je sais une chose, ce sont des sommes d'argent qui ont été prélevées dans la communauté au fil de l'historique de l'ancien Hôpital général de Lachine et que maintenant j'ai un peu perdu la trace, mais j'ai le secrétaire de la fondation de l'ancien Hôpital général de Lachine qui m'écrivait récemment et qui demandait que les sommes puissent être retournées à la fondation pour être redistribuées dans la communauté. À quelles fins, envers qui, quelle imputabilité, ça, je l'ignore complètement. Mais je suis véritablement à l'étape de la cueillette des données, et je sais que la question est très pointue, mais je me demandais si le ministre pouvait me donner un éclairage à cet égard-là. Des sommes d'argent qui relèvent et appartiennent à la corporation et des sommes d'argent qui relèvent et appartiennent à la fondation, mais, une fois qu'on met un terme à la vie du centre hospitalier, de l'Hôpital général de Lachine, qu'advient-il de ces

sommes-là que la population a contribuées dans différentes levées de fonds, au fil des années?

Et on me dit que c'est le cas également avec d'autres hôpitaux sur le territoire de l'île de Montréal. On me dit qu'on a réglé, semble-t-il, les fonds qui étaient au niveau du Reddy Memorial, dont une partie a été redistribuée notamment dans le comté de Marquette. Mais, pour les autres hôpitaux et pour l'ancien Hôpital général de Lachine, je suis vraiment dans l'obscurité, et donc voilà ma question, M. le ministre.

● (20 h 50) ●

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, on comprendra que, dans notre formation politique, par rapport à d'autres, on a une expérience très restreinte des fermetures d'hôpitaux, cette expérience ayant été concentrée à d'autres époques. Effectivement, on a fait la liquidation et la réaffectation des sommes du produit des fondations du Reddy Memorial. S'il y a consentement des collègues, comme c'est un sujet technique assez pointu, je suggérerais que M. Roger Paquet, le sous-ministre en titre de la Santé et des Services sociaux, vous donne les explications. Il a lui-même, je pense, mené ces opérations au cours des dernières années.

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Merci. Alors, dans ce genre de situation là, il y a un liquidateur qui est désigné et qui doit prendre charge d'abord de l'identification de l'ensemble des biens et des montants qui sont rendus disponibles, et il doit les gérer de telle sorte qu'il garde le même esprit à l'égard de l'utilisation des sommes que ce pour quoi les donateurs l'ont versée. En conséquence, il doit travailler avec ou bien l'établissement qui a intégré ce nouvel hôpital là, ou une partie de ces biens, ou avec les institutions de la communauté pour que ça retourne en services publics, soit en équipements ou soit en immeubles, aux fins de la communauté qui a contribué. C'est prévu à l'intérieur de la loi, il y a toute une série de dispositions. C'est des processus qui sont assez longs mais qui ont mené, par exemple, dernièrement, à Reddy Memorial, à une décision qui est dans cet esprit-là.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Marquette.

Gestion de l'actif de la corporation et de la fondation de l'Hôpital général de Lachine depuis sa fermeture

M. Ouimet: Merci de l'information. Maintenant, de façon plus particulière, mon intérêt, c'est pour l'ancien Hôpital général de Lachine. Êtes-vous en mesure de me donner des données... des informations? On me dit qu'il y avait comme deux... Il y avait la corporation et il y avait la fondation, et ça m'intrigue beaucoup parce que j'ai reçu une lettre du secrétaire de la fondation qui voudrait bien en faire une distribution, mais, comme je vous dis, je veux avoir plus d'information avant de savoir un peu quels gestes poser et s'il y a lieu de poser des gestes de ma part pour donner suite à la demande qu'il a formulée, mais il y a des fonds également au niveau de la corporation,

et ça, ça m'apparaît un peu plus obscur, moi, je ne sais pas ils sont redevables envers qui. Je sais qu'il y a des sommes importantes qui sont au niveau de cette corporation-là, quelle en a été l'utilisation au cours des dernières années, ça m'interpelle.

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

M. Paquet (Roger): Alors, effectivement, il y a deux entités juridiques. Il y a d'abord la fondation, et la fondation est constituée de membres de la communauté qui élisent un conseil d'administration et travaillent à l'atteinte des objectifs de la fondation, habituellement la cueillette de fonds, et une deuxième entité qui est ce qu'on appelle la corporation de propriétaires, donc des gens qui étaient, antérieurement à notre système de santé, propriétaires des immeubles et des biens et qui doivent, toujours lorsqu'on dispose de ces biens-là, donner leur consentement. Ils ne sont plus propriétaires des biens et des immeubles, mais ils ont un droit de regard.

Alors, dans la liquidation, la première suggestion que je pourrais faire, c'est de vérifier auprès du liquidateur quels sont les biens identifiés et quels sont les liens qui existent entre les biens que l'établissement possédait et ces deux corporations-là. Par la suite, ça va nous indiquer comment en disposer, et il y a là-dessus plusieurs modèles qui ont été développés avec le temps, là, pour y parvenir. Alors, ça me semble être via le liquidateur que soit la clé de la résolution, de la situation dont vous parlez, et on pourra vous communiquer le nom du liquidateur de cet établissement.

M. Ouimet: Bien. Alors, je comprends bien que je vais entrer en communication avec le liquidateur. Ou peut-être est-ce que le ministère pourrait entrer en communication avec le liquidateur, obtenir un état de la situation quant aux biens qu'il reste, ils sont redevables envers qui et quel est le processus? Dans le fond, un état de la situation pour que je puisse être au fait. Parce que, je me répète, ce sont des sommes d'argent quasi publiques, qui ont été prélevées dans la communauté au cours des 80, 90 dernières années, et qu'est-ce qu'on fait de ces sommes-là? Alors, est-ce que je comprends qu'il y a un engagement de la part du ministère?

M. Paquet (Roger): Le liquidateur nous fait régulièrement rapport, et on va vous en informer.

Tableau des investissements en infrastructures dans les salles d'urgence

M. Ouimet: Très bien. Merci. Deuxième question, M. le Président. Concernant les infrastructures, le Vérificateur général du Québec avait déposé un rapport en 2000, remettant une note d'échec à nos amis du Parti québécois, au gouvernement, pour la planification, l'entretien et la gestion des immeubles du réseau de la santé. Les principaux éléments qu'on retrouvait dans le rapport du Vérificateur général à l'époque, je vais citer trois ou quatre critères: le premier critère ou premier constat, le ministère et les régions régionales n'ont pas élaboré de critères pour classer les projets et pour établir les travaux immobiliers prioritaires; deuxième constat que faisait le Vérificateur général, le ministère n'élaboré ni plan ni

échancier pour corriger rapidement les problèmes liés à la sécurité incendie; troisième constat, le ministère et les régies régionales ne disposent d'aucun inventaire complet et à jour des immeubles qui sont la propriété du réseau sociosanitaire québécois, des informations aussi élémentaires que les superficies vacantes ou l'état des immeubles sont inexistantes; et quatrième, un pourcentage important des établissements ne font aucun entretien préventif. Alors, le Vérificateur général du Québec, en 2001, indiquait clairement que les réseaux des infrastructures de la santé souffraient de sous-investissement chronique.

On sait que les médias d'information décrivent souvent la situation des urgences au niveau du territoire québécois. Et, sans être une solution à tous les problèmes, on peut dire que l'état des infrastructures du réseau de la santé nécessite des investissements pour que les citoyens puissent être soignés dans de bonnes conditions. Je me demande, M. le Président, si le ministre ne pourrait pas nous dresser un peu la liste des travaux au niveau des urgences à travers la province pour qu'on ait un bon aperçu des investissements qui ont été faits par le gouvernement, au cours des dernières années.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Je remercie le député de Marquette pour sa question, parce qu'effectivement, parmi les problèmes entourant la question des salles d'urgence, il y a bien sûr l'organisation des services, la question de pénurie de personnel, mais il y a également les lieux physiques. Et le meilleur exemple que je donne de ça est toujours l'hôpital de Granby, où il y a clairement une urgence beaucoup trop petite pour les besoins de la population, et il nous faut l'agrandir.

Alors, il y a actuellement deux groupes de projets en cours... ou en fait trois groupes de projets en cours dans le réseau de la santé: d'abord, les projets à l'étude — je vais expliquer ce que ça veut dire — ensuite les projets en exécution, et ensuite les projets terminés. Commençons par les projets à l'étude.

Projet à l'étude veut dire qu'on a engagé la phase des plans et devis préliminaires, c'est-à-dire qu'on a permis à l'établissement d'engager des professionnels pour faire les plans et devis, avec un budget correspondant à environ 3 % de la valeur du produit fini, et, à ce moment-là, une fois cette étape terminée, il y a approbation, et l'étape subséquente, c'est les plans et devis définitifs et l'exécution des projets. Alors, les montants qui sont... les projets qui sont à l'étude actuellement ont une valeur combinée de 162 178 000 \$, neuf projets: à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Gatineau, Hull, les deux pavillons du CHVO, Hôtel-Dieu de Lévis, Sorel-Tracy, la Haute-Yamaska, La Pommerai...

M. Ouimet: M. le ministre, est-ce que vous pouvez me donner des montants des investissements prévus? Par hôpital.

M. Couillard: Oui, certainement. Alors, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, c'est un projet de 34 288 000 \$; Gatineau, 15 232 000 \$; Hull, 13 524 000 \$; Lévis, 16 275 000 \$; Sorel-Tracy, 8 292 000 \$; Granby, 17 467 000 \$; Brome-Missisquoi—Perkins, 15 203 000 \$; Haut-Richelieu, 23 414 000 \$; Charles-Le Moyne,

18 483 000 \$; pour un total de valeur de projets de 162 178 000 \$. Ça, ce sont les projets à l'étude, donc qui vont déboucher sur une exécution.

Maintenant, les projets en exécution, où les travaux ont débuté, il y en a pour 146 985 000 \$: à Notre-Dame-de-Fatima à Kamouraska, réaménager et agrandir l'urgence, 7 946 000 \$; Maria-Chapdelaine à Dolbeau, 17 475 000 \$; l'Hôpital de L'Enfant-Jésus, dont on voit les travaux lorsqu'on passe ici, à Québec, et qui maintient l'urgence ouverte en même temps que le chantier, ce qui n'est pas simple, 17 963 000 \$; l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, 11 237 000 \$; l'Hôpital du Sacré-Coeur, 18 600 000 \$ — il y a des dates de livraison en fait de chaque projet, là, qui sont 2008-2009-2010, selon les cas; Papineau en Outaouais, 23 500 000 \$; Montmagny-L'Islet — est-ce que notre collègue est là? non — 20 944 000 \$; Lanaudière Nord, 22 307 000 \$; Anna Laberge, 7 012 000 \$; donc un total de 146 985 000 \$.

● (21 heures) ●

Il y a un projet terminé, qui est celui de Santa-Cabrini, au coût de 22 083 000 \$. Donc, il y a une large part de nos projets d'immobilisations, et c'est un des domaines prioritaires sur lequel on est toujours en travaux, qui touchent les salles d'urgences du Québec qui doivent constamment être agrandies, rehaussées, remises aux normes, et ça donne d'abord des meilleurs soins pour les patients, des soins plus sécuritaires également, et un meilleur environnement de travail pour le personnel et de pratique pour les médecins qui y exercent.

Et c'est essentiel de faire ces travaux-là parce que... On va revenir à un thème important, là. Si je fais l'addition des projets à l'étude et des projets en exécution, il y en a grosso modo pour 300 millions de dollars. La question que je pose à nos collègues de l'ADQ, c'est toujours la même: Ces 300 millions de dollars de travaux, de dettes à ajouter à la dette du Québec, il n'y a pas d'option, là. Si le gouvernement ne le fait pas, il n'y a personne d'autre qui va le faire, personne d'autre. Il n'y a personne qui va venir généreusement nous faire une subvention de 300 millions de dollars pour faire des travaux de rénovation. Donc, il faudra clarifier cette position où on aura à expliquer comment on fait pour réaliser ces travaux-là sans ajouter clairement des centaines de millions sur la dette du Québec. Et je n'ai même pas parlé du maintien d'actif, je n'ai pas parlé des projets d'hôpitaux universitaires de Montréal, je n'ai pas parlé de tous les autres projets, d'achat d'équipements également dans le réseau de santé, des projets de CHSLD où il y a constamment des centaines et des centaines de millions de dollars de travaux en cours qui sont indispensables pour la qualité des infrastructures et qui automatiquement signifient un ajout à la dette du Québec.

Le Président (M. Kelley): Vous n'avez même pas mentionné l'Hôpital Lakeshore dans le comté de Jacques-Cartier. Alors, M. le député de Marquette.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Ouimet: Merci, M. le Président. Suivant la logique de notre ami et collègue député de Marie-Victorin, ce matin, qui parlait du CUSM et du CHUM en disant qu'avec un report de deux ans ça occasionnait des coûts additionnels de construction, si je me fie à ce que le

Vérificateur général a dit, en 2000, par rapport au retard par rapport aux projets qui auraient dû être faits à cette époque et qu'on refait plusieurs années plus tard, j'imagine que la facture est encore plus salée au moment où on fait nos investissements à cause que les investissements n'ont pas été faits au moment où ils auraient dû être faits. Est-ce que je me trompe dans cette logique?

M. Couillard: Oui, mais clairement... et là il y a deux aspects à cette question. D'abord, il faut constamment avoir des projets en cours. La valeur de remplacement du réseau de santé, des immeubles du réseau de santé est autour de 14 milliards de dollars, on l'a mentionné l'autre jour. Il y a littéralement des centaines d'installations, et on ne parle pas des installations neuves qu'on construit. Il faut constamment avoir des projets de maintien d'actif, on sait qu'on a multiplié par six le budget du maintien d'actif, constamment faire des projets semblables.

Une remarque du Vérificateur général qui est également valable, c'est qu'il se passe toujours plusieurs années entre le moment où le projet germe dans l'idée des promoteurs sur le terrain — des promoteurs, je veux dire de ceux qui font la promotion du projet dans le centre hospitalier — et la réalisation, ce qui fait qu'il faut toujours actualiser les budgets au moment où on commence les travaux, compte tenu de l'inflation du milieu de la construction ou de l'inflation de l'économie à ce moment-là. Et il faut toujours rappeler que le fait d'avoir fait une phase de planification sérieuse et rigoureuse entraîne des économies beaucoup plus importantes que les coûts attribuables au prolongement des projets. Il ne faut pas cependant exagérer pour ne pas démotiver les gens, qu'ils aient l'impression que leurs projets n'avancent jamais. Alors, on essaie actuellement, avec la Corporation d'hébergement du Québec et le ministère, de comprimer, là, au maximum les périodes d'examen des projets, mise à l'étude, exécution, pour qu'il y ait le moins d'écart possible entre le début de la planification d'un projet et sa réalisation.

Mais il est clair qu'il y aura, au cours des prochaines années, constamment de ces travaux-là à faire. Et il faut avoir visité une des urgences neuves qui ont ouvert récemment, au Québec, comme celle de la Cité de la santé de Laval, par exemple, celle du CHUL ici, à Québec, celle de L'Enfant-Jésus qui ouvrira bientôt, pour voir à quel point il n'y a aucune commune mesure dans l'environnement physique pour les malades et le personnel qui y travaille. C'est absolument essentiel de continuer cette entreprise-là.

M. Ouimet: Bien. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Ça va? M. le député de La Peltre.

État du projet d'informatisation du réseau de la santé (suite)

Programme de formation à l'intention des utilisateurs

M. Caire: Merci, M. le Président. Sur les questions d'endettement, ça me fera plaisir d'en débattre un jour, avec le ministre, si ça l'intéresse. La prémisse de base, c'est: Si on n'avait pas endetté les générations futures

pour payer l'épicerie, les dettes d'infrastructures ne se poseraient pas, et cet endettement-là qu'on continue à avoir d'ailleurs, parce qu'on continue à avoir des déficits d'opération, à ce que je comprends, et on pellette ça dans la cour de la prochaine génération... Alors ça, c'est l'héritage libéralo-péquist, et on pourra effectivement avoir un débat là-dessus, si ça l'intéresse.

Ceci étant dit, j'aimerais revenir sur le dossier informatisé — il me restait quelques questions — succinctement, parce qu'il y a d'autres dossiers qu'on voulait couvrir avec le ministre, notamment sur la question du déploiement. Le ministre m'a donné tout à l'heure un avant-goût de la façon... le projet pilote et la façon dont on allait le faire. Par expérience, je sais que... on n'utilise pas ce qu'on ne comprend pas, et, dans l'explication du ministre, je n'ai pas entendu qu'il y avait des montants alloués pour de la formation sur l'utilisation de l'application. J'imagine que c'est une omission, et que c'est prévu.

Est-ce qu'il y aura un programme complet de formation? Est-ce qu'il y aura aussi une documentation technique qui va être rédigée, qui va être accessible et intelligible pour l'utilisateur?

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

M. Couillard: Oui. Comme je l'ai indiqué tantôt, il y a une partie du budget du projet général qui est attribuée à ce qu'on appelle la gestion du changement, donc clairement, en grande partie, des activités de formation. Alors, le support aux régions va être assuré. Il y a un plan de mise en oeuvre en 36 étapes, et je ferai grâce au député de lui faire... S'il voulait prendre du temps en commission, ce serait donc une belle occasion, M. le Président, de faire la liste des 36 étapes de mise en oeuvre régionale du plan d'informatisation, mais je ne le ferai pas. Mais, dans ce calendrier-là, il y a...

Une voix: ...d'avoir eu l'idée quand même.

M. Couillard: Ah! l'idée m'est venue, je dois dire, là, mais j'y ai résisté facilement. Dans le support qu'on offre à la région, il y a un budget qui permet de prendre en charge la mise en place de l'équipe de projets régionale, le manuel d'organisation, les outils de gestion du changement dont les outils de formation. Alors, il y a également intégrer la question de la formation, et le calendrier de réalisation s'étend de 2007 à 2010. C'est ce qu'on prévoit actuellement.

État d'avancement du calendrier de déploiement

M. Caire: M. le Président, une petite précision sur le calendrier de réalisation. Je comprends qu'il y a une version bêta qui a été proposée de l'application, je comprends qu'on déploie l'application dans la région de Québec. J'imagine que la mise en application va nécessiter des correctifs. Est-ce qu'on est rendu à cette étape-là dans le déploiement ou si on est vraiment rendu à l'étape d'utiliser, que ces étapes-là ont été faites succinctement? Je peux vous dire que, dans mon passé de consultant, c'était l'endroit où on pouvait faire un beau bénéfice avec les contrats du gouvernement, donc... Maintenant que je suis chargé de surveiller les finances publiques, est-ce que...

M. Couillard: ...on ne vient pas d'entendre le député nous dire qu'il a joué des tours au gouvernement pendant...

M. Caire: Pas du tout, jamais dans 100 ans, jamais je n'aurais fait ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Caire: D'autres l'ont fait, ce que je décriais. Jamais. Mais, comme on connaît les trucs, on s'assure que ça a été évalué par le ministère.

Une voix: De quels trucs s'agit-il?

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

M. Couillard: Alors, la question était: Qu'est-ce qu'on fait avec le projet pilote?

M. Caire: Bien, la question, c'est: Est-ce qu'on est dans une version utilisable...

M. Couillard: Oui.

M. Caire: ...ou est-ce qu'on est dans une version bêta où il y a éventuellement des demandes de changement qui pourront être faites par le ministère aux firmes externes qui auront été mandatées pour faire la réalisation du projet?

M. Couillard: Alors, il est prévu que le projet d'expérimentation pilote débutera à l'automne 2007 et se terminera à la fin du printemps 2008. Juste décrire le projet, puis je vais répondre à la question, ne vous inquiétez pas.

Il y a, sur une période de trois à six mois, une quarantaine d'intervenants sur six sites, cinq groupes de médecine de famille, le Centre hospitalier universitaire de Québec, qui pourra accéder à la version qu'on considère comme la version implantable du dossier santé.

Une voix: ...

M. Couillard: Oui. Alors, bêta, je ne sais pas. Le député connaît ça mieux que moi, mais c'est une affaire qui théoriquement est prête à être étendue dans le reste du Québec. Mais on fait un test...

M. Caire: Et elle est applicable, elle est déployable.

M. Couillard: ...on fait un test pour s'assurer qu'il n'y ait pas de bogue, etc. S'il y a des modifications à faire, elles... elles seront faites. Mais ce n'est pas comme si toutes les régions arrêtaient de faire leur planification pendant le projet pilote. Tous les projets avancent dans les régions de sorte qu'au moment où le projet pilote se termine on est prêt à embarquer sur les déploiements dans d'autres régions avec ou sans modification ou ajustement.

M. Caire: Je comprends qu'on ne s'en va pas vers un autre GIREs où il y aura demande de changement par-dessus demande de changement par-dessus demande de changement, puis là on se ramasse avec un monstre incroyable. C'est une version finale, utilisable, prête à implanter.

M. Couillard: Je ne sais pas si notre collègue a eu une expérience à titre de consultant dans le prochain GIREs, je ne suis pas sûr qu'il faut se vanter de ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Caire: ...pour une autre tribune, M. le Président.

Une voix: ...

M. Couillard: Oui... c'était payant...

M. Caire: Hein?

M. Couillard: De quoi on parlait, là? Je m'excuse, la question...

• (21 h 10) •

M. Caire: Je voulais simplement m'assurer... M. le Président, je voulais simplement m'assurer que, dans l'implantation, on implantait la version finale, parce qu'il arrive souvent qu'on plante une version bêta et qu'on permet à l'utilisateur de la tester, et, à ce moment-là, ça amène des demandes de modification et c'est là où souvent les coûts peuvent exploser. Donc, ce qu'on plante, c'est la version finale. Le contribuable n'aura pas à assumer des coûts subséquents parce qu'il y aura demande de modification de la part du ministère.

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

M. Couillard: Oui, effectivement, puis on fait bien de rappeler, là — soyons sérieux quelque temps; on fait bien de rappeler — le projet GIREs qui effectivement est une triste leçon, là, pour l'administration de fonds publics.

Alors, il y a plusieurs éléments qui font en sorte de limiter au maximum les éléments semblables, bien que rien ne soit garanti à 100 %, sauf, disait quelqu'un, les taxes et la mort. Mais 100 % de perfection, c'est difficile de le garantir, on est quand même dans une démarche où on prend le plus de précautions possible.

D'abord, c'est l'attribution des contrats. Le collègue qui a travaillé dans l'industrie de la technologie de l'information sait probablement — puis on lui expliquera dans le briefing technique — que tous les sous-programmes du projet sont attribués par lots séparés, par contrats et par soumissions séparés, avec un système de «go-no go» spécifique pour chacun des sous-projets. Il y a d'abord là un élément, je dirais, de précaution.

Le deuxième élément, c'est qu'on veut absolument éviter ce que le député décrit avec justesse, ce qu'on appelait, nous, dans le réseau de santé, la technique du train, c'est-à-dire que tu envoies une locomotive au ministère, puis ensuite tu ajoutes un wagon, puis un autre, puis un autre, puis un autre, puis un autre, puis un autre, jusqu'à temps qu'on arrive à la gare de destination. Alors, ce n'est pas comme ça que ça va se passer. S'il y a des modifications, elles seront faites en raison de problèmes techniques constatés sur le terrain et non pas en termes de nouveaux besoins qu'on aurait découverts qui viseraient à augmenter la facture du projet.

Et on a volontairement basé le projet, je dirais, peut-être pas à sa version la plus simple possible, parce qu'on aurait pu faire encore plus simple puis encore plus

réduit, mais dans une architecture de base sur laquelle on pourra, au cours des prochaines années, ajouter d'autres éléments. Je donne un exemple. Actuellement, c'est prévu d'avoir le rapport de l'examen radiologique. Bien, dans le déploiement subséquent, on pourra avoir également la transmission de l'image radiologique elle-même dans tous les cabinets de médecins. Mais on n'a pas besoin de faire ça tout d'un coup au début, il faut garder le projet dans une ambiance ou dans un environnement budgétaire réalisé.

Ce qui est rassurant également, puis je l'ai mentionné l'autre jour, je tiens à le répéter, et bien sûr on va suivre ça de près au cours des prochaines années, c'est que chacun des six, je crois, sous-projets... je ne me souviens plus, je pense que c'est six sous-projets du projet de dossier santé informatisé, a fait l'objet d'appels d'offres, de sélection, de négociation de contrats, et chacun des six projets est arrivé dans le budget prévu ou inférieur au budget prévu. C'est encourageant. Ce n'est pas fini, il reste encore à l'appliquer, à le maintenir, puis à le mener à terme. Mais, au stade où on en est actuellement, je dirais qu'on est quand même dans une position qui est rassurante.

Une voix: ...

M. Couillard: Intéressant, le Vérificateur général accompagne le déploiement de ce projet-là, c'est comme pour les hôpitaux universitaires. Le Vérificateur général est en veille constante sur ces deux gros projets là, les hôpitaux universitaires et le dossier santé informatisé.

Acquisition de matériel informatique en cours de déploiement

M. Caire: Une dernière question sur ce sujet-là avant de passer sur d'autres sujets, M. le Président. Dans le calendrier de déploiement, le ministre a mentionné qu'on utilisait le réseau existant, qu'on est à l'étape de la mise à jour ou du «upgrade». Est-ce que je comprends qu'on ne... dans le calendrier de déploiement, il n'y a pas d'acquisition ou peu d'acquisition de matériel informatique, sinon quelques appareils pour faire la mise à jour, et on est prêt à déployer le projet dans l'ensemble du réseau ou si, dans une étape subséquente, il y a une étape de mise à jour du réseau pour ensuite faire le déploiement du projet?

M. Couillard: Voilà. Alors, effectivement, le projet actuellement ne contient peu ou pas d'élément d'achat de matériel, mais il va y avoir quand même de l'achat de matériel. La raison pour laquelle il n'est pas comptabilisé dans le budget du projet, c'est que c'est de toute façon des achats qui sont faits régulièrement par le programme de maintien d'actif des ressources informationnelles du réseau. De toute façon, régulièrement, on remplace le matériel. Alors, on va le faire, et ça va adonner que c'est du matériel qui va être compatible avec ce qu'on va mettre en place.

Un exemple d'achat qu'il faut faire immédiatement — c'est probablement le seul achat qu'il faut faire immédiatement — c'est toute la... comment on dit? — le député pourra m'aider, là — «hardware» en français?

Une voix: ...

M. Couillard: Non, «hardware» en français?

Une voix: ...

M. Couillard: Non, ce qui est... des systèmes d'imagerie numérisée. On commence avec des foyers actuellement. Ça fait qu'il faut déjà acquérir ces budgets-là, ces appareils-là, mais c'était déjà prévu dans un autre budget. Le budget spécifique du projet qui est devant nous a effectivement très peu d'achat de matériel inclus à l'intérieur.

Diminution de la part du Fonds de recherche en santé du Québec aux subventions de recherche

M. Caire: M. le Président, je vais donc changer de sujet parce que vous êtes intraitable sur le temps qui nous est imparti et incorruptible, j'oserais dire. Je voulais questionner le ministre sur les budgets de recherche, je sais que ce n'est pas des budgets qui appartiennent directement à son ministère, mais ça nous touche quand même parce que c'est la recherche au niveau médical.

On constate qu'il y a une diminution importante, je vous donne quelques chiffres, là: les bourses de formation qui sont, en 2002-2003, passées de 38 %, en 2006-2007, à 29 %; les subventions à la recherche qui sont passées de 34 % à 16 %; les chercheurs-boursiers qui sont passés de 60 % à 50 %. Dans le contexte qu'on connaît...

M. Couillard: Question: Pourcentages de quoi?

M. Caire: C'est les pourcentages de financement sur les projets qui sont acceptés, les projets qui sont financés.

M. Couillard: Donnés par quel organisme de subvention?

M. Caire: C'est le FRSQ, c'est ça?

M. Couillard: Le Fonds de recherche en santé du Québec.

M. Caire: C'est ça. Voilà.

M. Couillard: Vous réalisez qu'il n'est pas directement sous notre responsabilité.

M. Caire: Je réalise qu'il n'est pas directement...

M. Couillard: On va essayer de répondre au mieux.

M. Caire: Je comprendrai si vous ne pouvez ou ne voulez répondre à la question, mais ça a soulevé quand même des inquiétudes de notre côté et, dans les milieux de recherche qu'on a visités, ça soulève des inquiétudes importantes.

Est-ce que le ministre est conscient, un, de la situation et, deux, est-ce qu'il est capable d'intervenir auprès des autorités compétentes pour, à tout le moins, revenir à un niveau de budget qui serait plus acceptable?

M. Couillard: Évidemment, il faut toujours regarder la situation globale incluant les fonds fédéraux qui participent à ces projets de recherche là, parce que souvent il y a également des fonds fédéraux pour la

recherche qui sont inclus dans les budgets généraux des projets.

L'aspect qui, nous, au ministère de la Santé, nous interpelle de la façon la plus proche, c'est la question des chercheurs cliniciens. Alors, c'est pour ça qu'on a mis en place, dans la dernière négociation avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, un budget spécifique de rehaussement de la rémunération et de protection de la rémunération des médecins qui oeuvrent dans nos centres universitaires, et incluant les centres de recherche, et qui font, par exemple, de la recherche clinique. On a de jeunes chercheurs cliniciens qui reviennent au Québec après des années de formation à l'étranger et on veut bien sûr protéger leur temps de recherche pour leur permettre de donner leur plein potentiel dès le début de leur carrière. C'est cette raison qui nous a amenés, avec la FMSQ, lors de l'entente de l'automne dernier, à consacrer, je crois, que c'est 55 millions de dollars ou 60 millions de dollars?

Une voix: 60.

M. Couillard: 60 millions de dollars au rehaussement de la rémunération et la protection de la rémunération des chercheurs cliniciens ou des médecins en général qui travaillent dans nos centres académiques au Québec, dont les jeunes chercheurs cliniciens.

Maintenant, pour le reste des questions de pourcentage, je ne me hasarderai pas, ce n'est pas un manque de volonté de répondre, M. le Président, on n'a tout simplement pas ici les informations. Il y a certainement des collègues du député qui vont questionner mon collègue le ministre de l'Innovation qui a la responsabilité de ces budgets-là, puis il apportera des réponses plus complètes que ce que je pourrais faire actuellement.

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

Mise en application de la version révisée du Programme d'aides visuelles

M. Caire: Merci, M. le Président. Mais je voulais quand même sensibiliser le ministre au fait que c'est une préoccupation.

Autre préoccupation qui a été portée à mon attention de la part du Regroupement des aveugles et amblyopes du Québec qui, au niveau du Programme d'aides visuelles qui est assuré par la Loi sur l'assurance maladie, éprouve des grandes difficultés à faire accepter un décret qui aurait été... Enfin, pour faire un historique, en 2003, on a fait une révision des programmes d'aides visuelles pour ces personnes-là. Il y a eu un rapport qui a été émis en 2004. Ce qu'on me dit, c'est que les gens qui étaient sur ce comité-là ont été, pour des raisons différentes, sortis du dossier. On a ramené le dossier un peu plus tard en disant qu'il était à l'étude parce que de nouveaux intervenants étaient au dossier et, de fil en aiguille, on a reporté, reporté et reporté. C'est un programme, là, qui somme toute coûte à peu près 50 millions, qui touche à peu près 100 000 personnes au Québec. Ça m'apparaît non négligeable.

Est-ce que le ministre est conscient de cette situation-là? Est-ce qu'il y a, au niveau du ministère, une volonté de régler le problème? Parce que vous admettez avec moi, là, que, pour les gens qui ont... pour les aveugles et amblyopes, là, les aides visuelles, c'est assez majeur dans

leur vie. Bon, 50 millions sur un budget de 24 milliards, là, je pense qu'avec une volonté ministérielle de faire avancer le dossier ça pourrait se régler assez rapidement.

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

● (21 h 20) ●

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président, au collègue pour la question. Effectivement, on est avancé... Je réalise que ça a été très long, cette histoire pour les personnes qui attendent l'actualisation de ce programme-là. On est actuellement... Et je ne sais pas si le député veut qu'on répète toutes les composantes de la réforme en question, je pense qu'il doit les connaître, ayant posé la question.

Il y a deux éléments: il y a l'aspect financier puis l'aspect réglementaire. On est dans la phase d'élaboration de la modification du règlement qui devrait bientôt être adoptée par le Conseil des ministres et publiée dans la *Gazette officielle*, avec 40 jours ou 45 jours qui suivent la prépublication pour adoption finale. Quant au montant nécessaire pour la mise en place de cette révision du programme, il est estimé actuellement à 1 080 000 \$ pour 2007-2008 et pour les années subséquentes. On peut confirmer que l'argent est là. Mais ça prend également la modification réglementaire, donc on va la faire au cours des prochaines semaines. Évidemment, il y a le calendrier estival qui vient un peu brouiller les pistes, là, mais c'est en cours, actuellement, de rédaction, la modification au projet de règlement. Je pense que...

Est-ce qu'on a une idée? Je peux demander à nos collègues quant à l'échéancier de la fin de cette étape des travaux.

Une voix: Début de l'automne.

M. Couillard: Début de l'automne, me dit-on, on va être capable de compléter la démarche.

Le Président (M. Kelley): Et, M. le député, comme vous pouvez le soupçonner, dernière question.

M. Caire: Vous me tuez, M. le Président, vous me tuez. Bien, je vais... Si vous voulez, je vais garder du temps pour mon dernier bloc, pour permettre à mon collègue de...

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

Groupe de travail sur le financement du système de santé (suite)

Possibilité d'utilisation des blocs opératoires le soir et les fins de semaine

M. Drainville: Merci, M. le Président. Juste pour terminer sur Castonguay, M. le ministre, l'idée d'utiliser les blocs opératoires le soir, par exemple, ou les fins de semaine, donc pour générer possiblement des revenus supplémentaires ou encore pour permettre des interventions chirurgicales au privé, est-ce que c'est envisageable? Qu'est-ce que vous en pensez? Est-ce que vous y avez pensé? Est-ce que c'est une possibilité? Parce qu'on entend ça souvent, hein, on entend ça souvent, les gens disent:

Coudon, on l'a payé, ça sert seulement six heures par jour, huit heures par jour, si on pouvait l'utiliser davantage.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, je dirais que mon premier choix, c'est de l'utiliser davantage au service du réseau public. C'est la raison pour laquelle, lorsqu'on dépose des budgets accrus pour la production des chirurgies au Québec, ça inclut des prolongations des heures de fonctionnement des blocs opératoires. Là, on est toujours tributaire de la pénurie de personnel, cependant, là. On va le plus loin qu'on peut avec le personnel qui est disponible. Lorsque j'ai parlé du mécanisme de gestion de l'accès et de la garantie d'accès, j'ai indiqué que, si des hôpitaux voulaient opérer le soir et les fins de semaine pour rentrer les patients dans les délais, il y aurait des budgets pour le faire. Il faut qu'ils trouvent le personnel, par exemple, pour le faire. Mais il y aurait des budgets pour le faire.

La possibilité existe, dans la loi de santé et services sociaux, de permettre aux établissements, lorsqu'ils le déclarent, et ils doivent en informer le gouvernement, de procéder à ces locations-là. La possibilité théorique existe. À ce que je sache, ça se fait peut-être à quelques endroits pour la chirurgie esthétique?

Une voix: ...

M. Couillard: O.K., essentiellement la chirurgie plastique puis la chirurgie esthétique. Il n'y a pas un grand nombre d'établissements.

M. Drainville: Dans les hôpitaux?

M. Couillard: Dans les hôpitaux? Quels hôpitaux?

Des voix: ...

M. Couillard: Sous réserve, hein, parce qu'il faudrait faire des vérifications, il y a probablement de ce type d'opérations qui sont faites à l'Hôpital général juif et peut-être un ou deux autres établissements de Montréal, mais on pourra avoir des informations plus précises. Mais c'est vraiment marginal comme pratique.

Ce qui arrive cependant, qui a été mentionné par les médias, qui se rapproche du même concept, c'est qu'il y a des hôpitaux qui permettent à des chirurgiens plasticiens, par exemple, de faire, sur leur temps opératoire, quelques opérations non assurées. Pourquoi? Parce que, surtout dans les hôpitaux régionaux, les plasticiens, ils ne resteront pas dans l'hôpital s'ils n'ont pas la possibilité de faire un peu ça, ils vont quitter l'hôpital pour aller travailler dans une clinique privée, puis on n'aura plus de plasticien dans l'hôpital pour assurer les soins de reconstruction.

Mais, quant à la location des plateaux techniques, c'est un phénomène qui est très limité, marginal, peut-être limité à un, ou deux, ou trois, maximum, hôpitaux dans la région montréalaise. Je ne pense pas, à Québec, qu'il y ait de cas semblable, non.

M. Drainville: Et dans le cas de...

M. Couillard: Non, non, encadré légalement pour que, si ça se fait, ce soit déclaré et soumis à la législation.

Plan de correction du financement en santé et services sociaux en Montérégie

M. Drainville: Je pense qu'on va y aller, M. le ministre, sur l'équité interrégionale, si vous permettez, en particulier sur la situation qui prévalait présentement en Montérégie. On a tous vu, ce matin, les manchettes, là, entourant la démission du Dr Claude Rivard à titre de chef du Département de médecine d'urgence au CSSS Pierre-Boucher. Luc Boileau, le directeur général de l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie, dit que le sous-financement régional était de 126 millions l'an passé. Donc, il manquait à la Montérégie 126 millions pour atteindre la moyenne québécoise. C'est une des raisons qu'invoque le Dr Rivard pour sa démission; il dit que la Montérégie où il travaille, l'Hôpital Pierre-Boucher où il travaille n'aura jamais le financement, et donc les moyens qui lui permettraient de faire son travail de façon sécuritaire et adéquate.

Alors, est-ce que vous avez un échéancier pour faire en sorte que la Montérégie atteigne cette moyenne québécoise? Est-ce que vous vous êtes donné un plan de match afin qu'on se retrouve, là... qu'on obtienne les 126 millions dont on a besoin en Montérégie pour obtenir l'équilibre, la moyenne?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, ça me fait très plaisir de répondre à cette question pour plusieurs raisons, dont celle qui est que c'est notre gouvernement qui a mis en place avec — je tiens à le dire parce que le député veut... insiste avec raison que je rende justice à ce qui a été fait auparavant, avant notre arrivée au gouvernement... Notre collègue le député de Rousseau avait mis sur pied la table interrégionale de discussion pour la correction, mais cette table a produit un plan concret de correction du déséquilibre interrégional sous notre gouvernement, et c'est nous qui l'avons mis en place et qui l'avons débuté, notamment pour la Montérégie, avec comme résultat qu'au cours des dernières années la Montérégie a reçu environ 25 % des développements budgétaires en santé et services sociaux alors qu'elle représente 18 % de la population. Donc, on voit qu'il y a un effort de financement accru de la Montérégie par rapport à son poids démographique.

Je regrette beaucoup personnellement, je tiens à le redire, la démission annoncée par le Dr Rivard, parce que, sans le connaître personnellement, je connais sa réputation. C'est un médecin qui a une très, très bonne réputation en Montérégie. Je suis persuadé...

M. Drainville: Et partout au Québec, si vous me permettez, M. le ministre.

M. Couillard: Exactement. Puis je suis persuadé qu'il a rendu d'énormes services à son institution. De lui ai volontairement attribué une grande partie des mérites, des résultats certainement incomplets, mais des résultats qu'on ne peut nier de son hôpital. Et mon souhait, c'est

que bien sûr il puisse éventuellement se rejoindre à nous pour nous aider à faire progresser le système de santé en Montérégie.

Si on regarde la situation de l'inéquité inter-régionale, évidemment on améliore à chaque année, et c'est très difficile de répondre à la question du député de Marie-Victorin sur un nombre d'années pour nous amener à au moins 50 % de la correction. Je pense qu'on considère en général dans le réseau que, quand 50 % de la correction est fait, on est très près de la correction elle-même. En 2004-2005, c'était... vous voyez, le déséquilibre était de 151 millions; 126 millions, en 2006-2007. On prévoit qu'il sera probablement autour de 120 millions en 2007-2008, 120 millions en 2007-2008.

Mais ce qui est tout à fait intéressant, c'est de regarder la distribution de la situation d'inéquité selon les programmes. Vous savez qu'il y a plusieurs programmes: services généraux, santé physique, santé mentale, etc. Lorsqu'on fait l'analyse programme par programme de la situation d'équité ou d'inéquité de la Montérégie, ce qu'il est intéressant de constater — et j'aurais aimé moi-même pouvoir le dire au Dr Rivard, puis j'espère que j'aurai l'occasion d'en discuter avec lui — c'est qu'en santé physique, c'est-à-dire dans le programme hospitalier, le sous-financement n'est que de 3,2 %. Ce n'est pas là que se situe le déséquilibre de financement de la Montérégie. Le gros du déséquilibre de l'équité interrégionale est en santé mentale, où il y a 26 % d'inéquité. Alors, c'est là que se trouve...

M. Drainville: ...26 % moins que la moyenne québécoise?

M. Couillard: Voilà, voilà.

M. Drainville: Sur une base per capita.

• (21 h 30) •

M. Couillard: Sur une base populationnelle pondérée, parce que j'ai expliqué l'autre jour à un autre collègue que ce n'était pas une base populationnelle brute, c'est une base populationnelle pondérée selon démographie, niveau socioéconomique, etc. Alors, je peux faire la liste des programmes parce que c'est intéressant: services généraux, c'est essentiellement les soins à domicile et autres services de soutien, c'est 6 %; santé physique, donc les milieux hospitaliers, 3,2 %; santé mentale, 25,9 %, et c'est majeur comme déséquilibre; santé publique, c'est, à toutes fins pratiques, en équilibre; la perte d'autonomie, 12,2 %, un autre domaine sous-financé historiquement en Montérégie; déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, 13,5 %; déficience physique, 14,1 %; dépendance, 2,5 %; jeunes en difficulté, 9,1 %; administration et soutien aux services, 15,2 %, ce qui arrive au total du déséquilibre.

Mais on voit qu'il ne se répartit pas de façon égale. Et ce que j'aurais voulu pouvoir répéter, et je le ferais si j'en ai l'occasion, au Dr Rivard et à ses collègues qui s'inquiètent de cette situation-là, c'est que, chaque année, on fait un effort important pour corriger l'inéquité dont historiquement la Montérégie est victime et que cette inéquité, elle n'est pas actuellement dans la sphère d'activité du Dr Rivard, ou marginalement. La grosse inéquité, elle est chez ses collègues psychiatres et les équipes de réadaptation et de perte d'autonomie, qui bien sûr, pour

la perte d'autonomie, ont un impact sur le fonctionnement des urgences, on s'entend.

M. Drainville: ...126 à 120, M. le ministre. En 2004-2005, vous êtes passés... entre 2004-2005 et 2006-2007, vous êtes passés de 151 à 126 millions, l'écart. Là, vous le diminuez seulement de 6 millions. Est-ce qu'il n'y aurait pas eu moyen de faire un effort un peu plus considérable?

M. Couillard: Il faut réaliser que ce sont les régions elles-mêmes qui ont décidé de la façon dont ce déséquilibre allait être corrigé, dont la Montérégie. Et la façon dont on le fait, c'est en utilisant la partie du budget qui est au-dessus de l'indexation. Parce que c'est certain qu'on pourrait le faire de façon radicale, en l'espace de deux ou trois ans, en supprimant des budgets à Montréal, ou à Québec, ou dans les régions considérées non pas surfinancées, parce que personne ne peut dire qu'il est surfinancé en santé, tout est relatif, mais en excès relatif de financement par rapport à la Montérégie. On ne fera pas ça. On ne plongera pas la région de Montréal, de Québec dans un chaos, en santé et services sociaux, pour arriver à ce résultat-là.

C'est pour ça que les régions se sont mises d'accord pour que la correction se fasse avec les budgets de développement. C'est-à-dire que, lorsqu'on donne l'indexation uniquement au réseau, il y aura peu de correction, encore qu'on va utiliser l'indexation spécifique pour le vieillissement et les technologies pour appliquer le mode de correction. C'est lorsqu'on a des budgets de développement, comme cette année, que chaque fois on peut faire un bond de plus. Pourquoi on fait ça? Encore une fois, c'est pour ne pas créer de situation très difficile.

Vous savez qu'en même temps que la Montérégie se plaint que la correction ne se fait pas assez vite Montréal commence à se plaindre que la correction se fait trop vite. Alors, il faut trouver l'équilibre là-dedans. Et il est certain cependant que la Montérégie est la région la plus sous-financée au Québec. La poursuite et la rapidité de la correction vont dépendre de la possibilité, au cours des prochaines années, d'avoir des développements budgétaires et de continuer à assurer l'indexation spécifique. Nous, on l'a fait à chaque année depuis qu'on est au gouvernement. Mais il n'y a pas d'autre méthode. À moins que le député m'en suggère une autre, il n'y a pas d'autre méthode de...

M. Drainville: Non, mais ce n'est pas réaliste de penser que vous puissiez vous donner à tout le moins un échéancier pour obtenir une diminution de 50 % de l'écart? Vous le disiez vous-même, 50 %, c'est... J'ai un peu de difficultés à comprendre pourquoi l'atteinte de 50 % est considérée comme l'atteinte du but ultime, là, ou près du but ultime. Pour moi, 50 %, c'est la moitié du but, mais, disons, effectivement, si on était capable de réduire l'inéquité de moitié, ce serait déjà très bien. Pourquoi ce n'est pas possible de se dire: On va atteindre la moitié du chemin, on va faire la moitié du chemin d'ici trois ans ou d'ici cinq ans? Ce n'est pas... Il me semble que ce serait possible, ça. Non?

M. Couillard: Pas vraiment, puis je sais que c'est décevant, parce que c'est tributaire des budgets de développement des prochaines années, des cinq ou six prochaines

années. Et il faut savoir qu'il y a des défis de financement, au cours des prochaines années, spécifiques, comme par exemple les impacts des ententes avec les médecins qui se situent toutes au-dessus du coût d'indexation, et on parle de centaines de millions de dollars. Et là-dessus, bien sûr, il n'y a pas d'impact sur la correction interrégionale. Alors, c'est lorsqu'on a des budgets de développement de services qu'on est capable de faire un pas de plus dans la correction.

Et je ne pense pas qu'il n'y a aucun parti politique qui peut garantir au réseau de santé que, chaque année, pour les cinq, six, sept, huit prochaines années, chaque année, il va y avoir des développements budgétaires, compte tenu des autres pressions dont je viens de parler, notamment les ententes avec les fédérations médicales. Il faut réaliser le poids que ça représente, là. Avec les médecins spécialistes, on a déjà 963 millions de dollars récurrents de commis. Et tout ça est au-dessus de l'indexation du réseau de santé. Alors, on va faire, chaque année, un pas. Lorsqu'il y a des développements budgétaires, on l'a fait chaque année, ce pas-là. Je pense, depuis 2003, chaque année, on a fait un gain. Maintenant, on va continuer chaque année, à mesure que les disponibilités budgétaires seront là. Puis je rappelle que les régions sont d'accord pour ça.

Je rappelle également que la...

M. Drainville: ...en dessous de 100 millions, M. le ministre. Est-ce qu'on ne pourrait pas s'entendre ce soir, on le ramène...

M. Couillard: Bien, je ne pourrais pas...

M. Drainville: ...en dessous de 100 millions d'ici deux ans, là, d'ici un an?

M. Couillard: Ça m'apparaît impossible.

M. Drainville: Impossible?

M. Couillard: Bien non, parce que l'ampleur des développements au-dessus de l'indexation ne permettra jamais de faire un bond aussi substantiel dans une période de temps aussi réduite. Et puis, nous, on en assure, des développements, chaque année, puis l'indexation à chaque année, ce qui, en passant, n'a pas été toujours le cas avant 2003. On pourrait y revenir. Alors, on est vraiment dans une ambiance budgétaire qui nous permet de faire cette correction-là.

Ce que je voulais ajouter, et puis je terminerai là-dessus, c'est qu'il n'y a pas uniquement des budgets de fonctionnement qui participent à la méthode de correction de l'inéquité interrégionale, il y a les infrastructures également. Alors, par exemple, lorsqu'on investit pour un centre de cancérologie à Charles-Le Moyne, en Montérégie, où il n'y en a pas depuis des années, pour 1,2 million de personnes — il n'y a pas de centre de traitement, de radiothérapie — bien c'est une façon également de corriger l'inéquité interrégionale. La même chose quand on utilise et qu'on installe les appareils de technologie médicale.

Il y a également l'impact des plans cliniques des deux nouveaux hôpitaux universitaires de Montréal, autant le CHUM que l'hôpital de McGill, qui, dans leurs

plans cliniques, sur plusieurs années, prévoient, compte tenu de l'autonomie accentuée des régions de la couronne de Montréal, le retour des soins médicaux vers les couronnes, par rapport à ce qu'il se fait actuellement dans les hôpitaux universitaires, avec un transport correspondant à des budgets, parce que les activités d'hôpitaux sont financées selon le volume. Alors, si, au cours des prochaines années, la Montérégie peut récupérer plus de patients qui sont actuellement traités de l'autre côté des ponts, elle va automatiquement, en plus de la correction de l'équité, faire un pas de plus, encore plus important, dans la correction de l'inéquité interrégionale.

Je sais que c'est frustrant pour les régions, parce qu'il y a ceux qui trouvent que ça va trop vite puis il y a ceux qui trouvent que ça ne va pas assez vite, selon qu'on est d'un côté ou de l'autre de la barrière du financement, mais il faut procéder avec beaucoup, beaucoup de prudence et d'équilibre. Puis je rappelle que ce n'est pas une démarche qui est faite en vase clos par nos collègues les fonctionnaires du ministère de la Santé et Services sociaux, c'est une démarche consensuelle des régions autour d'une table qui, chaque année, vérifie le fonctionnement du programme de correction, suggère des modifications. Chaque année, il y a une région considérée en excès de financement qui vient démontrer aux autres qu'elle ne devrait pas être considérée en excès de financement. À l'opposé, il y a une région qui est en sous-financement qui vient démontrer aux autres qu'ils sont encore plus en sous-financement qu'on pense. Et c'est des équilibres qu'il faut faire autour de la table.

Le Président (M. Kelley): Dernière question, très rapidement, M. le député de Marie-Victorin.

Réalisation d'une deuxième salle d'hémodynamie au Centre hospitalier Pierre-Boucher

M. Drainville: Oui. Un des projets, M. le ministre, que les gens de la Montérégie souhaiteraient se voir réaliser le plus rapidement possible, c'est la deuxième salle d'hémodynamie de l'hôpital Pierre-Boucher. En fait, l'espace a été construit, hein? À l'intérieur du centre ambulatoire de l'hôpital Pierre-Boucher — qui est magnifique d'ailleurs — il y a une pièce, mais cette pièce-là, elle est vide. Elle devait accueillir l'équipement destiné donc à faire fonctionner cette deuxième salle d'hémodynamie. Le projet a été approuvé en bonne et due forme, les plans et devis ont été approuvés. Vous avez même approuvé le projet, le projet a été annoncé en novembre 2005. L'appel d'offres pour l'acquisition de l'équipement a été réalisé en mars 2006, recommandation du plus bas soumissionnaire conforme et respect du budget en avril 2006. On attend quoi pour dire: Go, go, go, on y va?

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

M. Couillard: Alors, je vais l'expliquer. Je l'ai déjà expliqué aux équipes médicales de Pierre-Boucher. Sur la base du concept, nous, on est tout à fait favorables au fait de rapprocher les services des populations, notamment des couronnes de Montréal. Maintenant, voici ce qui s'est passé. Lorsqu'il y a eu les approbations initiales à même le projet du centre ambulatoire, au même moment, il y a eu une recommandation du groupe québécois

de cardiologie tertiaire, que le député connaît probablement, qui est notre conseiller scientifique pour le déploiement des infrastructures de cardiologie avancée, autant la chirurgie que l'hémodynamie, qui recommandait un moratoire sur l'ajout de nouvelles salles d'hémodynamie au Québec. Donc, premier élément.

M. Drainville: Il vient à échéance en juin.

M. Couillard: Bon. Alors, tant mieux si on change cet avis-là. Mais on va s'entendre qu'on va suivre et qu'on va être très attentifs à l'avis du groupe québécois de cardiologie tertiaire. Ce moratoire, s'il est levé, tant mieux, ça va nous donner un argument de plus pour procéder dans la direction que souhaite le député. Mais il n'y a pas que ça, il y a également la question de la sécurité des soins, encore une fois. Il y a un débat scientifique en cardiologie qui bien sûr va lui être présenté, à notre collègue, de façon différente selon qu'il parle à des cardiologues qui souhaitent l'installation de salles ou des cardiologues d'autres institutions qui s'opposent à l'ajout, parce qu'il y en a qui s'opposent à l'ajout de salles dans les couronnes de Montréal.

En passant, on a mis une salle, récemment, dans la couronne de Montréal, à Laval, à la Cité de la santé, mais ce n'était pas une salle de plus, c'était un déménagement d'une salle du CHUM à Laval dont les soins sont assurés par les cardiologues de Sacré-Coeur et du CHUM. Donc, c'est encadré, notamment la question des transferts. Parce que, pour les citoyens qui nous écoutent, ce qui est en cause ici, c'est la sécurité des soins lorsque des établissements font de l'hémodynamie sans avoir, dans leurs murs ou à proximité immédiate, un service de chirurgie cardiaque, parce qu'il y a malheureusement des cas de complications, en cours de procédure, où il faut immédiatement transférer le patient pour une chirurgie cardiaque.

Alors, pour régler cette question, puis j'explique... je veux assurer le député que je fais une explication détaillée pour qu'il comprenne bien la situation et qu'il...

M. Drainville: ...M. le ministre, l'hémodynamie, c'est, entre autres, le traitement par le ballonnet, là, pour que les gens qui nous écoutent, hein...

● (21 h 40) ●

M. Couillard: Voilà. Mais, maintenant, même c'est des petits ressorts, qu'on appelle les stents, là. Ça progresse continuellement.

M. Drainville: Pour le coeur, hein, pour traiter...

M. Couillard: Pour les artères du coeur qui bloquent.

M. Drainville: Voilà, débloquent les artères du coeur.

M. Couillard: C'est ça. Mais, pour qu'on s'entende bien, moi, je suis favorable au concept de rapprocher ça des citoyens. C'est pour ça qu'on a mis la radiothérapie sur la Rive-Sud puis à Laval, c'est pour ça qu'on a déménagé une salle à Laval.

Ce qu'on a fait pour éclaircir cet imbroglio quant à la sécurité des soins, on a demandé un rapport à l'Agence

d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, qui est l'organisme du gouvernement qui fait des rapports sur ces questions-là, et le rapport est très près d'être publié. Je ne sais pas si on a une date prévue de publication de ce rapport-là... Sous peu. Le rapport va être publié sous peu. J'ai tout dit ça aux intervenants de Pierre-Boucher lorsque je les avais rencontrés à l'époque, à l'occasion de l'inauguration de la clinique-réseau qui est à proximité de l'hôpital.

Alors, ce qu'on a demandé à l'AETMIS, c'est de répondre aux questions suivantes: Est-il, dans l'état actuel des connaissances scientifiques, sécuritaire d'avoir une salle d'hémodynamie dans un endroit où il n'y a pas de chirurgie cardiaque? Si c'est possible de le faire, quelles sont les précautions et les protocoles qui doivent exister pour qu'on puisse acheminer les patients rapidement vers une salle de chirurgie cardiaque s'il y a une complication? Alors, ce rapport-là qui va être publié va nous donner la voie à suivre.

Moi, ce que je dis au député, c'est que, si le Réseau québécois de cardiologie tertiaire lève le moratoire quant au nombre total de salles au Québec... Puis on va me permettre d'expliquer brièvement pourquoi ce moratoire existe: parce qu'actuellement le Québec globalement est très bien desservi en hémodynamie en termes d'accès aux services, incluant l'Hôpital Pierre-Boucher en Montérégie. Si le Réseau québécois de cardiologie tertiaire décide de lever le moratoire quant au nombre de salles total au Québec et que l'Hôpital Pierre-Boucher est en mesure de satisfaire les recommandations qui seront faites par l'agence d'évaluation, l'AETMIS, je n'ai aucune objection à aller de l'avant pour une salle d'hémodynamie à l'Hôpital Pierre-Boucher. Mais il faut que ces deux conditions se réalisent. Et ce n'est pas quelque chose qu'on fait pour retarder le projet, c'est une façon responsable de gérer une situation semblable pour s'assurer qu'on procède dans le meilleur intérêt des patients.

J'ai pris le temps d'expliquer en détail la situation au député pour qu'on soit là-dessus sur un terrain de compréhension commun.

Le Président (M. Kelley): Juste aviser le député de... il va vous rester très peu de temps dans la prochaine ronde. Alors, vous pouvez continuer, il vous reste huit minutes au total.

M. Drainville: Combien?

Le Président (M. Kelley): Huit minutes.

M. Drainville: O.K. Je veux juste ajouter un court commentaire sur la qualité du travail qui est fait. Moi, les documents que j'ai ici, M. le ministre, démontrent que la qualité de l'acte médical, il est indiscutable et il est validé par le rapport annuel des complications qui est soumis aux chirurgiens cardiaques de l'Institut de cardiologie de Montréal. On me dit que le taux de complication, il est égal ou même inférieur à la littérature, taux de réussite de l'ordre de 97 %, c'est parfaitement dans les normes de la littérature. Donc, pour ce qui est du travail qui est fait...

M. Couillard: Ce n'est pas la qualité du travail qui est en cause.

M. Drainville: Non, mais vous parlez de complications.

M. Couillard: Il y aura toujours des complications.

M. Drainville: C'est ça. Mais...

M. Couillard: Mais il faut s'assurer, lorsqu'il y a des complications, qu'on est capable de s'en occuper correctement. C'est juste ça.

M. Drainville: Mais tous les documents que j'ai ici semblent démontrer qu'ils s'en occupent très, très bien, là, tu sais, et qu'il n'y a pas de problème.

M. Couillard: Attention. C'est parce que ce qui peut arriver lorsqu'un patient présente une complication, c'est assez sérieux, hein, si on n'a pas accès directement à une salle de chirurgie cardiaque. Et ce n'est pas quelque chose qui sort de notre chapeau, là, c'est les cardiologues du Réseau québécois de cardiologie tertiaire, c'est l'agence d'évaluation qui va nous donner la réponse à ça.

Je veux juste répéter au député que, moi, je crois à ça, le déploiement de la technologie dans les couronnes de Montréal. J'y crois tellement que je l'ai fait puis qu'on est prêts à le refaire pour l'hémodynamie à Pierre-Boucher. Je pense qu'on n'est pas loin d'une solution là-dedans avec la levée éventuelle du moratoire du réseau québécois et/ou le rapport de l'agence d'évaluation. Je suis persuadé que, lorsque les gens de Pierre-Boucher vont lire le rapport... Je pense qu'ils vont être capables de nous présenter un protocole qui va satisfaire aux demandes de l'agence d'évaluation. Je n'ai aucun doute là-dessus parce qu'ils ont des équipes de qualité, comme le dit le député. On n'est pas dans une situation d'opposition où un ne veut pas puis l'autre veut. On veut réussir tous les deux ce projet-là.

M. Drainville: Très bien. Merci.

Suivi des engagements pris au Forum socioéconomique des premières nations, à Mashteuiatsh

Le Président (M. Kelley): C'est pour aviser le député de Marie-Victorin: dans le dernier round, il va rester à peine cinq, six minutes, alors juste... On est maintenant dans la 15e rotation, alors le président va s'inscrire et poser quelques questions, parce que, je pense, c'est mon tour.

Et, je pense, le ministre ne sera pas trop surpris, je vais sur les quelques-uns des enjeux qui touchent la santé de nos populations autochtones, je pense, ça, c'est une clientèle où il y a des grands enjeux quant à la santé des membres des 11 premières nations du Québec, peut-être pour clarifier la situation, parce que c'est une situation complexe parce qu'entre les 11 premières nations du Québec on a des responsabilités qui sont variables.

Selon la Convention de la Baie James, les trois premières nations au Grand Nord québécois, on a des ententes spécifiques où le rôle et la responsabilité du gouvernement du Québec sont beaucoup plus importants. Donc, il y a des agences régionales de santé et services sociaux chez les Inuits, au Nord québécois, également

chez les Cris. En plus, on a les ententes avec les Naskapis, c'est une communauté à côté de Schefferville. Dans les huit autres premières nations, c'est avant tout, sur les réserves, la responsabilité du gouvernement fédéral. Mais ça, c'est avant tout les services de première ligne. Mais, quand on quitte la réserve, on devient également la clientèle de notre réseau de la santé. Alors, il y a beaucoup de responsabilités, il y a beaucoup de chevauchements qui, je pense, compliquent davantage la situation.

Je veux souligner, en passant, parce qu'il y a plusieurs visages, des personnes en arrière du ministre, mais une personne, Louise Montreuil. C'est quelqu'un que j'ai travaillé avec et c'est vraiment une grande experte dans les questions de la santé autochtone. Il y avait surtout une entente que je veux souligner, parce que c'est vraiment une entente très avant-gardiste au Canada, que le gouvernement a signée avec la nation crie, en 2005, pour donner suite à la nouvelle relation entre le gouvernement du Québec et la nation crie, où, entre autres, de mémoire, nous avons créé une première direction de santé publique en milieu autochtone, au Canada, qui permet aux Cris de confronter les problèmes comme le diabète, les autres enjeux liés aux saines habitudes de vie en milieu cri. Nous avons renforcé le recrutement de personnel dans les neuf communautés cries au Québec. Alors, c'est vraiment une entente historique que le gouvernement a signée en 2005, et Mme Montreuil était vraiment un des auteurs principaux des négociations que nous avons faites. Alors, je veux publiquement la remercier pour son dévouement. On a, à l'intérieur de la fonction publique québécoise, dans chacun des ministères, des personnes qui sont très dévouées aux questions qui sont liées aux premières nations.

Et les enjeux liés à la santé sont vraiment très importants. Je sais que le ministre aussi a signé, au début de 2007, de mémoire, une entente concernant l'Hôpital Kateri à Kahnawake, qui est une autre entente avec nos partenaires, où, au niveau de... au gouvernement fédéral, on veut s'attaquer aux enjeux de santé des premières nations.

Au mois d'octobre passé, le gouvernement a organisé un forum sur le développement social et économique autochtone, à Mashteuiatsh, où une série d'ententes ont été prises concernant la santé des premières nations. Le ministre est allé à Mashteuiatsh pour participer au forum, et j'aimerais savoir: il y avait plusieurs engagements qui ont été pris à la fois dans le domaine de la santé et des services sociaux, qui sont des questions qu'on va regarder lundi prochain, mais où est-ce qu'on est dans le suivi du forum de Mashteuiatsh? C'est quoi, les développements depuis les discussions qu'on a eues à Lac-Saint-Jean, au mois d'octobre passé?

M. Couillard: J'allais vous remercier de me poser la question puis me donner la parole, j'étais comme dans un état de confusion, là, habitué que je suis à regarder d'un côté ou de l'autre. Je voudrais commencer par le président. M. le président a été très aimable de saluer la compétence de Mme Montreuil et de son équipe, il faut le répéter, puis rappeler la compétence de la fonction publique en général et particulièrement dans le domaine des relations avec les autochtones. Mais on ne peut pas passer sous silence non plus la contribution personnelle du député de Jacques-Cartier, notre président, dans ce dossier-là, qui remonte à beaucoup d'années,

avant même notre arrivée au gouvernement. Il a plus qu'un intérêt, il a une passion pour cette question, en lui, et tous ceux qui le connaissent le savent et savent à quel point il s'est investi personnellement dans ces questions, incluant le forum qui s'est tenu à Mashteuiatsh.

J'apprécie également qu'on ait rappelé l'entente historique qu'on a conclue avec les Cris. Et là il y a un élément de continuité qui va faire plaisir au député de Marie-Victorin, il y a eu l'entente qu'on a appelée la «Paix des Braves», signée par M. Bernard Landry et les populations du Nord-du-Québec, qui a mené à des négociations sur l'aspect santé de cette entente-là, qui a mené à l'élaboration d'un plan stratégique pour la santé et les services sociaux par le peuple cri, plan stratégique où d'ailleurs Mme Montreuil et son équipe ont joué un rôle considérable, avec comme philosophie que, si les autochtones veulent devenir plus en contrôle de leurs affaires en santé et services sociaux, il faut qu'ils s'astreignent à l'exercice de priorisation et de vision stratégique des prochaines années, qu'on fait tous dans nos communautés, dans les régions, dans le ministère de la Santé et Services sociaux.

● (21 h 50) ●

Alors, le forum de Mashteuiatsh a également été un événement très important, et on se souvient des problématiques qui ont été soulevées à ce moment-là. Personnellement, en 2003, j'en avais fait une de mes priorités. Il y en avait quelques-unes. Il ne faut pas en avoir trop, de priorités. Tout est prioritaire en santé, mais il y a des priorités parmi les priorités, dont la santé mentale, les personnes âgées en perte d'autonomie, les soins pour le cancer et les soins de santé et services sociaux pour les populations autochtones. Et beaucoup de gens ont été surpris lorsque je suis arrivé avec cette priorité, qui est encore là parce que, lorsqu'on a visité ces populations ne serait-ce qu'à quelques reprises, on a constaté le niveau de détresse élevé, de la jeunesse surtout, et des populations en général.

On sait qu'on a une responsabilité incontournable pour participer à la solution de ces problèmes-là. Il ne s'agit pas non plus de déresponsabiliser les populations elles-mêmes. Elles ont elles-mêmes à se prendre en main. Si les autochtones ont un problème majeur de diabète, d'obésité et un taux de tabagisme très élevé, c'est également en elles que doit se trouver, chez ces populations, la solution. Mais on ne peut pas nier que notre arrivée dans leur monde, ce qu'on appelle le choc ethnique, la confrontation brutale, en l'espace de quelques générations, d'un mode de vie totalement différent, incluant l'alimentation et le contexte social, a joué un rôle. On a donc une part de responsabilité large dans ce qui est arrivé à l'état de santé des peuples autochtones au Québec et au Canada en général. Donc, on doit être là pour aider à trouver une solution.

Les problèmes qui nous ont été présentés ont touché plusieurs éléments, beaucoup des services sociaux étant donné les situations de détresse, particulièrement dans le domaine de la jeunesse. Le taux de suicide, M. le Président, comme vous le savez, dans les populations autochtones, est très, très élevé, et il faut avoir parlé aux gens de ces populations pour les entendre répéter le nombre de personnes qui se sont suicidées dans les trois ou quatre dernières semaines. C'est hallucinant d'entendre ça. Il faut avoir visité les communautés en pleine nuit, voir les

petits enfants dehors, dans la rue, en détresse, pour comprendre à quel point, même si, nous, on trouve qu'on a des problèmes, on est encore bien loin en avant sur le plan de la qualité de vie et de l'environnement social. Il faut véritablement prendre conscience de ça.

Les questions de santé physique qui ont été discutées ont été largement résolues ou sont en voie d'être résolues. D'ailleurs, j'ai été très heureux de recevoir une lettre, le 25 mai dernier, écrite par M. Ghislain Picard, qui est le chef régional de l'Assemblée des premières nations du Québec et du Labrador, qui félicite le gouvernement et particulièrement le ministère, sous mon nom mais ses félicitations s'adressent à toute l'équipe ministérielle qui a fait le travail, quant aux suites données au forum de Mashteuiatsh, notamment, et je le cite: «Plusieurs actions ont été menées pour concrétiser ces engagements. Des dossiers d'importance pour nous, tels que le soutien à la préparation des communautés à la pandémie, la réalisation d'un plan directeur en santé et services sociaux pour les 10 prochaines années, ont pu être menés à terme tandis que d'autres ont été entrepris très activement. Nous sommes heureux de constater qu'après si peu de temps et grâce aux efforts de tous des actions concrètes visant la prévention et le soutien aux enfants et aux familles ont pu débiter dans quatre communautés.» Donc, on a livré... on a accompagné, comme on avait dit qu'on le ferait, les populations autochtones après le forum. La fin d'activité de forum n'a pas signifié la fin des travaux mais le début d'une collaboration encore plus active.

Il y a un domaine dans lequel il y aurait certainement beaucoup, beaucoup de travail à faire, c'est celui de la protection de la jeunesse, et je dirais que c'est le domaine dans lequel il nous reste le plus de travail à faire, qui est l'application spécifique d'un des articles de la Loi sur la protection de la jeunesse, qui permet à des communautés d'élaborer des modèles spécifiques d'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, et bien sûr les autochtones veulent se prévaloir de cet article-là. On est d'accord sur le principe, mais on est conscients également de la situation, comment dirais-je — je veux choisir mon terme — la situation extrêmement préoccupante de détresse de la jeunesse et des enfants particulièrement dans ces communautés-là.

Dans les communautés, c'est très serré, où tout le monde se connaît, forcément, où tout le monde connaît l'intervenant jeunesse, tout le monde connaît la famille de l'intervenant jeunesse qui connaît lui-même ou elle-même toutes les familles de la communauté. Et il y a récemment un rapport de la Commission des droits de la personne qui est assez préoccupant sur l'état des lieux dans ce domaine-là. Ayant en tête, d'abord et avant tout, la protection et la sécurité des enfants, on veut aborder la question avec ouverture mais également avec prudence. Il y a toute la question des placements des enfants en milieu autochtone plutôt qu'en famille d'accueil non autochtone qui est une revendication très importante des communautés, la possibilité d'obtenir des services plus spécialisés près de chez eux plutôt que dans le sud, par exemple, à distance des communautés. Ceci, on est conscients qu'il s'agit de dossiers prioritaires actuellement, pour nous et pour les communautés des premières nations.

Je veux juste donner une statistique que M. Picard cite dans sa lettre: si on regarde le placement d'enfants des premières nations en cours, «seulement en 2005-2006 — dit

M. Picard — plus de 10 000 dossiers traités, touchant 1 005 enfants dans 27 communautés non conventionnées». Alors, c'est énorme, la problématique de placement aux enfants. Il y a là-dedans la responsabilité incontournable du gouvernement fédéral. Nous, on veut bien participer aux aménagements de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, mais on rappelle que les communautés autochtones qui habitent sur les territoires autochtones, ce qu'on appelle des réserves, sont sous la responsabilité directe du gouvernement fédéral. Et on veut, nous, développer nos services et nos liens, mais on ne veut pas que notre autre partenaire non plus se retire de la question. Et M. Prentice, à l'époque, suite au forum, avait annoncé l'allocation d'un financement aux premières nations de l'Alberta de 98 millions de dollars et avait indiqué qu'il souhaitait discuter avec les premières nations des autres régions du Canada pour faire des ententes semblables. Il faut véritablement insister pour que ce soit fait.

Parce que je parle de la question des enfants en difficulté, il y a la question des femmes victimes de violence conjugale également qui est également problématique, parce que les femmes autochtones vivant sur les réserves, territoires autochtones, constatent que leur niveau de financement est très inférieur au niveau de financement des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence à l'extérieur des communautés autochtones, où notre gouvernement, comme vous savez, investit beaucoup d'argent. Alors, bien sûr, elles viennent voir le gouvernement du Québec pour obtenir le rehaussement et la parité, et on compatit puis on voudrait les aider, mais on ne voudrait pas non plus que notre partenaire dont c'est la responsabilité se retire de ce champ d'action là.

Alors, il va donc falloir continuer à travailler, d'abord s'assurer du suivi final d'autres dossiers, qui sont tous, comme vous avez vu dans l'extrait de la lettre de M. Picard, à des degrés d'avancement très satisfaisants, même plus loin qu'on pensait qu'ils le seraient quelques mois après le forum. Je pense qu'il faut continuer à pousser la question de la jeunesse et de l'application de l'article 37.5 de la loi.

Le Président (M. Kelley): Si je peux faire écho à ça, moi, je sais que, notamment dans certaines communautés innues, ça cause des énormes problèmes pour les budgets des conseils de bande parce qu'ils ont des dettes ou des déficits accrus avec la direction de la protection de la jeunesse sur la Basse-Côte-Nord, par exemple. Alors, le conseil de bande est toujours dans un plan de redressement, et les budgets qui sont accordés par le gouvernement fédéral, si j'ai bien compris, ne correspondent pas aux besoins, c'est vraiment des budgets plutôt historiques plutôt que...

Et, moi, je me rappelle, c'était une émission de Radio-Canada où ils ont visité la communauté de Matimekoshe, et de mémoire le chiffre était environ, quoi... un enfant sur trois était l'objet d'un signalement, qui est une épidémie, c'était une crise dans cette communauté. Alors, le conseil de bande n'a pas les moyens, ça cause un endettement envers les services sociaux sur la Basse-Côte-Nord. Alors, c'est un cercle vicieux qui rend ça très difficile pour ce conseil de bande de trouver des outils pour trouver d'autres moyens pour aider la jeunesse.

Et le ministre a raison de constater la jeunesse de ces communautés, le baby-boom autochtone est

aujourd'hui. Alors, je pense, deux tiers de la population ont moins de 30 ans dans les communautés autochtones. Alors, dans le projet de loi n° 1 que nous avons regardé en commission, sur les saines habitudes de vie, j'imagine, entre autres, le milieu autochtone peut être une cible pour les projets qui découlent pour la promotion des saines habitudes de vie.

Je sais que nous avons fait ça, nous avons remplacé un des éléments de l'entente Sanarrutik, avec les Inuits, qui était la construction d'une prison de 40 places avec un très grand coût, remplacé ça, avec le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et Services sociaux, avec des programmes de prévention destinés chez les jeunes. Je pense, l'ancien hockeyeur Joé Juneau a fait la promotion du hockey dans le Grand Nord québécois, c'est un programme qui a connu un grand succès. Mais je pense qu'il faut continuer de miser. Je sais, à deux, trois reprises, que l'athlète universitaire du Canada qu'était le jeune David Gill, qui est un Innu de Mashteuiatsh, qui a fait des programmes, a travaillé avec les conseils de bande pour aller dans les communautés renforcer l'importance de la formation physique, l'entraînement, la promotion des saines habitudes de vie.

● (22 heures) ●

J'ai eu le privilège de rencontrer les jeunes Inuits qui organisent... je pense, c'est le troisième été, cet été, mais, en kayak, ils ont commencé à Kuujuaarapik, sur la baie d'Hudson, ils ont monté à, je pense, Povungnituk, le premier été, ils ont arrêté dans chaque communauté pour faire la promotion et le message provie ou pour la vie, contre le suicide et pour les saines habitudes de vie. Et, l'été passé, ils ont passé de Akulivik ou Povungnituk jusqu'à Quaqtaq, qui est au nord complètement, et je pense qu'ils vont faire la baie d'Ungava cet été. Mais de voir ces jeunes qui font la promotion... Et je ne sais pas le mot précis en français, mais en anglais on parle souvent de «empowerment», et je pense qu'il faut continuer de trouver les moyens de travailler avec ces communautés, donner à ces communautés les outils nécessaires parce que, par n'importe quel indicateur au niveau de l'espérance de vie, au niveau de la présence de certaines maladies, certaines situations, les chiffres sont fort troublants pour ces communautés.

Alors, je sais que le gouvernement et le ministère ont travaillé beaucoup, mais je veux juste insister qu'on a des énormes défis, et il faut travailler avec les partenaires, il faut travailler avec le gouvernement fédéral parce qu'il y a énormément de travail à faire. Alors, je suis encouragé, mais je savais, parce que Mme Montreuil est dans le dossier, qu'on va continuer de faire du progrès dans ces questions. Mais je veux juste insister sur l'importance... Comme ministre, j'ai eu le privilège de visiter 34 des 55 communautés au Québec, et il y a du travail à faire. Il y a des situations encourageantes, il y a des situations... Être assis à Roberval, parler avec David Gill, c'est un grand plaisir parce que David Gill est quelqu'un qui a une très belle vision de qu'est-ce qu'on peut faire dans les communautés, comment on peut organiser les projets pour la jeunesse autochtone au Québec. Mais ce n'est pas toutes les communautés qui ont un David Gill. Il faut les trouver, il faut les encourager.

M. Couillard: Puis on me dit même qu'à votre époque, à l'opposition, vous faisiez ça en autobus.

Le Président (M. Kelley): C'est possible parce que je suis toujours... je n'ai pas encore trouvé le courage pour obtenir un permis de conduire, et maintenant on me dit que je suis trop vieux.

Alors, sur ça, je vais commencer notre dernier tour de table et je vais céder la parole... Je vais juste dire, pour l'opposition officielle, il vous reste 17 minutes. Et, comme j'ai dit, M. le député de Marie-Victorin, il vous reste environ six. Je ne serai pas strict, strict, mais, si on peut faire ça, il y aura un dernier bloc pour mes collègues à ma droite. Alors, M. le député de L'Assomption.

Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, à Repentigny

Réalisation de la deuxième phase des travaux

M. Laporte: Merci, M. le Président. J'aimerais interroger le ministre concernant l'ancien Centre hospitalier Le Gardeur, qui est situé dans mon comté.

Une voix: ...

M. Laporte: L'ancien Centre hospitalier Le Gardeur, qui est situé dans mon comté, à Repentigny plus précisément. En 2003, on avait un plan de transformation qui avait été mis en place, un programme fonctionnel et technique. En avril 2004, l'hôpital a été fermé. Depuis ce temps-là, l'hôpital est vide, puis ça a coûté environ 800 000 \$ par année pour l'entretenir, frais d'entretien, sécurité, chauffage. Deux jours avant le déclenchement des élections, le ministre de la Santé a décidé d'annoncer 36 lits, pour ensuite en annoncer un autre 36, donc 72 lits en tout. On m'annonce que les travaux pour les premiers 36 lits sont presque complétés. Par contre, pour la deuxième phase de 36 lits, il y a des gens qui s'inquiètent, qui me disent que le budget n'a pas encore été débloqué.

Donc, j'aimerais premièrement savoir si le ministre est au courant si le budget a été débloqué pour la deuxième phase, le deuxième 36 lits, puis surtout aussi si, comme prévu, la deuxième vague va être prête pour septembre.

Le Président (M. Kelley): Alors, la question est posée, et le ministre consulte ses collègues. Alors, M. le ministre.

M. Couillard: On a vu qu'il a fallu que je consulte les collègues pour être certain de répondre précisément à notre collègue député de L'Assomption. Effectivement, on a annoncé la première phase de 36 lits, qui vise — je pense que le député le sait très bien — à réhabiliter une partie de l'ancien Hôpital Le Gardeur, l'autre partie devant faire l'objet d'un projet multifonctionnel dans lequel la municipalité serait éventuellement impliquée et d'autres partenaires que le système de santé. Je pense que, comme député, il y a peut-être lieu pour lui de s'impliquer également — et je suis certain qu'il le fait, là — dans la progression de ce qu'on peut faire avec le reste du bâtiment une fois qu'on a fait ces 72 lits. Donc, le premier 36 lits est près d'être complété. On m'indique — et c'est ce que mes collègues du ministère sont venus me dire — que l'autorisation pour le deuxième est imminente. Il n'y a pas de retard.

Vocation des lits de la deuxième phase

M. Laporte: O.K. Là, vous me parlez, la deuxième portion justement, on voulait faire un centre multifonctionnel. On a déjà un plan, là, qui dit clairement c'est quoi qui devrait être mis en place pour répondre aux besoins du Sud de Lanaudière. On a différentes études qui ont été faites. Donc, ce que je me demande, c'est si on va continuer de suivre le plan original qui avait été proposé ou si on est retombé à la période qu'on se pose des questions, puis qu'est-ce qu'on va faire. On avait déjà des idées en place, on avait déjà un plan. Donc, est-ce qu'on a retourné en arrière puis on recommence à se poser des questions pour la deuxième partie?

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

M. Couillard: Alors, d'abord, effectivement, on complète ce plan de 72 lits. Pour le reste de l'édifice, il faut distinguer les projets de service de la fonction de l'immeuble lui-même. Ce qui est en analyse actuellement, c'est le fait que le reste de l'immeuble est dans un état de vétusté important, et, si on va dans la direction d'utiliser cette partie de l'immeuble là, ça va entraîner des coûts importants en raison de la vétusté. Il est peut-être plus avantageux d'aller dans un immeuble neuf. On verra. Mais dans la même région, là, on s'entend.

M. Laporte: Oui, on s'entend. Dans l'étude qui a été faite en 2003, on dit clairement que, si on avait à construire un nouvel hôpital, ça coûterait 1,5 million de plus, sans compter les frais de démolition, si jamais on déménageait carrément. Donc, autrement dit, ce que le ministre me dit, il se pose la question si...

M. Couillard: On n'a jamais envisagé de nouvel hôpital, là. Il y en a déjà un, hôpital neuf, à Le Gardeur.

M. Laporte: C'est ça, mais vous venez de me dire «si on serait mieux de faire...»

M. Couillard: Pour un bâtiment multifonctionnel, pas un hôpital, là.

M. Laporte: O.K.

M. Couillard: Parce que les lits de soins prolongés, ils vont rester là, ils vont être là, ils vont l'être, dans ce bâtiment-là, là.

M. Laporte: Mais on parle d'un bâtiment de 34 000 pi². Donc, le reste, il faut que ça serve à quelque chose.

M. Couillard: Ça reste à déterminer.

M. Laporte: Selon les études qu'on avait en main, on avait déjà déterminé... Je peux vous nommer, là, tous les services qu'on voulait mettre en place, ce qui répondait parfaitement aux besoins de la population du Sud-de-Lanaudière. Donc, pourquoi recommencer le questionnement quand on sait déjà qu'est-ce que ça prend, combien ça va coûter? Toutes les études sont faites, toutes les études ont été mises sur table, donc je me demande

pourquoi, là, le projet est bloqué. Où est-ce qu'on s'en va avec ça?

M. Couillard: Je ne pense pas qu'on peut dire que le projet soit bloqué, là. On est en train de faire la priorité actuellement des deux phases de lits d'hébergement, là, parce que c'est un besoin urgent pour la région, notamment pour l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, compte tenu du nombre de personnes qui sont en attente de places d'hébergement. Alors, on met toutes nos énergies là-dedans, actuellement. On est d'accord sur le principe d'un centre multifonctionnel, mais on n'est pas encore fixés quant au bien-fondé d'utiliser le reste du bâtiment pour le faire, plutôt qu'une autre type de projet.

Échéancier prévu pour statuer sur la vocation des locaux inoccupés

M. Laporte: Vous me dites que vous êtes conscient de l'urgence de mettre les 72 lits, sauf que pendant deux ans le centre a été complètement vide, puis on n'avait rien d'enclenché. Ça coûtait 800 000 \$ par année pour faire juste l'entretien de ce bâtiment-là. Donc, ce que je me demande, c'est: Si le ministre décide de faire autre chose qu'un centre multifonctionnel, combien de temps ça va prendre encore avant que le centre serve en entier? Parce qu'on parle d'un bâtiment de 34 000 pi² qui ne sert pas depuis deux ans. Donc, est-ce qu'on va avoir à attendre aux prochaines élections encore pour avoir une autre annonce de projet, pour aider le candidat libéral dans le comté, ou si on va vraiment faire preuve de leadership puis débloquent, partir un projet?

M. Couillard: Bien, de toute évidence, M. le Président, ça n'a pas eu l'effet escompté.

M. Laporte: Et j'en suis très heureux.

M. Couillard: Je dois dire que, pendant les années du premier mandat, on a été très occupés à assurer la viabilité puis le budget du nouvel Hôpital Pierre-Le Gardeur, qui n'avait pas été prévu dans le mandat précédent, gouvernemental. Alors, il y avait littéralement 20 quelques millions de budget de fonctionnement à trouver pour le nouvel hôpital. Puis je peux vous dire que ça a été pas mal de travail de le faire, puis on l'a fait. On fait ces lits d'hébergement. On ne peut pas encore assurer qu'on veut utiliser le reste de l'établissement pour le projet. On est d'accord avec le principe du projet de centre multifonctionnel. On n'est pas encore fixés sur le fait d'utiliser ou non le reste de l'ancien Hôpital Le Gardeur pour ça. On va prendre une décision ultérieurement là-dessus. Ça n'aura pas de rapport avec les élections.

De toute façon, les élections, on ne sait pas quand est-ce qu'elles vont venir. Ce n'est probablement ni vous ni nous qui allons le décider, mais nos collègues ici. On verra. Quoiqu'on ne sait jamais ce qui peut se produire. Ou vous pouvez vous mettre d'accord tous les deux, hein? On ne sait jamais, hein, ça peut se produire, une alliance ADQ-PQ. C'est tout à fait naturel, là, on l'imagine très, très bien.

Mais je vais quand même me permettre, puis très amicalement parce que ça fait plusieurs fois que j'en parle, là... puis je pense qu'il faut que vous vous penchiez,

comme formation politique, sur cet aspect-là, de la dette. Vous demandez des infrastructures; vous demandez d'ajouter de l'argent à la dette du Québec. Moi, je suis d'accord, c'est ça qu'il faut faire, mais il va falloir que vous clarifiez votre position là-dessus.

M. Laporte: ...vos considérations, mais d'un autre côté je vous invite à prendre en compte nos considérations qui disent que, quand on remet tout le temps à plus tard des projets, ça coûte, comme dans ce cas-ci, 800 000 \$ par année. Donc, j'invite le ministre à, plutôt que de remettre tout le temps à une date ultérieure, comme il disait, se pencher immédiatement sur le dossier, puisque c'est des sommes importantes quand même qui sont dépensées.

Donc, j'aimerais juste, en terminant, une dernière question. Vous me dites que vous allez vous pencher sur le dossier. Est-ce qu'on peut avoir une date? À quelle date je vais pouvoir dire à mes citoyens: Voici ce que le gouvernement entend faire pour notre centre hospitalier?

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

● (22 h 10) ●

M. Couillard: Bien, il va falloir d'abord rappeler aux citoyens que le gouvernement a pourvu le budget de fonctionnement du nouvel hôpital complètement, qu'il a accordé un haut degré de priorisation à la réalisation des lits de soins prolongés puis qu'il va examiner le reste du projet à son mérite parmi toutes les autres priorités de toutes les autres circonscriptions du Québec, dans tout le système de santé du Québec. Je suis certain que c'est important pour le député, mais il y a 124 autres circonscriptions où il y a également des projets prioritaires. Puis, même nous, si on pense qu'il faut augmenter la dette du Québec pour les infrastructures, il y a une limite à ce qu'on peut faire, chaque année, de projets. Puis des priorités, il y en a d'autres, également. Je sais que le député est conscient de ça. Dans son propre caucus, il y a certainement des collègues qui, eux également, ont des projets prioritaires, qui sont également jugés prioritaires par les agences régionales. Alors, on est d'accord sur le principe du développement d'un centre multifonctionnel, mais je ne donnerai pas aujourd'hui d'échéancier là-dessus. Je pense qu'on a démontré qu'on était très actifs dans cette région-là, récemment, et on va continuer à l'être. Et on essaiera...

M. Laporte: ...parole.

M. Couillard: ...d'aider encore notre candidat libéral avec, on espère, un meilleur résultat au prochain rendez-vous électoral.

M. Laporte: Dernière petite remarque, Lanaudière, je crois — je n'ai pas les chiffres par coeur, mais Lanaudière — est quand même la région, je crois, au Québec, qui est la plus sous-financée en matière de système...

Une voix: ...

M. Laporte: Montérégie?

M. Couillard: C'est la Montérégie, de loin.

M. Laporte: On n'est pas loin, en tout cas.

M. Couillard: Ah, vous êtes loin, vous êtes loin.

M. Laporte: Non, non, on n'est pas loin. On aura l'occasion d'en rediscuter.

M. Couillard: Ah oui!

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltre.

Vaccination contre le virus du papillome humain

Motifs du report de la campagne

M. Caire: Merci, M. le Président. Moi, je trouve que les résultats dans L'Assomption sont excellents. Question de point de vue.

M. le Président, dans le dernier dépôt du budget fédéral, le gouvernement fédéral avait prévu 300 millions pour une campagne de vaccination contre le VPH. Sur ces 300 millions là, 75 millions sont réservés pour le Québec. Il y a une certaine urgence à procéder, notamment pour les cohortes entre 12, 13 et 14 ans. La raison est assez simple: c'est que le médicament est efficace à 100 %, à ce qu'on me dit, dans la mesure où les jeunes filles, les jeunes femmes ne sont pas actives sexuellement, n'ont pas été actives sexuellement. Si ce n'est pas le cas, si elles ont été actives sexuellement, l'efficacité du médicament diminue beaucoup. Et, comme ce médicament-là prévient à peu près 70 % des cancers du col de l'utérus, qui peuvent être assez problématiques, merci, là, j'imagine que tout le monde va être d'accord avec ça, je pense qu'il y a effectivement urgence d'agir.

Ce que je comprends, c'est que le gouvernement attend un rapport préliminaire au mois de juin et un rapport final au mois de septembre sur le déploiement ou sur la vaccination possible. Le problème que ça amène à mon avis — puis c'est là-dessus que je voudrais entendre le ministre — c'est que, pour la cohorte dont je parle, plus on attend pour cette cohorte-là, qui est potentiellement susceptible de devenir active sexuellement, on diminue d'autant les chances que le médicament soit efficace. Alors, est-ce que, du côté du ministère, on prend compte de cette donnée-là? Est-ce que, pour cette cohorte-là, on ne pourrait pas avoir un processus plus accéléré, quitte à se poser des questions plus tard pour d'autres cohortes moins à risque? Et qu'est-ce que les rapports vont nous annoncer qu'on ne sait pas déjà?

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

M. Couillard: Bien, il y a beaucoup de choses qu'on ne sait pas déjà et pour lesquelles on a besoin de l'expertise du Comité sur l'immunisation de l'Institut national de santé publique. Malgré ma formation médicale, moi, il y a des données de santé publique pour lesquelles j'ai besoin, moi, de l'éclairage de la Santé publique puis de leur Comité d'immunisation.

Ce qu'il faut dire, c'est qu'il est fort probable qu'on va aller de l'avant avec cette immunisation, fort probable, fort, fort, fort probable. Le rapport final va être déposé en octobre 2007.

Il faut rassurer également la population sur le fait que le Québec n'est pas en retard par rapport aux autres provinces canadiennes. Aucune province canadienne n'a prévu, sauf l'Île-du-Prince-Édouard, me dit-on, de le déployer avant 2008. Alors, on va être au rendez-vous en 2008 comme toutes les autres provinces canadiennes et on va établir un calendrier d'immunisation.

À compter de 2008, on va vacciner les filles en quatrième année du primaire avec deux doses, si nécessaire, la troisième dose en secondaire III. À compter de 2008, on va faire un rattrapage des cohortes de secondaire III à V. Si ce n'est pas possible, on va vacciner une cohorte de filles en secondaire III pendant une période de cinq ans, jusqu'à ce que les filles vaccinées en quatrième année atteignent le niveau de secondaire III. On va développer un plan d'évaluation et de suivi en termes d'efficacité vaccinale, l'impact de la vaccination sur la maladie. Il y a quand même là-dessus des évidences scientifiques assez solides, là. Je ne pense pas qu'on ait des résultats différents, au Québec, de ce qu'on observe ailleurs. Et on va également poursuivre et améliorer les activités de dépistage.

J'ai eu l'occasion récemment de rencontrer un gynécologue-oncologue qui a été très efficace dans ce domaine-là, le Dr Roy, de Québec, qui a participé aux travaux du milieu des années quatre-vingt-dix sur la mise en place de programmes de dépistage de cancer où, à l'époque, on avait mis en place le Programme québécois de dépistage de cancer du sein, et il était question de mettre également en place un projet de dépistage pour le cancer du col utérin. On est en train de travailler là-dessus, également.

Donc, je pense qu'on va aller de l'avant puis on aura, je pense... Et je peux vous dire que les gens de Santé publique font aussi rapidement qu'ils le peuvent. Il n'y a pas de retard de type bureaucratique, là. C'est vraiment des travaux scientifiques qui se font et progressent rapidement. Mais je veux rappeler au député et à la population que le Québec n'est pas en retard du tout, là. On est exactement en phase avec nos collègues des autres provinces canadiennes et on prévoit fort probablement la mise en disponibilité de cette immunisation-là pour 2008.

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltre.

M. Caire: Oui. M. le Président, rapidement, sur ce sujet-là, je voulais savoir: De quelles données a-t-on besoin pour aller de l'avant avec la campagne de vaccination? Parce qu'en attendant le rapport au mois d'octobre on ferme évidemment la fenêtre d'opportunité de l'automne pour la vaccination et donc on reporte tout le projet. Donc, je ne conteste pas le fait que ça puisse être nécessaire, mais, à titre informatif, de quelles données a-t-on besoin pour aller de l'avant aussi rapidement que possible avec la vaccination?

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

M. Couillard: Je répète qu'on a décidé, au Canada, que les provinces fonctionneraient de façon parallèle pour ne pas qu'il y ait une province qui développe une attitude différente en termes de mise sur pied de l'immunisation, compte tenu de l'importance de la maladie qui est en question ici. Il y a toute la question des suivis du programme, du suivi statistique, du suivi épidémiologique par les gens de Santé publique, de l'efficacité du vaccin

et du fait qu'on l'attribue véritablement aux bonnes personnes. Il faut mettre sur pied un programme de mesure de ça et de contrôle. Ça va être fait, c'est en train d'être fait.

Je rappelle encore une fois qu'on n'est pas en retard. Ce n'est pas une question de ne pas vouloir l'offrir. On va l'offrir à notre population presque certainement, si le Comité d'immunisation le recommande, ce qui m'apparaît excessivement probable. Je pense que l'échéancier qui est devant nous est un échéancier réaliste. On parle de prévention pour les 15, 20, 25, 30 prochaines années. Je pense que prendre quelques mois pour bien asseoir le programme, je ne crois pas que ça menace la vie de personne, là, à moins d'avis contraire. Et c'est la même chose dans les autres provinces canadiennes. On va déployer cette immunisation-là. On va aller récupérer les sommes qui nous sont dues à même l'annonce du gouvernement fédéral.

Je rappelle également qu'il ne faut pas être non plus totalement ignorant du phénomène de lobbying intense qui est appliqué actuellement par les manufacturiers du vaccin. Quelle que soit sa grande valeur scientifique, il y a ce phénomène-là, également. Et on me dit qu'il y a un deuxième vaccin qui va être disponible au cours des prochains mois, ce qui devrait avoir, en passant, un impact sur la compétition et la baisse des prix. Alors, ce n'est pas la seule raison, ce n'est pas la raison pour laquelle on est à l'automne 2007, mais ça fait partie du paysage également. Et il faut penser de toute façon que, dans ce domaine-là, les produits vont devenir de moins en moins coûteux à mesure que le nombre de produits semblables va être disponible. Mais de toute façon on va aller de l'avant, on va aller de l'avant selon les recommandations de l'institut d'immunisation. J'assume qu'elles vont être positives. Je ne peux pas le garantir à 100 % aujourd'hui parce que ce n'est pas moi qui écris ce rapport-là, et je ne me mêle surtout pas des délibérations scientifiques du Comité d'immunisation, mais j'assume qu'elles risquent fort d'être positives, d'après ce que j'entends, et qu'on ira de l'avant et qu'on ira chercher les sommes nécessaires pour le faire, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Est-ce que j'ai le temps pour deux questions, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Oui, vous avez le temps pour deux questions, M. le député de La Peltrie.

Efficacité du nouveau vaccin et impact sur les coûts de la campagne

M. Caire: Mon avant-dernière question, M. le Président. Bien, oui, justement, effectivement, il y a deux compagnies qui... C'est-à-dire qu'il y a une compagnie qui propose le vaccin, et ce que je comprends, c'est que, d'ici l'automne, il y a une autre compagnie qui va proposer un autre vaccin. Est-ce qu'on connaît l'efficacité du vaccin à venir? Et est-ce qu'au niveau de la politique de mise en place ça peut avoir un impact, notamment sur la diminution des coûts d'une campagne de vaccination?

M. Couillard: Ça fait partie des questions sur lesquelles le Comité d'immunisation va nous donner une

réponse. S'il considère qu'il est prématuré de commencer tout de suite à offrir l'un ou l'autre, il va nous dire: Bien, offrez d'abord uniquement celui-là pendant qu'on continue l'évaluation du deuxième ou offrez les deux d'un coup. Ça fait partie de ce que le comité va nous suggérer. C'est certain que théoriquement, si on peut offrir les deux produits en même temps et procéder en faisant jouer les lois du marché puis la compétition, ça peut être avantageux pour le système de santé. Mais la priorité, c'est d'offrir aux femmes du Québec, aux jeunes filles du Québec, cette immunisation-là, puis on le fera.

Le Président (M. Kelley): Dernière, dernière question.

M. Caire: C'est la dernière fois que vous me dites ça, M. le Président.

● (22 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): Dans le bloc Santé.

Intentions concernant les investissements au Centre famille-enfant de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville

M. Caire: Dans le bloc Santé, oui. M. le Président, dans un tout autre ordre d'idées, il y a eu une promesse qui a été faite par le Parti libéral, pendant la campagne, dans le comté de Drummond, sur le Centre mère-enfant de l'Hôpital Sainte-Croix. Puis il y a une problématique importante avec l'hôpital, actuellement, de désuétude, puis c'est un investissement de 13,5 millions. Le premier ministre s'est engagé personnellement à ce que cet investissement-là soit fait en tout début de mandat. Les autorités de l'hôpital attendent l'annonce officielle du projet pour être en mesure de commencer leur campagne de financement. C'est un engagement auquel ils s'attendent assez rapidement.

Alors, ma question au ministre, c'est: Est-ce qu'il peut s'engager à faire l'annonce de la réalisation du projet dans les prochains jours, sinon dans les prochaines semaines?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, là non plus ça n'a pas marché. On n'a pas de député libéral non plus dans le comté de Drummond. Mais on va se reprendre. Alors, effectivement, mises à part ces questions...

Une voix: ...

M. Couillard: Mises à part ces questions, là, qui sont faites sur le ton de la plaisanterie — j'espère que les citoyens en sont conscients — c'est un projet qui est prioritaire pour les citoyens de cette région-là, sur lequel on va aller de l'avant. Lorsqu'on a dit qu'on le ferait, ce n'était pas en dépendant du résultat des élections. On l'a placé dans le contexte préélectoral, mais c'est un projet qui doit être fait, notamment à cause de la pénurie de pédiatres dans la région et du fait que, pour ajouter des pédiatres, il faut avoir des installations qui leur permettent d'envisager une pratique de qualité.

Alors, l'étape à venir pour ce projet-là, c'est l'étape de mise à l'étude dont je parlais tantôt. Mise à

l'étude signifie engagement des professionnels pour plans et devis préliminaires. Il y a des détails techniques supplémentaires qui ont été demandés — M. Paquet va me les rappeler; il y a des détails techniques qui ont été demandés — à l'établissement pour préciser certains aspects du projet avant d'autoriser la mise à l'étude. C'est en cours, cette évaluation-là. Donc, on est assez proche de l'autorisation de mise à l'étude. Il n'y a pas de retard, là, ce n'est pas quelque chose sur lequel on hésite. Il faut faire ce projet-là. C'est tout à fait nécessaire pour le système de santé puis la région. Mais voilà une autre demande d'infrastructure de la part de l'ADQ. Je trouve ça intéressant. On va donc alourdir la dette du Québec ensemble pour réaliser le Centre mère-enfant de Drummondville.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. J'ai ajouté environ trois minutes au bloc pour l'opposition officielle. Alors, M. le député de Marie-Victorin, il vous reste neuf minutes.

Mégahôpitaux CHUM, CUSM et CHU Sainte-Justine (suite)

État du financement intérimaire

M. Drainville: Merci, M. le Président. Avant d'aller au cas du CHSLD de Saint-Lambert, M. le ministre, j'aimerais revenir sur le cas des hôpitaux universitaires de Montréal. Pouvez-vous nous dire où en est le financement intérimaire, me dit-on, c'est le financement qui permet au projet de démarrer et qui va être capitalisé par la suite. Ma question, c'est: Il est de combien, ce financement intérimaire, actuellement, et à quel endroit, dans les documents officiels, peut-on le retrouver? Où est-ce qu'il est comptabilisé? On me dit que c'est quelques dizaines de millions dont il s'agit. Et je suis conscient que c'est une question technique, M. le ministre, mais...

M. Couillard: ...donner quand même une réponse générale...

M. Drainville: Parce que c'est...

M. Couillard: ...puis on verra avec nos collègues si on peut être plus précis, là. Pour expliquer aux citoyens qui nous écoutent qu'est-ce que c'est, le financement temporaire, c'est justement de l'argent qu'on emprunte encore une fois pour payer des gens pour exécuter le projet avant que l'ensemble du financement ait à être déboursé. Ça dépend beaucoup, cela, du mode de réalisation du projet, qui va être annoncé dans quelques jours. Parce que, si on fait une réalisation en mode de partenariat public-privé, le financement temporaire est inclus dans le contrat et pris en charge par le partenaire en question, par le partenaire qui signe le contrat de partenariat public-privé. Si on est en mode conventionnel — et il y a probablement, de toute façon, des portions au minimum des deux projets qui vont être réalisées en mode conventionnel — à ce moment-là, les coûts de financement temporaire sont déjà inclus dans les enveloppes et sont assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Je ne sais pas s'il y a une formule générale de calcul de ça...

Une voix: ...

M. Couillard: Alors, on me dit que le coût général du financement temporaire, lorsqu'il est en mode conventionnel, c'est 3,5 %, c'est-à-dire 3,5 millions par tranche de 100 millions de projet. Alors, je suggère qu'une fois qu'on aura annoncé le découpage éventuel des projets selon les modes de réalisation on aura une façon plus précise de calculer le coût du financement temporaire. Ce que je peux...

M. Drainville: ...trouver actuellement quelque part dans les documents qu'on nous a remis et dont il doit y avoir en quelque part une ligne qui dit: Voici où on en est avec le financement temporaire. Si ce n'est pas le cas, est-ce que c'est possible pour quelqu'un de votre ministère de nous informer de la somme où on en est?

M. Couillard: Tout à fait. On vous donnera les informations requises, mais la précision suivante est importante. Je reviens sur le mode de réalisation parce que ça a un gros impact sur la façon dont on calcule ces montants-là. On pourra s'en reparler, à ce moment-là.

M. Drainville: Vous pourrez le transmettre à la commission, à ce moment-là? Ça va, M. le sous-ministre?

M. Couillard: Bien, d'ici la fin de la commission... M. le Président, juste pour mes collègues, pour leur donner une chance de faire leur travail correctement, là, on va faire notre possible pour le transmettre d'ici la fin l'étude des crédits, sinon ultérieurement via la commission.

Emprunts contractés à ce jour

M. Drainville: Est-ce qu'il y a déjà des emprunts qui ont été contractés pour assumer ou assurer le financement temporaire?

M. Couillard: Oui, effectivement. L'autre jour, le député nous a questionnés sur le coûts de fonctionnement du bureau de M. Gignac, le nouveau directeur exécutif, et ça fait partie, ça, de ce qu'on appelle le financement temporaire. Il faut que M. Gignac et son équipe soient rémunérés, et c'est comme ça qu'on les paie.

Projet de CHSLD de Saint-Lambert, en Montérégie

Motifs du report de l'appel de qualification

M. Drainville: Très bien. Sur le CHSLD de Saint-Lambert, juste pour que les gens qui nous écoutent aient une petite idée, c'est un projet de 200 lits sur le territoire de Saint-Lambert. L'information que j'ai, c'est qu'il ne manque essentiellement que votre feu vert, M. le ministre, pour lancer l'étape de l'appel de qualification. Ça devait être lancé déjà, ça ne l'a pas été. Je sais qu'il nous reste seulement quelques minutes, mais si c'était possible de nous indiquer un peu pourquoi l'appel de qualification n'a pas encore été lancé, alors que ça aurait dû être fait depuis déjà un bon bout de temps.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, il vous reste à peu près cinq minutes.

M. Couillard: Alors, effectivement, M. le Président, il y a eu un petit peu de retard, notamment dû à des questions techniques à résoudre sur le plan légal, technique, etc. On se sert du projet du CHSLD actuellement à Saint-Lambert, mais je rappelle que l'appel de qualification implique l'ensemble du territoire du CSSS Champlain. On n'a pas de jugement préalable sur l'endroit où l'installation va être finalement construite, et Saint-Lambert est bien sûr dans le paysage.

Ceci étant complété, à toutes fins pratiques, l'autorisation gouvernementale est très prochaine. Je peux vous donner un aperçu de l'échéancier. Les appels de qualification devraient étre lancés fin juin, début juillet, fin du mois, début juillet 2007; l'entrée des professionnels au dossier, automne 2007; les appels de propositions — on aura l'occasion de revenir là-dessus, mais, dans une démarche de partenariat public-privé, l'appel de qualification est un appel d'intérêt pour les firmes qui se manifestent, qui veulent éventuellement se qualifier pour le projet; la phase suivante, c'est l'appel de propositions concrètes qui sélectionne le partenaire qui va effectivement réaliser le projet — on prévoit ça à la jonction de 2007-2008, là, à l'hiver 2007-2008, l'appel de propositions; et, si ma mémoire est exacte, la fin des travaux pour 2010 de ce CHSLD là.

Mode de réalisation

M. Drainville: En PPP?

M. Couillard: Bien, que ce soit en PPP ou en mode conventionnel, il n'y a pas tellement de différence dans le calendrier de réalisation des travaux. L'avantage relatif se situe surtout dans les économies d'échelle sur les coûts de fonctionnement, sur l'espace de quelques années. C'est ce qui a été fait dans les études des plans d'affaires pour mettre en place cette question-là. Je vous rappelle que, dans les projets que le gouvernement a annoncés, de créer 1 000 nouvelles places de CHSLD, dont on a parlé ici, on préconise l'utilisation, comme beaucoup de pays, de cette formule de partenariat public-privé pour la construction des CHSLD, formule qui est différente de la formule actuelle de privé conventionné qui existe déjà au Québec, qui n'est pas un véritable partenariat public-privé, puisqu'il n'y a pas de transfert de risques entre les partenaires public et privé.

Date prévue de la fin des travaux

M. Drainville: La construction devrait être terminée pour 2010?

M. Couillard: C'est ce qu'on envisage d'après l'échéancier dont nous disposons actuellement.

M. Drainville: Il me reste deux minutes, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Trois.

Solution envisagée à la pénurie d'anesthésistes à l'Hôpital de Ville-Marie, au Témiscamingue

M. Drainville: Trois minutes? Formidable! La situation que j'ai soulevée il y a quelques semaines, à la

période des questions, M. le ministre, sur le fait que des femmes du Témiscamingue se font provoquer... On provoque leur accouchement parce que l'anesthésiste est absent une semaine sur deux de l'Hôpital de Ville-Marie. Alors, pour éviter d'aller accoucher en Ontario ou à Rouyn-Noranda, plusieurs femmes se sont fait provoquer.

Est-ce que vous avez des précisions à nous apporter quant à une éventuelle, comment dire, normalisation de cette situation?

● (22 h 30) ●

M. Couillard: Bien, M. le Président, on est tous d'accord qu'il faut rétablir la situation. On est tous d'accord également que ce n'est pas évident de le faire. Je peux vous dire que je suis en suivi continu de ce dossier-là. J'ai parlé au président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec de cette question. Il est d'accord effectivement qu'il faut trouver une solution. On a contacté quelqu'un qui nous aide beaucoup à travers le Québec, le Dr Fiset, qui est le président de l'association des anesthésistes. Il est également là pour aider. Je suis obligé de dire qu'actuellement, au jour d'aujourd'hui, on n'a pas de solution concrète devant nous encore. On continue de travailler avec eux et on veut vraiment trouver une solution ensemble.

Je veux juste rappeler l'histoire. L'anesthésie dans cette région-là, jusqu'à l'hiver 2007, était faite par des omnipraticiens — en fait, il n'y a jamais eu récemment d'anesthésiste permanent à Ville-Marie — qui faisaient moitié-moitié pratique omnipratique et anesthésie. Alors, un des deux a pris sa retraite à l'hiver, ce qui a causé l'instabilité qu'on connaît actuellement. Il y a donc un plan de contingence, malheureusement, qui a dû être ouvert avec le fait de diriger les personnes vers... les femmes vers soit Rouyn-Noranda, qui est à 1 h 15 min de route, aussi plusieurs gens vers North Bay ou une autre localité, deux villes qui sont frontalières. Alors, ce n'est pas idéal comme organisation, mais on a la responsabilité devant la situation d'assurer les soins sécuritaires puis de s'assurer de pouvoir diriger les femmes enceintes au bon endroit, au bon moment. Je réalise que c'est loin d'être une bonne chose, on aimerait beaucoup... J'ai été touché par la lettre qui a été publiée par une dame dans *Le Devoir*, je crois. Je me mets à sa place, là, je trouve ça terrible qu'elle ait à vivre ces éléments-là, et ce n'est pas comme si on ne voulait pas aider, on veut aider, on fait tout ce qu'on peut pour aider. Le plus tôt possible, j'espère qu'on trouvera une solution avec la fédération et l'association des anesthésistes. Pardon?

Une voix: ...

M. Couillard: Oui. On me dit qu'il y a eu des dizaines d'appels de faits à des anesthésistes, on n'a pas trouvé preneur encore, quelqu'un qui acceptait de venir y travailler.

Par contre, je rappelle que ce n'est pas un manque de volonté, de collaboration des anesthésistes, là, Dr Fiset nous a aidés beaucoup, beaucoup. Même dans la période difficile, je tiens à le dire, qu'on a vécu avec la fédération, Dr Fiset avait toujours une haute préoccupation pour la sécurité des Québécois puis il s'est assuré d'être en contact avec nous pour nous aider dans plusieurs endroits au Québec où on a des problèmes. Alors, on va se tenir aux aguets. Je m'engage à informer le député qui a soulevé la question s'il y a des développements, et on espère

tous qu'on trouvera une solution le plus rapidement possible.

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

M. Drainville: ...M. le Président, en vous remerciant. Ça va-tu, ça?

Le Président (M. Kelley): Oui...

M. Drainville: Je peux-tu prendre un peu de temps pour ça?

Le Président (M. Kelley): Oui, oui, il y aura le temps, on va faire le vote à moins dix...

M. Drainville: On va pouvoir le faire à la fin? On pourra le faire à la fin? Très bien.

Le Président (M. Kelley): ...et il y aura la place pour les remarques très brèves, finales. Alors, il reste environ 18 minutes. Je veux mettre les programmes au vote à moins dix. Alors, je suis prêt à céder la parole à Mme la députée d'Anjou.

Mesures de soutien aux adolescentes après une grossesse précoce

Mme Thériault: Merci, M. le Président. Soyez sans crainte, vous pourriez respecter votre horaire. Étant moi-même présidente de commission, je sais à quel point ça demande un travail de droiture.

M. le ministre, j'aimerais vous entretenir d'une problématique qui est délicate mais combien importante. Vous savez, moi, je suis députée du comté d'Anjou, c'est un comté de ville, et le magnifique comté d'Anjou est un comté qui est assez disparate, et il y a différentes problématiques qui se retrouvent dans d'autres comtés également. J'ai le centre Rosalie-Jetté, qui est dans le comté d'Anjou, il est aux limites, dans la portion de Montréal, et c'est un centre qui s'occupe des jeunes filles-mères. Je veux vous parler des grossesses précoces chez les jeunes femmes, chez les jeunes filles. C'est une problématique qui est malheureusement encore bien présente dans la réalité, bien qu'il y ait eu beaucoup d'amélioration par rapport aux statistiques qui étaient disponibles dans les années quatre-vingt, où le taux d'augmentation était très, très élevé, par la suite ça a diminué, ça s'est stabilisé. Par contre, je peux vous dire que, pour avoir rencontré des jeunes femmes de cette école-là, pour avoir rencontré aussi un organisme communautaire dans Hochelaga-Maisonneuve qui fait un travail extraordinaire auprès des jeunes femmes pour pouvoir justement les aider à vivre cette expérience-là qui n'est pas nécessairement facile...

Je voudrais vous entendre sur qu'est-ce qu'on peut faire pour mieux encadrer et aider ces jeunes mères là, bon, parce qu'évidemment, quand tu as un enfant à 12, 14, 15, 16 ans, ce n'est pas la même chose que quand tu as 24, 25, 35, 40, peu importe l'âge auquel on a un enfant... Lorsqu'on est soi-même encore un enfant ou une adolescente, devenir mère, ce n'est pas évident, ce n'est pas facile. Ça fait que j'aimerais ça que vous nous parliez de ce que vous avez dans vos cartons pour ces jeunes femmes là, mais j'aimerais ça évidemment parce que...

Bon, pour prévenir les grossesses, on parle aussi de la sensibilisation, des moyens de contraception et ça amène évidemment toute la prévention qui peut entourer le phénomène des maladies transmissibles sexuellement. On sait que les jeunes sont actifs, qu'ils ont des relations sexuelles de plus en plus jeunes, malheureusement. Donc, moi, je vois comme une espèce de cercle, là, et tout est interrelié. Je sais qu'au ministère de l'Éducation il y a du travail qui se fait. Je sais très bien que vous travaillez, pas chacun de votre côté, vous travaillez en équipe, il n'y a pas de travail de silo qui se fait là.

Et je pense que c'est une problématique qui est présente chez les jeunes autochtones — vous avez parlé tout à l'heure de la réalité des premières nations — mais c'est une réalité aussi qui est présente dans différents quartiers de Montréal où, on sait, il y a un taux de pauvreté qui est un peu plus élevé, et souvent là où il y a des concentrations de gens qui sont issus des communautés culturelles aussi qui sont dans un cycle de pauvreté.

Donc, j'aimerais vous entendre à ce sujet. Je pense que c'est important, on parle de l'avenir de nos jeunes ici, et je suis convaincue que le ministère a certainement des projets pour qu'on puisse s'attaquer sérieusement à cette problématique-là.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Afin de mettre la situation en contexte sur le plan de l'importance du phénomène, qui est certainement un problème important de santé publique parce que les grossesses précoces chez les adolescentes ont des effets à long terme sur la vie de ces jeunes femmes là le reste de leur existence, et les enfants nés dans ces conditions, s'ils ne sont pas bien entourés et pris en charge par les réseaux de santé et d'éducation, sont également à risque de développer des problèmes.

Sur le plan de l'augmentation, ou de la diminution, ou de la variation du problème en termes de statistiques, on sait qu'il y a finalement eu trois phases, là: d'abord, une phase d'augmentation rapide: entre 1980 et 1992, ça a augmenté de 57 %, le taux de grossesse chez les adolescentes; ensuite, le taux est resté stable, entre 19 et 20 pour 1 000; et il a diminué pendant quatre années consécutives jusqu'à 2002 à 17,3. Ce qu'on veut faire actuellement, c'est... Avec le Programme national de santé publique, l'objectif est de réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici l'année 2012.

Il y a plusieurs programmes qui existent qui ont été bonifiés et qui sont prévus pour nous aider à atteindre cet objectif-là.

Le premier programme qui existe, qui est disponible dans toutes les régions du Québec depuis septembre 2003, c'est le Soutien aux jeunes parents, des services intégrés en périnatalité. C'est un programme spécifique des CLSC qui est offert aux jeunes parents dont la mère est âgée de moins de 20 ans, de façon à être suivis le plus tôt possible pendant la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de cinq ans. Je pense que c'est important de le mentionner. Il se traduit par des visites à domicile effectuées par une intervenante, souvent une infirmière du centre de santé et de services sociaux, afin de donner le soutien et le support nécessaires à ces jeunes parents là.

Il y a l'aspect préventif, l'éducation à la sexualité chez les jeunes dans le cadre de la réforme de l'éducation, dans le cadre également d'un programme qui s'appelle École en santé. On a alloué aux agents de la santé et des services sociaux des crédits en santé publique de 3,8 millions de dollars en 2004-2005 qui servent, entre autres, à travers l'approche École en santé, à introduire cette question dans l'enseignement de nos polyvalentes surtout.

Il y a également eu des développements dans cette question du soutien aux jeunes parents, des développements de 1,1 million de dollars pour la poursuite du Programme de soutien aux jeunes parents, qui permettent de rejoindre 440 nouvelles jeunes femmes enceintes de moins de 20 ans et leur enfant. Pour vous donner une idée de ce qu'on fait sur le terrain, en 2005-2006, on a rejoint 2 252 jeunes mères au Québec par ce programme de soutien pré et postnatal.

On a également introduit, dans le domaine de la prévention, la contraception orale d'urgence, ce qu'on appelle «la pilule du lendemain» dans le langage quotidien. Ça nécessite des investissements importants de plus d'un demi-million de dollars, et, dans plus de 10 % des cas, cette contraception orale d'urgence a été faite pour des adolescentes. Donc, c'est une partie importante des personnes.

Pour expliquer aux citoyens qui écoutent, il s'agit d'avoir rendu possible l'obtention de la contraception d'urgence en pharmacie pour les femmes, sans ordonnance médicale, mais cependant avec une consultation obligatoire auprès d'une pharmacienne ou d'un pharmacien, et le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens se sont entendus pour diffuser un document sur la rédaction d'une ordonnance collective de contraception.

On va également diffuser un programme de formation aux infirmières et infirmiers du réseau de la santé, qui débute en septembre 2007, préalablement et en priorité les infirmières qui sont en milieu scolaire, en périnatalité, en soins généraux et en groupes de médecine de famille. Bien sûr, il y a un projet de politique de périnatalité qui est en cours et qui devrait normalement être publié à l'automne prochain, qui donnera une place importante à la prévention des grossesses précoces et au soutien aux parents adolescents.

Donc, on voit qu'on agit autant en amont du problème que lorsque, malheureusement, le problème se produit. On a, je crois, une stratégie qui est assez bien articulée pour arriver à notre objectif de réduire le taux de grossesse prématurée chez les adolescentes d'ici l'année 2012. Je pense qu'il faut saluer particulièrement les intervenants et surtout les intervenantes, parce que souvent ce sont des infirmières, du Programme de soutien aux jeunes parents, qui ont un impact considérable auprès de ces jeunes filles et de leur enfant également lorsque ces situations se présentent.

● (22 h 40) ●

Le Président (M. Kelley): Mme la députée d'Anjou.

Programmes de prévention des maladies transmissibles sexuellement à l'intention des jeunes

Mme Thériault: Au niveau de la prévention des maladies transmissibles sexuellement, bon, je sais que les CLSC travaillent en étroite collaboration avec les écoles, évidemment. Bon, parce que tu as le phénomène

des jeunes filles qui tombent enceintes, bon, tu as la pilule du lendemain, tu as les suivis qui sont là. Comme je vous l'ai mentionné, c'est sûr qu'il y a des jeunes qui ont une sexualité beaucoup plus précoce que ça l'était dans votre temps, ou dans mon temps, ou dans le temps de nos parents. Donc, je pense qu'au niveau de la prévention c'est important aussi de pouvoir en faire parce que ma crainte, si je peux l'exprimer ainsi... Bon, c'est bien beau, là, les jeunes qui tombent enceintes, O.K., elles ont des enfants, mais, pour celles qui vont avoir une maladie transmissible sexuellement parce qu'ils ne se sont pas protégés, bien, ces jeunes-là, à un moment donné, ne pourront pas avoir d'enfants, justement. Ça fait qu'on peut être confronté à une problématique qui est tout autre et exactement l'inverse, et, dans le contexte où on ne fait plus d'enfants ou beaucoup moins d'enfants, bien, je pense que c'est important d'aller aussi avec le côté prévention. Je sais que les CLSC travaillent beaucoup avec ça, des organismes communautaires également, à qui je lève mon chapeau, parce que c'est sûr que c'est des questions délicates, puis, bon, il faut avoir le tour de parler aux jeunes, tu sais. Ça fait que...

Je ne sais pas, est-ce qu'il y a du travail qui se fait avec les maisons de jeunes ou avec d'autres différents groupes communautaires qui pourraient être associés un peu plus, ou c'est des programmes de prévention qui se font plus au niveau de l'éducation dans les écoles?

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

M. Couillard: Certainement, d'autant plus, comme l'a dit notre consoeur, que parfois ces infections transmises sexuellement ne donnent pas d'autre symptôme qu'une stérilité dont on trouve l'explication quelques années plus tard, et on voit ça notamment dans les infections à chlamydia ou les infections qui provoquent une fermeture des trompes puis causent la stérilité.

C'est essentiellement dans le milieu scolaire mais pas uniquement dans le milieu scolaire que ces efforts se font. Dans le cadre encore une fois de l'approche École en santé, il y a un document de formation pour les enseignants de façon à ce qu'ils soient mieux soutenus pour la mise en oeuvre de ces projets et des situations d'apprentissage pour aborder cette question avec les jeunes. Je rappelle qu'on a consacré des sommes de développement au niveau des agences pour participer à la rédaction de ce document et à la formation des enseignants. Il y a également des campagnes de sensibilisation spécifiquement destinées aux jeunes qui sont faites par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il y a des cliniques jeunesse qui offrent des services-conseils et de soutien aux jeunes à risque. Ces cliniques, qui sont mises en place par les centres de santé et de services sociaux, travaillent en lien avec le milieu scolaire et les organismes communautaires. Donc, elles sont là pour réunir ces éléments-là. On a également élaboré divers outils de sensibilisation au cours des dernières années avec un soutien financier de l'ordre de 200 000 \$. Alors, la prévention, outre de la grossesse, mais également des infections transmises sexuellement, fait partie de la stratégie globale qui entoure cette question.

Mme Thériault: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Est-ce qu'il y a d'autres questions?

Mme Thériault: Je vais profiter du temps qu'il reste à ma formation politique...

Le Président (M. Kelley): Non, non, on peut procéder au vote...

Mme Thériault: Non, mais je peux...

Le Président (M. Kelley): ...si ça va avec le consentement.

Mme Thériault: Mais avant, juste avant le vote, je vais me permettre de vous remercier, M. le Président, pour la diligence...

Le Président (M. Kelley): On peut faire ça après.

Mme Thériault: Ah! Vous le faites après, vous?

Le Président (M. Kelley): Oui, on va faire ça après.

Mme Thériault: D'accord, pas de problème.

Le Président (M. Kelley): On va voter et après ça...

Mme Thériault: Allez-y.

Le Président (M. Kelley): ...laisser du temps pour les brèves remarques finales.

Alors, juste pour démêler, il y a cinq programmes dans le portefeuille Santé et Services sociaux. Le cinquième, c'est les crédits qui découlent du fait que le ministre est également responsable pour la Capitale-Nationale. Alors, il y aura un débat, vendredi soir, devant la Commission de l'aménagement du territoire sur le programme 5. Les programmes 2 et 3 vont être examinés lundi prochain, c'est les programmes qui touchent les services sociaux.

Alors, je vais appeler maintenant ou demander aux membres de la commission de voter sur les programmes n° 1 et n° 4, qui sont vraiment les éléments santé des responsabilités du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Adoption des crédits

Alors, est-ce que le programme n° 1 du portefeuille de la Santé et des Services sociaux, intitulé Fonctions nationales, est adopté?

Des voix: Adopté.

Une voix: Sur division, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Adopté sur division.

Est-ce que le programme n° 4 du portefeuille de la Santé et des Services sociaux, intitulé Régie de l'assurance maladie du Québec, est adopté?

Des voix: Adopté.

Une voix: Sur division.

Le Président (M. Kelley): Adopté sur division.

Remarques finales

Alors, je vais commencer avec M. le ministre, en guise de remarques finales. La parole est à vous pour les brefs commentaires.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Mais bien sûr on va se revoir dans le cadre de l'étude des crédits de Services sociaux et avec une autre commission pour l'étude des crédits de la Capitale-Nationale, vendredi soir.

Je voudrais commencer par vous féliciter, M. le Président. Tous vos collègues vous respectent beaucoup, vous le savez, autant les collègues de votre parti politique que ceux des autres formations politiques, dès qu'ils entrent en contact avec vous, et ça a été le cas ici, dans cette commission, je l'ai senti tout de suite et au cours de nos débats.

J'ai apprécié également l'échange avec mes collègues de l'opposition et mes collègues du Parti libéral du Québec. C'est la cinquième fois que je participe à l'étude des crédits de Santé et Services sociaux et chaque fois, pour moi, c'est une occasion d'approfondissement et d'apprentissage. C'est un monde complexe, ça, celui du réseau de la Santé et Services sociaux. À même les questions posées par l'opposition, on en vient à aborder les questions sur des éclairages différents et avoir ici, je crois, des discussions qui éclairent véritablement la population.

J'ai déjà eu l'occasion de parler de ma mère en pleine santé et notamment en santé intellectuelle absolument resplendissante, qui parfois me suit d'un oeil critique dans mes activités politiques et qui me dit la chose suivante: Quand je te vois en période de questions, je me demande bien ce que tu fous là — elle est d'origine française — mais, quand je te vois en commission, je vois bien que dans le fond tu travailles.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Alors, voilà qui est rassurant. J'ai également profité et je profite encore une fois, et c'est une grande source d'enrichissement pour moi, de la collaboration avec les collègues du ministère de la Santé et des Services sociaux qui sont une prodigieuse source également pour moi d'apprentissage et d'expérience. On est tous ensemble au travail pour améliorer les soins de santé, les services sociaux. Je remercie également mes collaborateurs du cabinet qui sont présents avec nous ce soir, Cathy Rouleau et son équipe dévouée et attentive autour de moi depuis maintenant quelques années.

Et je terminerais, comme j'en avais pris l'habitude avec le député de Notre-Dame-de-Grâce, par une courte citation de mon héros de l'histoire française, qui est Clémenceau, qui disait — méditons bien ses paroles: La meilleure commission d'enquête est faite de trois personnes dont deux sont absents. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Maintenant, je vais céder la parole au député de La Peltre.

M. Éric Caire

M. Caire: Merci, M. le Président. Bien, à mon tour de vous féliciter pour le travail que vous avez fait. Ça a été très agréable de travailler, et ce le sera dans le futur aussi, de travailler sous votre direction éclairée, même si vous êtes intransigeant sur le temps. Et je veux effectivement corroborer ce que le ministre vient de dire: travailler et vous côtoyer fait qu'on vous apprécie de plus en plus chaque jour, surtout quand on vous croise sur une terrasse.

Je veux remercier tous les membres de la fonction publique qui ont été ici et qui ont travaillé à répondre à nos questions, remercier l'ensemble des collègues parce qu'effectivement je dois dire que... J'avais une première expérience d'une commission parlementaire avec la loi n° 1, mais, comme il y avait un consensus, je dirais que ça a été facile, et, à l'étude des crédits, ce n'est pas la même chose, il n'y a pas ce même consensus. Mais c'est effectivement agréable de voir par les questions, les échanges et les interactions l'ensemble des opinions. Je dois dire qu'il existe malgré tout des profonds désaccords sur la façon de concevoir le réseau de la santé à travers les questions que j'ai posées et les réponses que j'ai reçues, le désaccord subsiste, notamment sur — puis le ministre nous a taquinés là-dessus; sur — la dette, mais je continue à penser qu'endetter les générations futures pour payer l'épicerie, ce n'est pas une bonne politique de gestion. Je pense qu'il y a des problèmes urgents en santé qui nécessitent qu'on laisse faire les projets pilotes puis qu'on passe à l'action, surtout quand les solutions sont connues, notamment dans le cas des infirmières. Je pense qu'on pourrait être plus proactif dans ces sujets-là. Mais c'est la décision du ministre, et l'avenir nous dira s'il a eu raison.

Je vais conclure, M. le Président, en ayant un merci spécial pour les membres de notre équipe de recherche qui ont fait un travail colossal, qui, comme nous, sont à leurs premières armes dans ces débats-là, dans cet exercice-là. Et, quand on voit à qui on est confronté, on a l'impression que c'est David contre Goliath, mais dans les circonstances je pense que David a fait un sacré bon travail, et je les remercie. Alors, M. le Président, je vous souhaite une belle fin de soirée comme à tout le monde ici.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. M. le député de Marie-Victorin.

M. Bernard Drainville

M. Drainville: À mon tour, M. le Président, je veux vous remercier pour l'atmosphère de collaboration à laquelle vous avez puissamment contribué, si je peux dire. Comme le disait le ministre de la Santé, vous êtes un homme respecté. Je ne vous connais pas depuis très longtemps, mais effectivement vous me faites l'effet d'être un peu un vieux sage, alors c'est une... pour un jeune député comme moi, pas...

● (22 h 50) ●

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Drainville: En années d'expérience. En années d'expérience, M. le Président. En années d'expérience. Et on aura l'occasion de travailler à nouveau ensemble.

Le Président (M. Kelley): ...mais vraie.

M. Drainville: M. le ministre, merci de votre collaboration. Je trouve que dans l'ensemble on a eu des échanges quand même constructifs. Je souhaite que ça continue à l'avenir, même si on aura certainement des différends. C'est la politique qui le veut, puisqu'on est d'abord et avant tout dans le débat d'idées quand même, et c'est ça qui est important. À mon collègue de La Peltre et à ses collègues également, merci. Les collègues du Parti libéral aussi, on ne s'est pas trop chicanés, là. Alors, on pourra continuer à travailler ensemble à l'avenir, ce sera avec le plus grand des plaisirs.

J'aimerais remercier ma très grande équipe de recherche qui est juste à mes côtés, M. Sylvain Gobeil, M. Gobeil qui travaille avec trois autres députés, alors je salue son ardeur au travail et sa très grande rigueur, sa discipline également.

Alors, j'aimerais dire un mot également pour... bien, remercier également l'équipe autour du ministre. Ça s'est bien passé, mais... Un mot tout spécial également pour les fonctionnaires qui ont été là pendant toute la durée de la commission. Je dois dire que c'est toujours rassurant de voir à quel point l'État québécois est servi par des gens de grande compétence, et, même si parfois le discours public veut que le métier de fonctionnaire soit quelque peu dévalorisé, je le déplore grandement et je vous encourage à continuer à servir comme vous l'avez si bien fait pendant les deux jours qu'a duré cette commission. Service public, pour moi, est quelque chose de très, très important. J'essaie de faire ma part comme député, vous faites la vôtre comme fonctionnaires, alors je salue votre dévouement. Voilà, je vous remercie. Merci encore, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Mme la députée d'Anjou.

Mme Lise Thériault

Mme Thériault: Merci, M. le Président. J'aimerais tout d'abord vous remercier pour la façon dont vous avez dirigé ces travaux avec tout le doigté qu'on vous reconnaît et la sagesse. Évidemment, remercier les collègues députés. Remercier surtout l'équipe qui accompagne le ministre. Je sais, pour avoir été ministre pendant deux ans, que très souvent l'équipe qu'on a alentour de nous peut faire toute la différence au niveau du résultat. Je sais également que la majeure partie des fonctionnaires, la très grande, majeure partie des fonctionnaires font ce qu'ils font souvent par conviction et je crois qu'à la Santé et aux Services sociaux vous êtes animés par une cause, une passion, ça se sent. Je pense que l'information que vous avez relayée tout au long de ces heures de commission au ministre et à la commission démontre réellement de votre engagement envers votre ministère, et je vous félicite pour cet état de fait.

Vous savez, M. le Président, et pour les gens qui nous écoutent, ce qui me frappe toujours, c'est le ton des échanges en commission, où c'est beaucoup plus serein,

où on peut quand même répondre aux questions tout en étant très, très, très respectueux. Et je dirais que malheureusement pour... Ce qui me choque, moi, c'est qu'il me semble que, pour la classe politique envers qui les gens ont beaucoup de préjugés, on aurait intérêt dans la majeure partie de nos débats, y compris à la période de questions, à parler avec le ton serein qu'on peut avoir en commission.

Vous savez, M. le député parlait des différends. Il en existera toujours, des différends, c'est évident. On est des formations politiques différentes, on a des points de vue différents. Moi, je pense que c'est le propre des partis politiques, on est animés par des convictions, que ce soit vous, que ce soit le Parti québécois, que ce soit le Parti libéral du Québec. Il y a une chose qu'on a en commun, c'est de faire avancer la chose publique pour le bien-être de nos concitoyens. C'est évident qu'il faut faire une différence quelque part, et, moi, je pense qu'on a intérêt à mettre la plus grande partie du temps... notre côté partisan politique ou le côté de la petite politique, entre guillemets, de côté pour être capable de faire avancer les dossiers, et je crois sincèrement que, si, dans nos débats de tous les jours, à la période de questions, nous avions ce type d'entretien, ça pourrait rehausser de beaucoup l'image de la classe politique. M. le Président, merci.

Le Président (M. Kelley): Bien dit, Mme la présidente de la Commission des institutions. Alors, à mon tour, merci beaucoup aux membres de la commission parce que je pense qu'on a fait preuve qu'on peut avoir des débats vigoureux, on peut avoir un échange d'opinions, un échange d'idées sans les personnaliser. Je pense que c'est très important que... on est ici, mais il faut toujours garder un ton civilisé.

Alors, merci à toutes les personnes autour de la table. Je pense que c'est 15 heures que nous avons passé ensemble, qui ont été profitables, qui nous ont permis de chercher les renseignements, poursuivre les enjeux qui sont très importants dans nos comtés et dans nos régions. Merci beaucoup, M. le ministre, et à votre cabinet également, aux membres du ministère de la Santé et des Services sociaux pour votre dévouement, pour votre présence hier et encore ici. Il nous reste un autre cinq heures à faire la semaine prochaine, mais merci encore une fois pour la disponibilité des membres du ministère qui ont aidé le ministre pour ses réponses. Merci beaucoup à la secrétaire de la commission, à la table aussi, qui m'a montré plus ou moins le temps qu'il restait pour les trois formations politiques.

Alors, sur ça, je rappelle aux membres de la commission, à leur très grande polyvalence, que, demain, on va être dans la famille et on va regarder les crédits du ministère de la Famille, après les affaires courantes, demain. Alors, sur ça, j'ajourne nos travaux jusqu'après la période des questions, demain, jeudi, le 14 juin. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 22 h 56)