



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (4)**

Le mardi 30 avril 1996 — N° 8

Président: M. Jean-Pierre Charbonneau

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	115,00 \$
Débats des commissions parlementaires	325,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'aménagement et des équipements	105,00 \$
Commission du budget et de l'administration	75,00 \$
Commission des institutions	70,00 \$
Commission des affaires sociales	65,00 \$
Commission de l'économie et du travail	60,00 \$
Commission de l'éducation	40,00 \$
Commission de la culture	35,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	20,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	10,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 30 avril 1996

Table des matières

Régie de l'assurance-maladie du Québec	
Régime d'assurance-médicaments (suite)	1
Révision des services assurés médicalement requis	8
Programme de retraite des médecins spécialistes	13
Programme pour médecins spécialistes déplacés lors de fusion ou de fermeture d'établissements	13
Programme de départs assistés pour les employés du réseau	14
Médecins qui quittent le Québec	17
Situation des médecins en Abitibi-Témiscamingue	19
Intégration des médecins étrangers à la pratique	19
Discussion générale (suite)	
Critère de sécurité-vétusté dans les établissements de santé	21
Augmentation du nombre de places en centres d'hébergement	22
Réallocations budgétaires à l'ensemble des régions	28
Budget des établissements du réseau	28
Réorientation de la vocation de l'hôpital d'Armagh	30
Changement de mission de l'hôpital Jeffery Hale	31
Hôpital pour anciens combattants de Sainte-Anne-de-Bellevue	32
Plan de redéploiement de la main-d'oeuvre	34
Système d'approvisionnement sanguin	40
Requête du Québec à la Cour fédérale relativement à la commission Krever sur le sang contaminé	43
Délais pour examens dans les laboratoires du réseau	44
Budget de la santé publique	45
Autres sujets	48
Dossier des centres hospitaliers universitaires	50
Adoption de l'ensemble des crédits	52

Intervenants

M. Rosaire Bertrand, président
M. Michel Létourneau, président suppléant
Mme Solange Charest, présidente suppléante

M. Jean Rochon
M. Pierre Marsan
M. Russell Copeman
M. Russell Williams

- * Mme Christine Collin, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. Luc M. Malo, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Note de l'éditeur: La commission a aussi siégé en matinée pour l'étude des crédits de l'Office des services de garde à l'enfance. Le compte rendu en est publié dans un fascicule distinct.

Le mardi 30 avril 1996

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

(Quinze heures vingt-sept minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Permettez-moi, avant de commencer les travaux, de souhaiter la bienvenue à des jeunes étudiants du séminaire Saint-Alphonse, de Sainte-Anne-de-Beaupré, dans le très beau comté, et le plus beau du Québec, de Charlevoix.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous rappelle que la commission des affaires sociales est réunie afin d'étudier les crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1996-1997.

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

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous souligne qu'avec le consentement unanime, au lieu d'arrêter les travaux à 19 heures et de recommencer à 20 heures, nous pourrions continuer jusqu'à 20 heures, sans arrêt, suite à des discussions qu'il y a eu entre les deux partis. D'accord? Alors, nous commençons dès maintenant nos travaux. Et, M. le député, vous avez la parole.

M. Marsan: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): De Robert-Baldwin.

M. Marsan: Est-ce que ce sont des étudiants du séminaire de Sainte-Anne-de-Beaupré?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Séminaire Saint-Alphonse, de Sainte-Anne-de-Beaupré.

M. Marsan: Oui. Si vous me permettez, seulement un mot pour les étudiants, pour les saluer d'une façon particulière. J'ai des attaches particulières. Plusieurs d'entre vous ont sûrement connu le père Xiste Langevin, qui est décédé. C'est le frère de ma mère, et je suis certain que vous l'avez bien connu. Alors, d'une façon vraiment sincère, je voudrais vous saluer. Merci.

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Régime d'assurance-médicaments (suite)

La première question va s'adresser au ministre. Je voudrais, M. le ministre, être certain qu'on comprend

bien les crédits quant à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Et je suis dans le document des réponses aux questions particulières, Régie de l'assurance-maladie, les pages 24 et 25. Je voudrais concilier deux chiffres.

(Consultation)

M. Marsan: Alors, ma question. Aux pages 24 et 25, on a une dépense... D'abord, le programme d'assurance-médicaments pour les personnes vivant de la sécurité du revenu, à la page 24, dépense de 209 000 000 \$; à la page 25, une dépense pour les personnes âgées, toujours sur le programme d'assurance-médicaments, une dépense de 563 000 000 \$. J'avais le calcul; je pense, que c'est plus de 730 000 000 \$.

● (15 h 30) ●

Et, M. le ministre, j'essaie de concilier les dépenses de votre ministère avec le rapport Castonguay, le programme d'assurance-médicaments, à la page 72, et lui nous parle d'une dépense de 922 000 000 \$. Alors, il y a sûrement des éléments qui sont manquants, et c'est ceux-là que j'aurais apprécié connaître d'une façon peut-être plus particulière.

Alors, à la page 72: situation actuelle, état... Je ne sais pas si vous comprenez bien.

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

M. Rochon: M. le Président, est-ce que vous pourriez nous indiquer le chiffre de la page 72, c'est 922 000 000 \$?

M. Marsan: C'est bien ça.

M. Rochon: O.K.

M. Marsan: Alors que, de l'autre côté, c'est 209 000 000 \$ plus 503 000 000 \$, ce qui ferait 733 000 000 \$, je pense, ou autre.

M. Rochon: Bon. M. le Président, je pense qu'on...

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

M. Marsan: 773 000 000 \$.

M. Rochon: Je pense qu'on peut faire une conciliation assez rapidement, M. le Président. D'abord, les montants qui apparaissent au document, là, et qui sont les réponses aux questions particulières, aux pages 24 et 25, sont les données pour l'année 1995-1996, et on indique bien, au bas du tableau, M. le Président, que les

données sont provisoires, parce qu'au moment où elles ont été colligées les données n'étaient pas nécessairement complètes, à ce moment-là, alors que dans le document du rapport du comité sur l'assurance-maladie on a des données qui ont été projetées sur la base du taux d'évolution sur l'année 1996.

Alors, par exemple, au lieu, pour les prestataires d'aide sociale, d'un montant total de 209 000 000 \$ ou 210 000 000 \$, qu'on voit au document des questions particulières, on a 237 000 000 \$. C'est la projection de ce qui est l'augmentation depuis 10 ans, qui est connue et qui devrait nous donner quelque chose de l'ordre de 237 000 000 \$, si la tendance se maintient. Oui, 237 000 000 \$, plutôt que le 210 000 000 \$ de l'année précédente, et 210 000 000 \$ qui était incomplet au moment où le tableau a été fait.

On voit le même genre d'écart, M. le Président, en ce qui vise les personnes âgées. Au lieu de 563 000 000 \$, on prévoit ici une dépense qui pourrait aller jusqu'à 630 000 000 \$. L'autre explication, elle est très bien indiquée au tableau 2 de la page 72 du rapport du comité, c'est qu'on y rajoute un 55 000 000 \$ qui est le coût des médicaments, qui sont les médicaments qui sont offerts gratuitement à des personnes qui souffrent d'un certain nombre de maladies chroniques, ce qu'on connaît généralement sous le vocable de la circulaire «malades sur pied».

Alors donc, c'est deux différences: un, une année plus tard et avec des projections de ce qu'on pourrait s'attendre comme niveau de dépenses par rapport aux données d'une année précédente, qui n'étaient pas complètes au moment de la préparation du tableau, et, deuxièmement, il y a un élément de plus, qui est la circulaire «malades sur pied», qui est pour 55 000 000 \$. Ça explique l'écart, la différence.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Alors, lorsqu'on veut faire nos travaux ou lorsque nous sommes interrogés à savoir combien coûte l'assurance-médicaments actuelle pour les personnes âgées, les personnes sur la sécurité du revenu et celles impliquées dans la circulaire, le chiffre, c'est 922 000 000 \$. Et là on va être d'accord. C'est ça?

M. Rochon: C'est ce qui est prévu comme niveau de dépenses, oui, absolument, de l'ordre d'un peu plus de 900 000 000 \$.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: O.K. Merci beaucoup. D'accord. Ma prochaine question, M. le ministre, toujours dans le dossier de l'assurance-médicaments. Bon. C'est une remarque, là. La partie des primes, ce que les gens auront à payer, on n'en parle pas beaucoup dans le

rapport. Moi, j'aimerais vous demander si vous prévoyez qu'il y aura des variations de primes en fonction de l'âge, du risque, si ce sont des patients hébergés ou d'autres types, là, de critères qui pourraient faire varier une prime.

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

M. Rochon: Bon. Alors, M. le Président, là il faut tenir compte qu'il y a deux documents: il y a le rapport du comité et il y a le projet de loi. Alors, le projet de loi, on ne l'a pas encore, il est en finalisation présentement; on l'aura très, très, très, très bientôt. Alors, qu'est-ce que sera la proposition pour l'ensemble des paramètres du régime, y compris la prime? Vous comprendrez, M. le Président, que je ne peux pas en parler tout de suite, on y viendra très bientôt, dans quelques semaines.

Le rapport, en autant que je me rappelle, propose une prime qui pourrait être de l'ordre de 176 \$, c'est ce qui a été calculé sur la base de ce qui semble être le coût moyen des primes en faisant l'équivalence par rapport aux programmes d'assurance-médicaments ou autres qui existent déjà.

Bon. Vous savez qu'il est acquis, si on suit la philosophie, l'approche qui est proposée par le comité, que les régimes actuels qui couvrent 4 500 000 Québécois sont laissés en place, dans la mesure où ces régimes offrent autant ou plus que ce qui sera le régime de base prévu dans le projet de loi. Alors, les primes, pour ceux qui conserveraient les régimes qu'ils ont, qui, très souvent, comme on l'a dit, sont des régimes qui font partie d'ententes convenues entre syndicat et employeur, où parfois l'employeur paie une partie... Alors, là, il y a une variation de types de primes qui sont surtout, je pense, une prime individuelle ou une prime familiale.

Pour ce qui est du régime qui sera proposé, je pense que c'est préférable, si on ne veut pas parler, avoir des discussions sur des hypothèses qui ne vont peut-être pas se réaliser, qu'on puisse en discuter quand on sera en commission parlementaire sur le régime qui sera retenu à ce moment-là.

M. Marsan: J'aimerais revenir. Je me suis permis d'appeler un certain nombre de compagnies d'assurances pour être sûr de ma compréhension. Je leur ai demandé si, d'après eux, leur interprétation qu'ils faisaient, il y avait une prime pour les enfants en bas de 18 ans. Leur compréhension était dans l'affirmative. Je comprends qu'il n'y a pas de franchise, je comprends que même au niveau de la coassurance il y a d'autres modalités, mais, au niveau de la prime, il semblerait que les jeunes en bas de 18 ans pourraient être affectés par une prime.

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

M. Rochon: Bon, M. le Président, il y a des discussions et des travaux qui sont en cours avec les représentants des assureurs privés. Encore une fois, je ne veux pas laisser glisser pour entrer dans une discussion d'un projet de loi qu'on n'a pas encore devant les yeux. Les recommandations du comité, on les connaît. Je pense que le comité recommande que pour les enfants de moins de 18 ans il n'y ait pas de franchise qui s'applique ni coassurance, qu'ils soient complètement couverts, de façon complète.

La prime, il faudra voir. Est-ce qu'on retiendra une formule où il y aura une prime individuelle d'une part et une prime familiale aussi, qui tiendra compte, donc, de la situation où il y a des enfants? Tout ce que je peux dire, pour vraiment dire les choses comme elles sont, c'est que les différents scénarios et les modulations sont à l'étude présentement à partir de la proposition du scénario A. On s'entend bien qu'on travaille autour du scénario A, essentiellement.

Dépendant de ce qui va sortir de l'ensemble des simulations, qui permettra vraiment une couverture de médicaments qui seront jugés requis selon la liste établie par le Conseil consultatif de pharmacologie d'une part, qui assurera une équité, de sorte que, comme on l'a dit, tous ceux qui le peuvent assurent une contribution, mais dans la mesure de leurs moyens de payer, et que ceux qui ne peuvent pas payer, en deçà d'un certain revenu, soient complètement couverts sans être obligés de payer; quand tous ces paramètres-là auront été achetés, on verra ce que c'est. Mais il y a clairement dans le rapport une approche qui me plaît beaucoup et qu'on veut privilégier par tous les moyens possibles, une approche qui veut assurer que spécialement les enfants puissent être couverts sans que ça puisse être une surcharge pour une famille, d'aucune façon.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: O.K. Mais vous êtes d'accord avec moi que, en tout cas, le document qu'on nous a remis sur l'assurance-médicaments n'est pas clair ou ne répond pas à ce moment-ci précisément à la question: Est-ce qu'on va charger une prime pour les enfants? D'accord?

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

● (15 h 40) ●

M. Rochon: Dans le cadre de son mandat, M. le Président, le comité a réalisé son mandat, il nous fait une proposition et soulève différentes modulations qui peuvent être faites, laissant au gouvernement vraiment de faire l'examen final et de formuler une proposition.

Bon. Évidemment, si on avait demandé au comité de travailler pendant une année complète là-dessus, ils auraient pu aller dans des simulations plus fines, mais, dans cinq mois — c'est à peu près le temps qu'ils ont eu pour vraiment travailler — ce n'est pas ça qui leur était demandé et, effectivement, on n'a pas tous ces

détails-là présentement. Mais il ne semble pas là que ce soit... C'était crucial pour un premier niveau de décision, c'est-à-dire quel type d'assurances, quel type de régime on se donne et, globalement, quel mode de financement on met en place pour le faire. Les raffinements viendront sous peu, M. le Président.

Le Président (M. Létourneau): M. député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: L'autre question: Dans le régime qu'on s'appête à mettre de l'avant, et toujours basé sur ce que M. Castonguay nous a transmis, est-ce que la prime peut varier en fonction du risque pour le patient? Par exemple, un patient qui souffre d'une maladie, est-ce qu'il va payer une prime additionnelle plus importante que la moyenne ou, en tout cas, que l'ensemble des autres assurés?

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

M. Rochon: Non, moi, ce que je comprends, M. le Président, du sens des recommandations du comité qui a fait le travail, c'est qu'on nous propose un régime de type général, où tout le monde est couvert, en vertu de conditions qui tiennent à sa capacité de payer, pour toute personne, et que toute personne a la même couverture, donc, à accès aux mêmes médicaments, en fonction de sa capacité de payer, et aucune personne ne peut être refusée par un assureur privé, si on installe le système qu'on nous recommande, à cause des risques que cette personne-là représente. Alors, la prime n'est pas prévue, dans les recommandations du comité, pour être ajustée aux risques, mais une prime pour être ajustée aux revenus et à la capacité de payer des gens.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Juste pour être certain qu'on se comprend bien, un patient qui souffre de la maladie du sida, par exemple, est-ce que sa prime va être la même qu'une autre personne qui n'a pas cette maladie-là ou qui n'a rien de comparable? Est-ce qu'on peut penser que les primes vont être assez semblables?

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

M. Rochon: M. le Président, ce que j'ai compris à la lecture du rapport du comité et de ses recommandations, c'est que la prime soit ajustée en fonction de la capacité de payer et non pas en fonction du risque que représentent les gens; qu'on assume le risque; que toute personne sera assurée; qu'on ne peut pas refuser, pour aucune raison, d'assurer quelqu'un, y compris par l'assureur privé; et que la façon de gérer les risques différents par l'ensemble des assureurs, c'est qu'il y aura une

mutualisation — je pense que c'est la traduction qu'on a trouvée pour le «pooling» — du risque au-delà d'un certain risque que peut représenter une personne ou l'autre.

Le Président (M. Létourneau): M. député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: La mutualisation, c'est surtout dans le dossier de la coassurance, ces choses-là?

M. Rochon: Non, non. Mutualisation, ça veut dire que certains des risques les plus lourds vont être supportés collectivement par l'ensemble des assureurs qui créent un fonds. Ce fonds commun, auquel tous contribuent selon les règles que les gens discutent, ce fonds-là permettra de payer pour toutes les personnes qui sont là.

Donc, ça permet de rééquilibrer le partage des risques, de sorte qu'on ne voie pas un des assureurs privés qui, par un jeu de circonstances, serait celui qui écoperait des gens qui présentent le plus de risques de consommation de cigarettes par rapport à un autre, ou, de façon plus perverse encore, de voir que tout le secteur privé d'un régime mixte privé-public, que tout le secteur privé serait amené, par le jeu de la concurrence, à faire une sélection de risques et que la partie publique du système se retrouve avec tous les risques lourds. Là, ça nous ferait un système qui serait rapidement déséquilibré, qui ne pourrait pas tenir.

Et, là-dessus, le rapport est très, très clair, on nous propose de mutualiser. C'est-à-dire, à toutes fins pratiques, comme concept, moi, j'ai compris que ça voulait dire qu'on créait un fonds commun où certains risques, à partir d'un certain niveau, sont partagés en commun.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: O.K. Est-ce à dire que le régime ne sera pas individualisé? Ceux qui ont des régimes collectifs, par exemple, vont pouvoir garder le régime collectif avec une augmentation de leur prime de plus ou moins 5 %. C'est ça? On ne reviendrait pas avec un régime de base...

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

M. Rochon: Ce que le comité nous propose, M. le Président, c'est qu'on ait d'abord clairement établi un régime général, le même pour tout le monde — et ça, c'est le modèle de base — le même en ce qui concerne les paramètres du régime: prime, franchise, coassurance, plafond et le reste, et le même pour tout le monde en ce qui regarde la couverture, la liste de médicaments qui est prévue, qui est couverte par le régime.

Là, il y a deux genres d'approches possibles quand on lit le rapport. Parce qu'on nous recommande

aussi que les régimes qui sont en place et qui offrent l'équivalent... Il y a, encore une fois, 4 500 000 Québécois et Québécoises qui ont déjà un régime qui offre l'équivalent ou plus. Alors, l'implication de ce qu'on dit là, c'est que, s'il y a de ces régimes-là qui offriraient moins que le régime de base qui est proposé, il faudrait qu'ils soient rajustés et corrigés pour offrir au moins ce que le régime de base donne. Ceux qui offrent plus, si les gens veulent les garder comme ça, surtout quand ce sont des régimes collectifs, il n'y a pas de problème, ils peuvent les garder comme ça, ils ont plus.

Là, il y a deux choses possibles comme approches, et on verra quand le projet de loi va être présenté. Ou bien il y a un système d'équivalences qui est établi, de sorte que chaque régime offert par un assureur privé qui jouerait autrement avec les paramètres en termes de coassurance, un peu moins sur la franchise, un peu plus sur la coassurance ou vice versa, qu'on puisse voir ce qui est vraiment équivalent pour le patient éventuel, pour la personne, en termes de coût et de couverture. Ça, c'est une approche.

Ou on peut avoir quelque chose qui rejoint le même objectif, qu'il y ait un régime de base que tout le monde doit offrir. Que si qui que ce soit veut ce régime-là... Si des personnes qui ont déjà un régime, qui font partie d'un régime collectif qui coûte plus cher mais qui offre plus, décidaient qu'elles vont prendre le régime de base qui offre moins puis qui coûte moins cher, elles pourraient le faire si elles le veulent. On ne s'attend pas à ce que beaucoup de gens soient portés à faire ce choix-là, parce qu'ils sont déjà impliqués dans un plan et que ça fait déjà leur affaire.

Alors, on s'entend bien. Ce qui est important, c'est que, si on dit qu'on a un régime universel, c'est qu'il y a un régime commun qui existe, qui est disponible pour tout le monde, avec les mêmes paramètres. Là, il reste à ajuster ce qui est une partie de reconnaissance d'équivalences et ce qui est la partie qu'on retrouve de façon standard partout. Et c'est là-dessus qu'on travaille, M. le Président, pour finaliser justement tous ces détails-là, pour voir ce que sera la proposition finale.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Est-ce qu'il y aurait une limite à la prime pour ne pas qu'elle explose, à un moment donné, ou est-ce que c'est seulement laissé au bon vouloir des compagnies d'assurances privées?

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

M. Rochon: Bon. Là-dessus, ce qu'on nous dit dans le rapport — et M. Castonguay l'a expliqué lui-même lors de différentes interventions publiques — c'est qu'effectivement le régime de concurrence entre les assureurs privés assurerait qu'à partir de l'évaluation d'une prime moyenne pour un programme, c'est-à-dire,

par exemple, un programme avec des paramètres de financement qui correspondraient au scénario A, un des trois scénarios proposés par le comité, on nous dit que ce scénario-là, pour son financement et le reste, avec les paramètres franchise, coassurance et le reste que propose le comité, ça pourrait vouloir dire qu'on y met une prime qui est à peu près de l'ordre de 175 \$, 176 \$ par année.

Et ce que nous dit le rapport, c'est qu'on peut s'attendre, on peut être raisonnablement assurés que le jeu de concurrence va maintenir la prime à ce niveau-là ou même plus bas dans la concurrence entre les assureurs. Alors, ça aussi, c'est ce qu'on est à examiner présentement, M. le Président, pour qu'on puisse être bien assurés qu'effectivement — et on le fait, ça, pas seulement de façon académique ou purement théorique, c'est en discussion et en travail avec les assureurs qui sont déjà impliqués là-dedans — pour vraiment être bien sûr que ce mécanisme-là va maintenir le contrôle sur la prime. Si le risque nous apparaissait trop grand que ce ne soit pas suffisant, ou même si ça semble assez rassurant mais qu'on peut penser à d'autres moyens aussi pour garder le système encore plus sous contrôle, on va les ajouter aussi dans le projet de loi qu'on va présenter.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: À quel moment vous pensez déposer le projet de loi, M. le ministre?

M. Rochon: Ah, le plus tôt possible. Je veux vous assurer que les fourneaux sont au plus haut degré présentement, qu'il y a une équipe impressionnante, autant à la Régie de l'assurance-maladie qu'au ministère, et même dans d'autres ministères, parce qu'il y a des impacts sur d'autres aspects des financements, des finances publiques. On a une collaboration excellente autant du ministère des Finances, du ministère du Revenu, qui nous aident à faire ça. Ce qu'on vise, c'est que, vers le milieu du mois de mai, ça devrait être à peu près le temps où, d'après le processus normal, on devrait être capables de déposer un projet. Mais disons que, dans le pire des scénarios, j'espère qu'à la fin de mai on aura un projet sur la table.

● (15 h 50) ●

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Je voulais vous signifier une petite inquiétude, surtout si c'est à la fin mai. Vous savez que la session va peut-être s'achever dans les 15 jours, trois semaines qui vont suivre, je pense — je ne connais pas nos règlements, mais c'est près de la Saint-Jean-Baptiste — et j'ai peur qu'on manque peut-être de temps pour un projet aussi important, pour qu'on puisse l'étudier comme il faut en commission parlementaire. Alors, je voudrais vous demander: Est-ce que vous pensez faire les consultations, en tout cas, requises pour un projet d'une telle envergure?

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

M. Rochon: M. le Président, soyez assuré qu'on a très à l'oeil justement tout le déroulement du processus législatif. C'est pour ça que je vous dis que la machine pousse au maximum pour que le projet de loi soit en circulation le plus tôt possible, et on veut s'assurer qu'on utilise le temps au mieux. Pendant le mois de juin, à ma connaissance, il y a trois semaines de session. On sait que c'est la partie de l'année où on est en session intensive; alors, on a beaucoup d'heures de disponibles.

On veut consulter; tous ceux qui devraient participer à l'élaboration de ce projet-là devront pouvoir être entendus. J'ai surtout retenu avec beaucoup de satisfaction, dès le début des travaux de cette commission-ci sur l'étude des crédits, l'offre qui nous a été généreusement faite par le député de Robert-Baldwin en nous assurant toute la collaboration de l'opposition pour que ces travaux-là avancent avec la plus grande efficacité possible. Alors, si tout le monde concourt vers le même objectif, je n'ai aucun doute, M. le Président, qu'on va y arriver dans les temps qu'on peut utiliser.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: De nouveau, M. le ministre, je vous offre notre collaboration la plus entière. Je pense que c'est un projet extrêmement important, il y a différents groupements qui veulent se faire entendre et vous pouvez être assuré qu'on veut travailler pour qu'on puisse bonifier et sûrement enrichir et regarder de plus près, en tout cas, par un bon questionnement, un projet de loi aussi important.

J'aimerais continuer toujours sur l'assurance-médicaments. On a parlé d'un régime progressif, de 15 000 \$ au 25 000 \$, versus un crédit d'impôt potentiel. Vous pouvez nous en parler davantage ou nous donner une explication? Je comprends que le budget n'est pas déposé à jour d'hui, mais on peut penser quand même... Ce serait quoi l'impact du crédit d'impôt sur ceux qui ont 17 000 \$, 18 000 \$, par exemple?

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

M. Rochon: Ce qui est visé, M. le Président, comme objectif, et qui est une correction majeure par rapport à la situation actuelle, c'est d'éviter que les gens passent d'une catégorie à l'autre de façon brusque, c'est-à-dire qu'avec 100 \$ de plus de revenus on passe dans une tout autre catégorie qui fait que: moins de 100 \$ de revenus, on ne paie pas de prime; 100 \$ de plus, on paie une prime de 175 \$, ou des choses comme ça.

Un autre effet important qui est relié à cette progression de la contribution est le lien ou l'interface entre des personnes qui ont des petits revenus, surtout la classe entre 15 000 \$ et 25 000 \$, par rapport à des

gens qui sont des prestataires d'aide sociale, si quel qu'un, présentement, étant un prestataire d'aide sociale, a une couverture complète pour tous les médicaments et que la personne qui a un revenu de 16 000 \$ ou 17 000 \$, qui est légèrement supérieur à un prestataire d'aide sociale, lui, il va payer une prime entière... C'est ça qu'on veut corriger, là, ces transferts brusques d'une catégorie à l'autre.

Bon. Là, je ne sais pas, je ne peux pas vous dire, à ce moment-ci, par quel mécanisme ça va se faire exactement, mais on travaille sur des mécanismes pour que la progression se fasse. Le crédit d'impôt a été donné en exemple, parce que c'est un moyen, parmi quelques autres, qui peut être utilisé à cette fin. Mais, ça encore, là, tout ce que je peux vous dire, c'est que tout est sur la table et toutes les configurations possibles sont regardées. On aura une réponse dans quelques semaines.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: On nous laisse entendre qu'il pourrait y avoir une baisse des honoraires des pharmaciens dans le cadre de toute la nouvelle approche associée au programme d'assurance-médicaments; est-ce que c'est exact?

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

M. Rochon: Je ne sais pas qui a laissé entendre... La question, M. le Président, est à l'effet qu'on laisse entendre que...

M. Marsan: Qu'il y aura une baisse des honoraires...

M. Rochon: Qui est le «on»? Qui est le «on»?

M. Marsan: ...des pharmaciens. Pardon?

M. Rochon: Le «on», qui est le «on»? Est-ce qu'on dit que le ministère ou que j'ai laissé entendre qu'il y aurait...

M. Marsan: Non, non.

M. Rochon: Non?

M. Marsan: C'est dans le réseau, M. le ministre, vous le savez bien.

M. Rochon: Dans la rumeur, dans la rumeur.

M. Marsan: En tout cas, c'est assez fondé, mais si vous êtes prêt, aujourd'hui, à dire: Non, les honoraires des pharmaciens ne baisseront pas, bien, je pense qu'il y a des gens qui vont sûrement être soulagés dans le réseau. C'est ce que vous nous dites?

M. Rochon: Alors, M. le Président, ce qui est très clair, et les pharmaciens le savent très bien, c'est qu'un régime comme ça va devoir être discuté et va faire appel à la participation de tous les partenaires essentiels pour que ça fonctionne. Alors, c'est bien sûr les assureurs, c'est l'industrie pharmaceutique, c'est les pharmaciens, c'est les médecins, c'est tout le monde qui a à voir là-dedans, et les discussions avec chacune de ces parties vont avoir lieu en temps utile et on va prendre le temps de s'asseoir avec tout le monde pour convenir de l'entente qui va être faite pour que tout le monde puisse y participer de façon satisfaisante.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Donc, il n'y a pas de baisse d'honoraires pour les pharmaciens?

M. Rochon: Non, je n'ai pas dit qu'il y avait ni des baisses ni des hausses. Avec les pharmaciens, c'est simple, M. le Président, il n'y a pas de jeu de trappe à faire là-dedans: est-ce que le ministre a dit que oui ou non? est-ce qu'il a laissé entendre que? peut-on interpréter par ses paroles qu'il y aura peut-être, oui ou non... Je ne veux laisser rien du genre glisser, là; ce n'est pas ça.

On est en négociation avec les pharmaciens depuis un an; c'est le groupe de professionnels avec lequel on n'a pas convenu d'entente encore, alors que des ententes ont été faites avec tous les professionnels et tous les autres travailleurs du réseau justement parce que leur situation et leur participation à un régime comme ça sont reliées à ce que sera la contribution, l'effort budgétaire que l'industrie pharmaceutique va faire, d'une part, et il est devenu clair en cours d'année, d'évolution, que c'était relié aussi à ce que sera le nouvel environnement de leur pratique avec un régime d'assurance-médicaments.

Alors, il a été convenu qu'on attendrait d'avoir toutes les cartes en main pour pouvoir voir quelle est la situation et ce qu'on convient avec les pharmaciens comme avec les autres partenaires pour que le régime fonctionne. Alors, c'est de ça qu'il est question actuellement. Je pense que c'est tout à fait prématuré de regarder un angle seulement du programme et d'essayer de donner une réponse à ça. Ce serait hors cadre et hors d'ordre, je pense, M. le Président.

M. Marsan: On peut penser que dans le mois de mai — on y arrive — ça va être définitivement clair, leurs honoraires, à ce moment-là?

M. Rochon: Dans le mois de mai, ce qui va être important puis ce sur quoi il faudra bien se concentrer, j'espère, M. le Président, en commission, ça sera le projet de loi. Il faudra le discuter, le finaliser et l'approuver. Une fois qu'on aura ça, on aura en main ce qu'il faut pour continuer, compléter et finaliser toutes

les autres ententes qu'il y aura à faire. Alors, si chaque chose est faite correctement, en son temps, dans la bonne séquence, en général, ça va bien, et j'espère que c'est comme ça que ça pourra se passer.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Toujours pour une meilleure compréhension du programme d'assurance-médicaments, ce sont des questions qu'on nous pose, je pense, dans nos comités. Je prends peut-être des exemples. Comment ça fonctionnerait, un couple de personnes âgées, 65 ans et plus, qui pourrait avoir une rémunération légèrement supérieure aux 25 000 \$, 26 000 \$, 27 000 \$ ou 28 000 \$, qui consomme une moyenne — je pense que dans le rapport Castonguay on mentionne à peu près 800 \$ de consommation — combien ça pourrait coûter à chacune de ces personnes, dans le couple? Est-ce qu'on peut juste donner une indication?

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

M. Rochon: Une première indication, si on veut prendre une vue d'ensemble, là. Je vais vous donner les chiffres de mémoire, mais je pense que, dans les proportions, je ne me trompe pas. Les personnes âgées consomment, en moyenne, à peu près pour 750 \$ de médicaments par année, présentement, en moyenne.

M. Marsan: J'ai pris 800 \$, dans l'exemple.

M. Rochon: C'est ça. Avec le régime qui est là, en moyenne, il y a à peu près les deux tiers du coût qui vont être assumés par le régime et la personne âgée aura à sa charge le tiers de ce coût-là. Alors, pour une personne qui consommerait donc de 750 \$ à 800 \$, ça pourrait lui coûter 350 \$ ou quelque chose comme.

M. Marsan: 350 \$ par personne. C'est ça? C'est quoi? Il y a le 100 \$ de franchise, 20 % du 700 \$ restant, plus le coût de la prime.

M. Rochon: Si vous prenez la proposition Castonguay, une personne aurait 176 \$, disons 175 \$ pour mettre un chiffre rond, de prime. Après ça, là, on s'entend qu'on parle bien des personnes qui n'ont pas d'exemption, des personnes âgées qui ont un revenu élevé.

M. Marsan: De 65 ans et en haut de 25 000 \$.

• (16 heures) •

M. Rochon: C'est ça. Bon. 175 \$. Après ça, on parle d'une franchise de 100 \$. Donc, si la personne consomme pour 100 \$ de médicaments durant l'année, elle va payer 275 \$. Maintenant, on peut rajouter... Comme, après le 100 \$ de franchise, on a un 20 % de coassurance, bien, si on rajoute, disons, 400 \$ de plus

là-dessus pour faire 500 \$, par exemple, au-delà de la prime, 500 \$ de consommation, la personne aura payé 180 \$, franchise et prime. Une personne qui consommerait pour 500 \$ paierait à peu près 250 \$. Non, ce n'est pas vrai; 350 \$ pour une consommation d'à peu près 500 \$. Je pense que, si on veut vraiment avoir une image, on peut jouer... Prenez la moyenne, ça nous donne le tableau d'ensemble. Pour à peu près 750 \$, ce qui est la moyenne de consommation des personnes âgées, 750 \$, 800 \$, le régime va en assumer les deux tiers puis la personne va en assumer un tiers. Ça nous donne vraiment les proportions.

M. Marsan: Juste dans l'exemple puis sans fouiller les chiffres exacts, mais... J'étais sous l'impression que, parce que ce sont des personnes âgées, lorsqu'on prend le 176 \$, c'est une moyenne, et qu'on sait qu'eux sont les plus grands consommateurs, consomment plus et que le 176 \$ serait plus élevé pour les personnes âgées.

M. Rochon: Non. Là, je n'ai pas... J'avais pensé qu'on avait vraiment fait le tour du dossier de la Régie de l'assurance-maladie, la dernière fois, mais on a des tableaux où on a le pourcentage progressif de consommation de la population, selon leur niveau de consommation. C'est par tranches de 100 \$, je pense, qu'on a ça. Et, si je me rappelle bien, rendu à 800 \$ de consommation, là, je pense que ça regroupe à peu près les trois quarts des personnes, à ce niveau-là. Donc, la grande majorité des gens consomme moins. Ce qui fait que c'est énorme comme consommation pour tout le groupe, c'est que tout le groupe qui est réparti là-dedans consomme. Il y a très peu de gens qui ne consomment pas du tout, dans ce groupe-là. Donc, les gens qui sont des plus gros consommateurs, ce n'est pas le plus grand groupe. Encore là, bien, il faut se rappeler qu'on a un régime pour ceux qui ne peuvent pas payer; ils vont avoir les médicaments sans être obligés de contribuer. Ceux qui seront mis à contribution, c'est ceux dont les revenus leur permettent de le faire.

Regardons, juste pour faire une différence énorme, si on prend des cas un peu plus extrêmes. Si on prenait une personne à faible revenu, qui fait un revenu de moins de 15 000 \$, qui consommerait 2 500 \$ par année. C'est facile, là, quelqu'un qui a un problème le moins sérieux. On sait que si c'est un problème comme le sida, par exemple, c'est en moyenne 12 000 \$ que ça coûte à une personne comme ça. Sans régime, une personne à faibles revenus, pas de protection présentement, 2 500 \$, la personne doit payer 2 500 \$. Avec un régime puis avec des paramètres proposés par le comité Castonguay, cette personne-là ne paierait pas de prime parce qu'elle a un revenu en bas de 15 000 \$, comme c'est prévu, elle aurait une franchise de 100 \$, comme le propose le régime, et une coassurance de 20 %. Alors, ça veut dire que, pour une consommation du même niveau, la personne paierait 580 \$ sur les 2 500 \$ de consommation de médicaments. Alors, le

régime est vraiment fait pour assurer que tout le monde puisse avoir des médicaments et que ceux qui n'ont pas de revenus ou des petits revenus ne paient pas plus que ce qu'on peut s'attendre de contribution. Alors, 580 \$ pour quelqu'un qui a un revenu inférieur à 15 000 \$, c'est une somme qui peut être importante, mais cette personne-là, présentement, est dans une situation où c'est 2 500 \$ qu'il faut qu'elle trouve pour avoir ses médicaments. Alors, ça fait une bonne différence.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Toujours dans les exemples, l'autre extrême ou, en tout cas, quelqu'un qui consomme beaucoup, beaucoup de médicaments, 5 000 \$ ou plus, pour des raisons qu'on peut penser, eh bien, elle aurait combien à payer de prime? Je comprends qu'il y a plusieurs critères, mais...

M. Rochon: Non, non. Là, attendez. Là, on parle d'autre chose. Là, on parle du coût total. On a dit que la prime... En tout cas, ce que nous propose le comité, c'est que la prime ne sera pas ajustée en fonction de ce que la personne paie ou en fonction du risque qu'elle représente, mais en fonction de sa capacité de payer. Donc, la prime est fixée... On verra dans quel système. Si on suit les recommandations du rapport Castonguay, ce serait 176 \$ de prime. C'est ça la prime, peu importe le niveau de consommation des gens.

M. Marsan: O.K. La prime serait fixée — c'est ça? — à un niveau...

M. Rochon: Ce que nous propose le rapport.

M. Marsan: O.K.

M. Rochon: Ce qu'on connaît, là, présentement, c'est le rapport qu'on a devant nous.

M. Marsan: O.K.

M. Rochon: Le rapport nous dit qu'un régime comme ça, si on lui mettait une prime, encore une fois, compte tenu de l'équivalence qu'on trouvait de ce que sont les primes qui sont demandées dans des régimes actuels, ce serait quelque chose de l'ordre de 176 \$. Ce serait ça, la prime, dans ce scénario-là. Et, peu importe le niveau de consommation, c'est ça qui est la prime.

M. Marsan: Alors, 176 \$ plus 100 \$ plus 20 % jusqu'à 5 000 \$.

M. Rochon: Jusqu'à un plafond. Le régime...

M. Marsan: Un plafond de 1 000 \$.

M. Rochon: La proposition propose un plafond de 1 000 \$. Alors, ça veut dire que la personne qui consommerait pour 5 000 \$ se rendrait au maximum. Avec la coassurance, il faudra faire le calcul, là. Ça l'amènerait peut-être à... D'ailleurs, on a la simulation, à la page 70 du rapport du comité, pour une série de niveaux de dépenses. Dans le cas de 5 000 \$ de dépenses, la personne paiera 1 000 \$ seulement et le régime va payer 4 000 \$. Si la personne, si c'est le cas... On parlait du sida tout à l'heure. Si la personne a 10 000 \$ de dépenses, elle va toujours payer 1 000 \$, maximum, puis le régime va prendre le reste.

Le Président (M. Létourneau): M. le député de Robert-Baldwin.

Révision des services assurés médicalement requis

M. Marsan: Oui, toujours dans le dossier de la Régie de l'assurance-maladie. Vous nous avez parlé du panier de services. Je sais qu'on a commencé à échanger. Moi, ce que je voudrais savoir, c'est s'il y a des modifications immédiates, là, dans les jours qui vont suivre, soit à cause du budget ou à cause de ce qui est indiqué dans les crédits. Est-ce que le panier de services va être diminué par rapport à ce qu'on connaît? Est-ce qu'il y a des décisions que vous vous apprêtez à prendre immédiatement quant au panier de services?

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

M. Rochon: Là, c'est important de bien comprendre ce qu'on fait dans cet exercice-là. Ce qu'on appelle le panier de services, c'est-à-dire les services assurés, c'est d'abord un ensemble de services qui sont traduits en actes médicaux pour lesquels il y a un tarif de négocié avec les fédérations médicales. Et ça, depuis que le régime est en place, là, depuis les 25 dernières années, ça a toujours varié, ça. Il y a des actes médicaux et des services qui disparaissent au profit d'autres qui se développent, à un moment donné. Alors, il y a toujours eu ce mécanisme-là d'ajustement d'année en année, de convention en convention.

Ce qui nous a semblé important, maintenant, vu l'évolution rapide des dernières années, vu tout ce qui se fait au niveau de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux qui a un impact, déjà, qu'on peut sentir important sur l'organisation et les modalités de fonctionnement de la pratique médicale — ça se sent déjà — il a semblé important qu'on refasse un examen plus systématique du panier de services plutôt que d'y aller par petits morceaux, d'une année à l'autre, avec l'évolution de la technologie comme elle se présente.

Pour pouvoir faire cet examen-là de façon rigoureuse, le Conseil médical du Québec, d'abord, a entrepris une série de travaux et nous a donné un certain nombre d'avis en succession au cours de la dernière année. Tout d'abord, il y a eu des travaux qui ont été faits et des avis sur la pertinence de différents actes

médicaux. Il y a eu un autre avis sur l'efficacité de différents actes médicaux comme on peut les connaître maintenant par des évaluations des travaux de recherche qui ont été faits dans le monde. Il y a eu un troisième avis qui a été important et qui a été fait sur l'organisation de la pratique médicale, ce qu'on a appelé la hiérarchisation des services de première ligne, deuxième ligne et l'organisation des services, et, finalement, un quatrième avis, qui fait partie de cette série-là, sur ce concept et l'opérationnalisation plus précise du concept du médicalement requis, qui est le caractère de base du panier de services en vertu du programme d'assurance-maladie du Québec. C'est qu'on assure les services médicalement requis.

Alors, là on a une série de travaux qui nous donnent beaucoup d'information, qui nous permettent de cerner pas mal plus l'ensemble des services qui peuvent être offerts, en termes de pertinence, d'efficacité et de hiérarchisation. Ça veut dire, ça, quels sont les actes qui peuvent et doivent être faits par un médecin par rapport à des actes qui peuvent être faits ou qui doivent être faits par une infirmière ou un inhalothérapeute ou une autre personne? L'objectif étant que le service est disponible et de qualité pour les patients éventuels. Alors, on a ça.

● (16 h 10) ●

On a entrepris ça avec le Conseil médical du Québec. Sur la base de ces avis-là, on a eu un groupe de travail qui s'est mis en place, dans lequel, en plus du Conseil médical du Québec, il y a les ordres professionnels; même les fédérations concourent pour que là on applique systématiquement les résultats de ces travaux-là à la révision, je pense, d'une centaine d'actes qui sont revus en fonction de ces critères-là, pour qu'on puisse déterminer ce que le panier optimal de services qui donne aux gens ce dont ils ont besoin, médicalement requis, ce que ça veut dire, ce que c'est. Alors, ce n'est pas une question... Puis ça, ce n'est pas un jeu de mots, là, M. le Président, ce n'est pas une question de couper ou de ne pas couper, d'en enlever ou de ne pas en enlever. C'est la question de faire un bon ménage du panier de services et de s'assurer qu'on paie, là-dedans, pour ce dont les gens ont besoin et qu'ils ont ce dont ils ont besoin à partir de ce service-là. S'il y a certains actes qui ne sont pas vraiment médicalement requis, bien, eux, ils ne sont pas couverts. C'est arrivé que, graduellement, on a fait ça. Là, j'avais déjà donné, pour que ce soit plus concret, le type d'actes — il y a différentes catégories, là — qui donnent un très bon exemple, qu'on révisé présentement.

Il y en a certains qui sont... le critère à ajuster pour des services de nature esthétique. On sait que déjà, dans la définition du panier de services, des actes médicaux donnés pour des raisons purement esthétiques, ce n'est pas couvert. Bon. À la limite, on peut ajuster le critère. Par exemple, des interventions pour obésité. Quel est le critère médical qui va être retenu pour dire qu'à partir d'un certain poids, de certaines caractéristiques de la répartition de l'obésité sur le plan anatomique, on a affaire à quelque chose qui est un problème de

santé pour lequel l'intervention est médicalement requise, par rapport à d'autre chose qui est dans la limite de la courbe normale d'une société où il y a peut-être des choses à changer, mais qui dépendent de la personne, de son régime de vie et de son régime alimentaire? Alors, ça, c'est le genre de choses qui sont regardées avec des critères, comme on peut savoir aujourd'hui, beaucoup plus raffinés qu'on peut avoir que ce n'était le cas il y a 10 ans ou il y a 20 ans. Et ça va permettre un certain type de rationalisation.

L'autre type de rationalisation se réfère à des critères plus de type administratif. Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, il y a un certain nombre d'actes médicaux qui sont couverts par le régime et qui sont demandés non pas par l'état du patient ou par un besoin de santé de la personne, mais qui sont requis, par exemple, comme examen d'embauche par un employeur. Et, ça, on sait très bien qu'on a, ça aussi, une littérature très importante et on a demandé à des spécialistes dans le domaine de refaire une bonne révision de littérature parce que, pour bon nombre de cas, il a été démontré qu'en ce qui concerne la santé des gens et même en termes de valeur de dépistage il y a beaucoup de ces examens-là qui rencontrent peut-être d'autres buts, pour des raisons administratives, mais qui n'ont rien à voir avec la santé des gens, même en termes de prévention. Alors, ça, ça fait un certain nombre d'autres actes pour lesquels on va dire aux gens: Si vous tenez à les avoir pour d'autres raisons que la raison du médicalement requis, vous pouvez les avoir, mais la Régie va vous facturer. Vous paierez pour.

Alors, c'est ça, l'examen qui est fait actuellement. On aura, dans les prochaines semaines, à mesure que ça va être prêt et que les travaux auront été faits correctement, des modifications qui vont se faire comme, encore une fois, ça s'est fait déjà dans le passé, sauf que là on le fait de façon plus complète. On veut faire le tour une fois, rééquilibrer le panier de services et le garder stable jusqu'à la prochaine révision.

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

M. Marsan: Vous dites: C'est dans les prochaines semaines. Donc, vous avez... Au début, vous avez parlé d'une approche globale du panier de services. Vous avez donné un certain nombre d'exemples aussi. Mais, là, vous nous dites que ça pourrait être dans les prochaines semaines. Est-ce que ça va être une décision à la pièce ou est-ce que la décision va aussi être globale? Et est-ce qu'on va procéder vraiment à... Vous avez parlé de faire du ménage, de revoir l'ensemble des différents services assurés actuellement.

M. Rechon: Je pense qu'on pourrait appliquer, M. le Président, la vieille maxime qui dit: Pensez globalement, mais agissez localement. Dans ce cas-là, l'approche est globale, l'approche est la même méthode pour l'ensemble du panier. Mais, si, par exemple — je

ne le sais pas, là, si c'est de même que ça va se passer, mais ce serait très logique — tous les actes qui sont faits pour des raisons de type administratif, si, ce groupe-là, on avait complété l'examen, en vertu du protocole qu'on s'est donné, et que ça, c'est prêt, qu'on peut agir là-dessus, bien, à partir de l'approche globale, on pourrait avoir une action précise, ciblée sur ce groupe-là, mais dans le cadre de référence qu'on s'est donné. Alors, ça, évidemment, je pense que, quand on regarde l'aspect budgétaire de l'opération, on aurait intérêt, à mesure qu'une catégorie d'actes aura été examinée de façon complète, à procéder. Mais ce n'est pas à la pièce en ce sens que c'est fait de façon non coordonnée, au contraire. C'est pour ça que j'ai pris la peine de bien expliquer que, pendant toute l'année, on s'est donné, avec la collaboration, la contribution très importante du Conseil médical du Québec, une base technique très solide, très rigoureuse, que, là, on a un groupe de travail qui est déjà au boulot depuis plusieurs semaines, qui regroupe tous les experts, tous les groupes qui peuvent donner un avis professionnel et technique là-dessus, et qu'à mesure qu'il y a une catégorie qui va être finie, là, on pourra graduellement mettre en place les mesures et faire les économies que ça pourrait donner.

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

M. Copeman: M. le Président, on va peut-être être tenté d'aller à contre-courant et parler des choses concrètes. À la page 251 du livre des renseignements supplémentaires, il y a un petit paragraphe, une phrase, en fait: «La diminution de 15 400 000 \$ prévue des crédits de ce programme — en parlant de la RAMQ, dans les autres services — reflète la volonté du gouvernement de réviser les règles d'application des différents programmes d'aide technique de façon à absorber les facteurs de croissance naturels de ce programme.»

Est-ce que ça veut dire qu'on coupe 15 400 000 \$ dans les aides techniques assurées par la RAMQ? Est-ce que je dois comprendre ça de cette phrase-là, M. le Président?

M. Rochon: Non, M. le Président, pas nécessairement. La dernière fois, quand on a commencé à regarder les crédits de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, je pense que j'avais eu l'occasion de rappeler que les prévisions qui ont été mises là, soit au titre des services dentaires, pharmaceutiques, ça, c'est relié à l'assurance-maladie, mais les autres services, dont les orthèses et les prothèses, c'est un peu une répartition qu'on pouvait voir comme possible au moment de la préparation des crédits, mais sachant très bien que se fait le travail dont je viens de parler, là, l'examen très systématique. Et ça, on l'applique d'abord au panier de services qui est couvert par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, mais la même logique et la même rigueur vont s'appliquer aussi aux autres actes qui ne sont pas couverts nécessairement, administrativement, par le

programme d'assurance-maladie du Québec, mais qui font partie des services qui sont assurés aux gens. La répartition entre les différents types d'orthèses et de prothèses, ou de services dentaires, ou d'autres types de services, va être celle qui va résulter des travaux qu'on fait. Donc, il va y avoir des ajustements qui seront faits là-dedans.

Maintenant, parlant plus spécialement des orthèses et prothèses, peu importe le montant qu'il restera, même si c'était le 15 000 000 \$, il y a un certain nombre d'économies qui sont faites, là, et qui ne se traduisent pas nécessairement par une diminution de services équivalente aux prestataires. Par exemple... Et il y a une partie importante là-dedans, là, qui vient, si ce n'est pas la majeure partie, je pense, de prothèses auditives, dans ce programme-là, si je me rappelle bien. Et, ça, on se rappellera qu'on a eu un problème dans la gestion de ce programme-là quand il a été transféré, justement, de l'OPHQ à la Régie de l'assurance-maladie. Les prévisions qui avaient été faites à partir du coût de ce programme-là, qui était administré par l'Office des personnes handicapées, avec une enveloppe fermée, étaient de l'ordre de 9 000 000 \$, je pense, par année. Je pense qu'on avait prévu quelque chose qui pourrait augmenter de quelques millions par année ou à peu près, dans ça, et c'est allé à peu près au double de ça. Ça a dépassé toutes les prévisions à cause d'un bon nombre de facteurs qui n'étaient pas toujours reliés aux besoins des gens. Il y a eu, par exemple, une forte campagne d'information et de promotion de différents types d'aides auditives, il y a eu un tas de débats qui ont été faits, dans quelles situations les gens doivent avoir une prothèse, une ou deux, selon le degré et le type de surdité, etc. Mais il y a carrément eu, d'après tous les rapports qu'on a pu voir, une distribution, dans ce domaine-là, qui a dépassé largement le besoin des gens. Bon. Je n'entrerai pas dans les détails de l'analyse qui a été faite, qui nous a permis d'identifier sur quels facteurs on peut travailler pour ramener les services et les aides techniques qui sont donnés à ce qu'est le besoin des gens, et en coupant pas mal de ce qui était le superflu.

Alors, je le donne comme exemple sans pouvoir vous donner tous les détails de chiffres, mais il y a une partie de ça qui vient d'économies faites en rajustant le service au niveau de ce dont les gens ont vraiment besoin et en enlevant ce qui était, en fait, du superflu, là, dans ce cas-là.

Il y a la même chose... Prenez un autre exemple, la question des prothèses mammaires externes. C'est une autre partie des choses qui sont offertes, ça. Il y a un rajustement qu'on peut faire alors qu'il y avait un renouvellement possible à toutes les années, je pense. Ce qu'il est proposé qu'on examine, c'est de le porter, le renouvellement, aux deux ans, essentiellement parce que maintenant, contrairement à auparavant, les fabricants donnent une garantie du produit de deux ans plutôt qu'une année. Alors, la décision de remplacer aux années correspondait à la garantie d'une année. La garantie est de deux ans maintenant, alors on va rajuster. Mais

vous pouvez imaginer que seulement ça, ça fait une économie, dans ce cas-ci, qui est estimée à 1 200 000 \$, et on n'a rien enlevé à personne comme services.

• (16 h 20) •

Alors, pour ça, je suis content qu'on ait soulevé la question. Ce 15 000 000 \$ là, ça ne veut pas dire que ça se traduit par la valeur de 15 000 000 \$ de services que des gens n'auront plus, dont ils auraient eu besoin autrement.

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

M. Copeman: Juste pour me contenter devant ma nature sceptique mais tout à fait normale, je pense, dans l'opposition, peut-être que le ministre peut déposer les informations pertinentes qu'il a à sa disposition quant aux économies. Parce que, moi, je suis prêt à avouer qu'il y a une grande différence, M. le Président, entre des économies qui vont au-delà des besoins du monde versus les mots «de façon à absorber les facteurs de croissance naturelle de ce programme». C'est les mots qui sont là qui me font peur un tout petit peu, parce que je veux m'assurer que, quand je vois des mots comme «croissance naturelle de ce programme»... Est-ce qu'on parle effectivement d'une croissance des besoins réels ou est-ce qu'on parle des économies engendrées par des types de mesures que le ministre a décrits? J'aimerais bien avoir, si possible, pas pour aujourd'hui nécessairement, la totalité de ces mesures-là et...

M. Rochon: On va faire ça. Je ne peux pas vous déposer ce qu'on a, c'est vraiment des documents de travail, mais, à mesure que les choses vont être prêtes, elles vont être déposées. Mais je vais vous donner une revue complète pour que vous voyiez ce que ça peut être et ce sur quoi on travaille.

Les prothèses auditives dont je vous parlais, les estimations qu'on fait en rajustant le programme selon le besoin des gens puis en coupant ce qu'était le superflu, ça peut vouloir dire 8 000 000 \$, d'après l'évaluation, et ça, c'est concordant avec ce que coûtait le programme à l'OPHQ auparavant. Même, en tenant compte d'une certaine indexation et d'un certain montant, il coûtait 9 000 000 \$, il est passé à 24 000 000 \$ ou 27 000 000 \$. Alors, il y a de la marge de réajustement. Même en enlevant le 8 000 000 \$ de dedans, ça fait encore un programme qui est financé au-dessus de ce que c'était à l'époque avec l'OPHQ, plus en fonction d'un programme qui répond plus aux besoins qu'un programme complètement fermé.

Autres prothèses et orthèses qui, à part les prothèses mammaires, sont aussi réajustées, en ce qui regarde les coûts de réparation ou des choses du genre avec les garanties différentes que donnent les médicaments à mesure que ça se développe, on a une évaluation pour en faire pour 4 000 000 \$, plus 1 200 000 \$ avec les prothèses mammaires. Et, là, il

y a un autre 2 200 000 \$ qui est prévu, d'autres genres de variations plus fines qui pourraient être faites. C'est ça qui donne l'estimation du 15 400 000 \$ qu'on a amélioré. Alors, c'est essentiellement un effort de rationalisation vraiment qui est fait plutôt qu'être d'abord un exercice qui veut enlever des services à des gens qui en auraient vraiment besoin, toujours en essayant d'opérationnaliser de façon de plus en plus serrée, plus rigoureuse, ce «médicalement requis» comme concept.

M. Copeman: D'une façon très amicale, je mets en garde le ministre, je vais entreprendre une petite consultation auprès du milieu associatif, surtout dans le domaine des gens avec des déficiences auditives, pour m'assurer et pour être capable d'assurer la commission, à un moment donné, que les besoins réels sont comblés et que ces économies n'engendrent aucune perte de services auprès des personnes handicapées, et je vous ferai un rapport en temps et lieu. Je rappelle encore une fois, très amicalement, au ministre... on déborde un peu du sujet précis, je me demande s'il a eu le temps de préparer le genre de comparaison que j'ai demandée, jeudi passé, en ce qui concerne les centres de réadaptation, les niveaux réels de frais de fonctionnement pour faire la comparaison. Il en a été question jeudi passé. Le ministre avait pris... pas un engagement, mais avait souhaité avoir des données un peu plus disponibles et claires pour aujourd'hui. Si c'est disponible, on aimerait bien les avoir, sinon on en prendra connaissance à un moment ultérieur.

Juste pendant que ma mémoire est fraîche, M. le Président, on avait également éparpillé un peu... il avait également été question de voir une ventilation un peu plus détaillée des crédits périmés — là, je remonte peut-être à deux semaines — où on avait parlé des crédits périmés par programme, dont l'explication donnée à ce moment-là était plus ou moins essentiellement due au fonds de retraite, au régime de retraite des employés — c'est l'explication qui a été donnée par, je pense, le sous-ministre adjoint — et j'ai exprimé le souhait, à ce moment-là, d'avoir un peu plus d'explications, par programme, des crédits périmés qui totalisaient 162 000 000 \$. Également, si, à un moment donné, ces explications-là qui ont été demandées formellement pouvaient être disponibles aux membres de la commission, je l'apprécierais beaucoup.

M. Rochon: Bon. Alors, M. le Président, je suis d'abord content que le député de Notre-Dame-de-Grâce nous rappelle que le milieu associatif ne doit pas être oublié dans ce genre de décisions là. Je voudrais le rassurer qu'on se tient en étroite collaboration avec l'Office des personnes handicapées, dans ce genre d'exercice, et qu'eux nous assurent le lien avec le milieu associatif. Mais tout ce qui pourrait être fait en plus, pour vérifier deux fois plutôt qu'une, ce sera bienvenu, M. le Président.

Est-ce que je dois comprendre, M. le Président, que l'étude des crédits de la Régie de l'assurance-maladie du Québec est terminée, par l'évolution des questions, de sorte qu'on pourrait libérer des gens, ou s'il y a d'autres questions sur la...

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

M. Williams: Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Une brève question, M. le ministre. Je voudrais répéter en public ce que je vous ai dit en privé. Ce n'est pas souvent que je dis les choses comme ça, mais: Merci. Merci pour un cas spécifique, dans mon comté, qui était un jeune garçon qui a eu le cancer et qui a besoin, à cause de traitements, d'une perruque...

M. Rochon: Très spéciale.

M. Williams: Oui, très spéciale. Notre premier contact avec la Régie, avant, c'était: On fournit les perruques pour les filles, mais pas pour les garçons. C'est pourquoi je vous ai écrit une lettre et, heureusement, vous avez, avec votre argent discrétionnaire, fourni l'argent nécessaire pour ça. C'est pour ça que je vous dis merci, et parce que ça va améliorer la qualité de vie de ce jeune garçon. Mais je vous demande pourquoi ça prend des gestes discrétionnaires? Est-ce qu'on peut introduire ces types d'aide dans nos propres programmes? Est-ce que le ministre est ouvert, du moins, à étudier cette possibilité pour l'avenir? Parce que j'ai apprécié l'utilisation de l'argent discrétionnaire, mais il me semble que c'est assez extraordinaire que j'aie eu besoin de vous écrire pour cette affaire-là et que ce n'est pas une simple approbation de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si j'ai bien compris, c'est le sous-ministre qui a envie de répondre.

M. Rochon: D'abord, je voudrais dire, M. le Président, qu'il est peut-être un peu, jusqu'à un certain point, normal ou pas surprenant que, quand on veut et qu'on doit baliser des programmes qui fournissent différents types de services ou d'aides techniques, dans ce cas-ci, tous les cas de figure ne peuvent pas nécessairement être prévus, d'une part, et qu'on veut aussi éviter d'ouvrir des boîtes de Pandore, là, sans être capable de considérer, à son mérite complètement, une situation ou l'autre. Et, parlant d'ouvrir une boîte de Pandore, le sous-ministre me rappelait justement que... jusqu'où veut-on aller pour distribuer des perruques aux hommes? Ha, ha, ha! Je pense que c'est important qu'on réalise ça — c'est lui-même qui me l'a dit à la réunion — je pense que c'est important qu'on réalise qu'il y a...

M. Copeman: Il ne faudrait pas... C'est le résultat d'un processus naturel, par exemple.

M. Rochon: ...des situations qui seront toujours très, très exceptionnelles et qu'il est plus efficace souvent, pour les gérer, d'avoir justement une mesure, comme un budget discrétionnaire, qui permet vraiment, quand il y a une situation qui se présente, qui ne peut vraiment pas être prévue dans aucun programme et qui est peut-être assez particulière à plusieurs égards, compte tenu de la situation, de la maladie, du niveau de rémunération de la famille, dans un cas de même... Quand il y a plusieurs variables qui feraient que ce serait difficile à encadrer dans un programme, ce n'est peut-être pas mauvais qu'on ait ce tampon d'un budget discrétionnaire qui assure la flexibilité sans qu'on soit obligé de modifier toujours des programmes.

Maintenant, ceci dit, je ne suis pas contre l'idée qu'on requestionne un critère comme celui qui existe actuellement, à l'effet qu'une perruque n'est... si c'était vraiment ça qui était la principale raison, ne peut être... Si c'était la seule raison qui faisait qu'on ne pouvait pas donner, à ce moment-là, une perruque, le fait qu'il s'agissait d'un garçon plutôt que d'une fille... Ça mérite, indépendamment de ce que je viens de dire, d'être examiné sûrement.

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

M. Williams: Oui, très brièvement. Effectivement, on doit prévoir les enveloppes d'argent pour les programmes, mais, selon l'information que j'ai reçue, nous avons eu de l'argent public destiné aux filles, mais pas aux garçons. Je trouve cette discrimination basée sur le sexe complètement inacceptable. Heureusement, nous avons réglé ce cas pour ce jeune garçon.

● (16 h 30) ●

Je vous demande, et peut-être dans les prochaines fois où nous allons avoir la chance de vous questionner, si vous pouvez vérifier si cette situation existe encore. Et, si oui, est-ce qu'on peut la corriger? Qu'on ne fasse pas de discrimination basée sur le sexe dans nos programmes de santé et services sociaux.

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

M. Williams: Avec le mouvement de la tête du ministre, j'ai vu que la réponse est oui, à ma question.

M. Rochon: Oui, oui. Et j'ai dit que je vais voir avec la Régie de l'assurance-maladie qu'est-ce qui en est exactement des critères, et de ce critère. S'il s'agit vraiment d'une situation où on a une discrimination qui est basée sur le sexe, on va sûrement apporter les corrections nécessaires.

M. Williams: Merci.

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

Programme de retraite des médecins spécialistes

M. Marsan: M. le ministre, toujours dans le dossier de la Régie de l'assurance-maladie, mais... Je pense que vous êtes en mesure, sûrement, de répondre. Le programme de retraite que vous avez présenté aux médecins, j'aimerais ça que vous nous en parliez, à savoir: Combien de médecins en ont profité? Combien, parmi eux, ont été capables de récolter le montant maximal de 300 000 \$? Quel a été le coût du programme? Est-ce que c'est possible d'avoir quelques chiffres dans ce dossier-là, d'abord?

M. Rochon: Oui, M. le Président, c'est sûrement possible. Je ne sais pas si je peux vous les trouver dans la seconde.

(Consultation)

M. Rochon: M. le Président, j'ai ici un tableau, mais c'est la liste. Je vais vous donner...

(Consultation)

M. Rochon: Bon, voilà, M. le Président. Dans la question, le député de Robert-Baldwin se référait aux médecins spécialistes, alors je vais prendre l'exemple des chiffres qui regardent les médecins spécialistes.

On sait que la prime maximale, l'allocation de retraite maximale — la prime... On n'est plus dans l'assurance-médicaments — l'allocation maximale est de 300 000 \$. Le député a référé, à quelques reprises, à 330 000 \$. Je ne sais pas d'où vient le 30 000 \$, mais, moi, à ma connaissance, c'est 300 000 \$, le maximum. On sait que l'application du régime fait qu'on calcule quel a été le revenu du médecin pendant les cinq dernières années de sa pratique, on fait une moyenne des cinq dernières années, et c'est ça qui détermine le montant qui sera le montant de l'allocation, jusqu'à un maximum possible de 300 000 \$.

Au moment où on se parle ou, plus précisément, en date du 19 mars 1996, le rapport qu'on avait, il y avait 285 médecins spécialistes qui se sont montrés intéressés à ce programme. L'allocation moyenne de ces médecins — et remarquez bien, là, 300 000 \$ maximum — l'allocation moyenne a été de 184 000 \$, presque la moitié du maximum, et l'allocation moyenne maximale pour un groupe de médecins a été de 247 000 \$. Alors, on ne se rend même pas, par groupe, au maximum. Alors, ça, ça a impliqué, pour les médecins spécialistes, une allocation totale de 52 000 000 \$ sur une masse salariale de 1 200 000 000 \$. Et, une fois ces montants-là calculés, c'est donné, en portions égales, sur cinq ans. Le montant est divisé par cinq et c'est sur cinq ans. Alors, vous voyez que ça nous donne des paramètres... 285 médecins spécialistes sur quelque 7 000 spécialistes qui existent, pour un montant total de 52 000 000 \$ qui vient d'une masse salariale de 1 200 000 000 \$, qui représente une prime moyenne de

184 000 \$ alors que c'est un système qui prévoit un maximum à 300 000 \$.

M. Marsan: M. le ministre, le 330 000 \$... O.K. Le plan dont on parle, là, c'est 300 000 \$. Le 330 000 \$ en question faisait d'abord référence à un autre...

M. Rochon: Mais, M. le Président, le plan dont on parle prévoit une allocation maximale possible de 300 000 \$. Ce n'est pas un plan qui prévoit une allocation, aux médecins qui partent, de 330 000 \$. C'est important de le dire correctement, autrement on lâche des phrases qui, hors contexte, font des belles manchettes dans des journaux et qui faussent complètement ce qu'est la réalité dont on parle, M. le Président.

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

M. Marsan: Je pense que ça allait bien jusqu'à maintenant, M. le Président. Je pense que le ministre a peut-être de la difficulté à comprendre certaines questions.

M. Rochon: Oui, il y en a qui ne sont pas faciles à comprendre, effectivement, M. le Président.

Programme pour médecins spécialistes déplacés lors de fusion ou de fermeture d'établissements

M. Marsan: Quand je fais allusion aux 330 000 \$, je fais allusion à... Je pense que c'est l'annexe 37 de l'entente que vous avez négociée avec la Fédération des médecins spécialistes, qui dit que, lorsqu'il y a une fusion ou une fermeture d'établissements, les médecins spécialistes peuvent récupérer un montant de 70 % d'un maximum de 150 000 \$ la première année, 60 % d'un maximum de 150 000 \$ la deuxième année, 50 % d'un maximum de 150 000 \$ la troisième année et 40 % d'un maximum de 150 000 \$ la quatrième année, ce qui totalise, pour quelqu'un qui n'aurait pas été remplacé, un montant global de 330 000 \$. Et ça, ça s'adresse aux hôpitaux qui sont visés par les fermetures ou par les fusions. Je pense, M. le Président, qu'on parle d'un autre régime actuellement. Alors, quand les choses il faut les mettre au clair, je pense qu'il faut les mettre comme il faut. Un premier, c'est des mesures de compensation monétaire en cas de changement d'oeuvre, de fusion, de fermeture d'un centre hospitalier, d'un département ou d'un service, et ça, c'est 330 000 \$, M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, ça, effectivement, c'est une tout autre chose. Ça n'a rien à voir avec les allocations de départ. Il a effectivement été convenu... mais toujours à l'intérieur des masses salariales. Il n'y a rien qui a été rajouté, là. On est parti, là... Il faut se rappeler de ça, il faut que tout le monde comprenne ça,

là. On est parti avec des masses salariales qui ont d'abord été diminuées, qui ont fait l'effort budgétaire comme tous les efforts budgétaires qui ont été faits dans le réseau l'année passée et cette année; les deux groupes de médecins, médecins spécialistes et médecins omnipraticiens, une fois cette compression-là, cet effort budgétaire là fait sur la masse salariale, ont dû intégrer une centaine de nouveaux médecins, un ajout net de 100 médecins. Compte tenu de ceux qui étaient prévus pour partir et de ceux qui arriveraient, il y a un ajout net, dans la même masse salariale déjà comprimée, quelque part entre 1 % et 2 %, là, si je me rappelle bien, qui a été fait.

Maintenant, dans l'aménagement de la masse salariale pour les médecins spécialistes, on a introduit des plafonds fédératifs: pour être sûr que, pour chaque fédération qui fait partie de la grande confédération des médecins, on ait le contrôle sur l'enveloppe, et il y a deux montants qui ont été mis de côté à partir de la masse salariale des médecins. Donc, eux, collectivement, ont accepté qu'une partie de leur masse salariale soit réservée, d'une part, pour avoir des allocations de départ aux gens et, d'autre part, pour faire un petit programme à partir de ce qui était leur masse salariale collective. C'est ça qu'il faut réaliser, là. C'est une espèce de programme de solidarité qu'ils se sont donné, là. Ce n'est pas un cadeau qui a été fait, ce n'est pas de l'argent qui a été pris à n'importe qui pour le transférer incorrectement aux médecins. Et, effectivement, il a été prévu que pour des médecins où il pourrait y avoir une période de flottement avant qu'ils retrouvent des conditions de pratique qui corresponderaient correctement à celles qu'ils avaient avant, à cause de la transformation du réseau... On a souvent dit qu'on faisait tout ça, là, sans prévoir et sans s'assurer qu'on contrôlait la transformation, mais, ça, c'est un exemple que ce n'est pas comme ça que ça se passe. Ça a été prévu qu'il y avait des inconvénients possibles pour des médecins et qu'il y aurait une compensation qui pourrait leur être donnée pour la rémunération dont ils sont privés pendant ce temps-là.

• (16 h 40) •

À l'oeil, ou à l'oreille, je devrais plutôt dire, les proportions du programme qui sont citées par le député de Robert-Baldwin sont exactes. Je n'ai pas fait la vérification sur le 330 000 \$, ça dépend du revenu du médecin, mais, là, on sort le cas de figure maximal possible. C'est le médecin qui serait pendant quatre années complètes sans être replacé et qui aurait le maximum de revenus compensables pendant toutes ces années-là. Alors, il y a une probabilité x , je ne sais pas ce qu'elle est, là, mais qui n'est probablement pas très énorme, pour que ce soit vraiment le montant. Mais, dit comme c'était dit quand on formule la question, c'est comme si on avait garanti à tous les médecins qui sont déplacés que, s'ils ne retrouvent pas quelque chose qui leur convient, ils vont avoir 330 000 \$ répartis sur quatre ans. Ce n'est pas comme cela que ça se passe. Et il y a un certain nombre de conditions qui sont inscrites dans

le programme, de sorte que ce n'est pas à la volonté de chacun de décider de se reposer sur un programme comme ça.

Il y a un programme de remplacement des médecins; il faut que les médecins fassent partie du programme de remplacement et il faut qu'ils acceptent les remplacements qui seront proposés, qui seront jugés correctement. Alors, on resterait juste dans la situation, s'ils ont l'air de se rendre jusque-là, mais la probabilité, c'est qu'il n'y a pas un médecin qui va être dans une situation où il va se rendre au bout de quatre ans sans qu'il y ait eu quelque chose qui ait pu lui être offert qu'il devrait accepter. Et, si jamais ça devait se rendre jusque-là, si jamais, pour un médecin ou quelques médecins, ça devait se rendre jusque-là, là il s'agit d'être dans un jugement d'équité. Il restera qu'il y aura un médecin qui aura vraiment eu sa carrière terriblement modifiée brusquement pour quelque chose qui n'a rien à voir avec lui, qui est une réorganisation de système. Je pense que le souci a été de se comporter de façon responsable, comme on nous l'a souvent dit, M. le Président, très responsable à l'endroit de tout le monde, y compris des médecins, dans cette situation-là.

M. Marsan: Alors, M. le Président, bon, ça commence à s'éclaircir. Il y a un programme de mise à la retraite qui peut aller jusqu'à un maximum de 300 000 \$. Il y a un programme de compensation lorsque les hôpitaux ferment ou lorsqu'il y a fusion, pour les médecins aussi, qui peut aller jusqu'à 330 000 \$. Et j'imagine que, si le ministre a décidé de négocier cette annexe, si la Fédération a décidé de la signer, c'est parce qu'il y a des gens qui sont visés par ça.

Programme de départs assistés pour les employés du réseau

Ceci étant dit, de l'autre côté, dans le réseau de la santé et des services sociaux, il y a les jeunes, ceux qui n'ont pas deux ans d'ancienneté. Et, eux autres, ce sont des temps-partiels occasionnels, ils occupent des emplois précaires. Et, eux autres, ils n'ont pas la sécurité d'emploi, ils n'ont pas certains bénéfices comme ça. Alors, ma question, de nouveau, M. le ministre: Qu'est-ce que vous faites pour les jeunes temps-partiels occasionnels — les jeunes femmes aussi, parce que la majorité, ce sont des jeunes femmes — qu'est-ce que vous faites... Au moment où, pour les médecins, vous donnez un montant qui peut aller jusqu'à un maximum de 330 000 \$ sur quatre ans, qu'est-ce que vous faites pour les jeunes dans le réseau qui, eux autres, ont perdu leur emploi et ne peuvent pas revenir dans le réseau pour les quatre ou cinq prochaines années parce qu'il n'y aura pas d'ouverture? Alors, on les a mis à la porte, point. C'est ça qu'on a fait, M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, le député fait de la démagogie. Il fait de la démagogie, M. le Président. Je ne sais pas ce que le gouvernement du Parti libéral

aurait fait. Peut-être qu'il aurait dit aux médecins: Allez vous faire voir! On vient de briser votre carrière, on n'est pas responsable de ça. On a vu, d'ailleurs, pas mal de gestes comme ça, posés par ce gouvernement-là qui nous a précédés, où il ne se préoccupait pas une sacrée miette des conséquences des gestes qui pouvaient être posés pour n'importe qui. Ça, c'est une façon de se comporter, ça n'a pas été la nôtre. Mais je dis: C'est de la démagogie de faire le genre de comparaison qu'on fait là.

Effectivement, les gens qui ont du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux et qui n'ont pas de poste régulier, qui sont des employés occasionnels, ont un emploi précaire. C'est ça qui est le problème de base. Effectivement, par rapport à un médecin qui a une situation beaucoup plus stable puis un revenu beaucoup plus élevé, il y a là une différence très grande, qui est une situation qui existe dans notre société, M. le Président. Et ce n'est pas par la transformation du système qu'on va changer ça. On peut avoir tout un débat, toute une discussion, à savoir: Est-ce que l'écart salarial entre quelqu'un qui fait un travail x dans un établissement de la santé et des services sociaux puis qui a une rémunération de 25 000 \$ ou de 30 000 \$ par rapport au médecin spécialiste qui a une rémunération moyenne entre 180 000 \$ et 190 000 \$, est-ce que c'est un écart acceptable? On peut se poser la question. On peut décider, dans notre société, que, oui ou non, ce n'est pas acceptable et avoir des mesures pour corriger ça. D'ailleurs, on a un système de fonctionnement, il y a eu des études qui ont été publiées récemment et qui montrent que, dans l'ensemble, ce qu'on a souvent reproché à un gouvernement formé du Parti québécois, comme celui qui est en place présentement, son approche sociale-démocrate, alors que des analyses faites sur les mesures qu'on applique montrent que les écarts seraient beaucoup plus grands déjà dans notre société s'il n'y avait pas l'ensemble des mesures qu'on a pour les réduire, ces écarts-là. Alors, moi, j'accepterais bien, M. le Président, qu'on fasse un état, si on veut en faire un, sur la répartition des revenus dans notre société entre différentes personnes puis différents groupes de personnes. Ça, c'est un type de débat qu'on peut faire.

Deuxièmement, il y a un autre genre de situation qui existe, c'est qu'il y a du monde qui a des emplois précaires dans... Avec la transformation de l'économie qu'on vit actuellement, c'est malheureusement une situation qui est celle d'un pas mal grand nombre de personnes, et surtout des jeunes, actuellement, c'est vrai. Et ça, il y a des mesures à apporter à ça. Il y a toute une action gouvernementale qui est en marche là-dessus. Il y a toute une mobilisation qui a été faite à la suite de la conférence socio-économique. On aura un sommet à l'automne. Le gouvernement prend ses responsabilités. Il a un appui puis une collaboration à la fois du partenaire syndical comme des gens d'affaires pour qu'on apporte une amélioration à cette situation-là. Alors, je le dis encore, c'est de la démagogie de dire que, dans la transformation du réseau de la santé et des services sociaux,

on n'a pas des outils qui, en faisant la transformation, corrigent des situations qui existent par ailleurs puis qui existaient avant: un, les écarts qui sont ce qu'ils sont, puis on peut en discuter puis apporter des solutions si on veut, mais, ça, c'est un autre débat puis c'est un autre type d'action, et aussi le fait qu'il y a des gens qui ont des emplois précaires. C'est vrai qu'il n'y a aucune possibilité de se rattraper présentement.

Maintenant, ceci dit, dans la mesure de ce qu'on peut utiliser comme moyen puis ce qu'on peut faire, je pense qu'on a fait déjà un bon bout de chemin puis on va continuer d'en faire. Le programme de départs assistés qui a été mis en place dans le réseau de la santé et des services sociaux pour les employés, et qui fonctionne très bien, qui trouve une réponse très positive d'un très grand nombre d'employés, au-delà, au moins le double et, dans certaines régions, trois fois ce qu'on avait prévu, ça vise justement à permettre que des gens qui sont volontaires pour le faire — parce qu'on respecte la condition de sécurité d'emploi de ceux qui ont des postes réguliers — que des gens qui veulent partir puissent quitter, ce qui va nous permettre de ramener le niveau d'emploi à celui qui est recherché, compte tenu des budgets et compte tenu de l'évolution de la répartition de notre richesse collective qu'on veut investir dans le domaine de la santé. On l'a dit, on veut aller au-delà, et le taux de réponse laisse croire qu'on a de bonnes chances de pouvoir le faire, aller au-delà, en termes de personnel qui quitte, de ce que sont les besoins pour des fins budgétaires, de sorte qu'on fasse de la place aux jeunes. Alors, la vraie approche au problème des jeunes qui ont des emplois précaires, c'est justement d'offrir un renouvellement de la main-d'oeuvre dans le réseau et de leur faire de la place, et on a justement un programme qui fait un bon bout de chemin là-dessus.

Il y a plus que ça qui se fait et qui va se faire. On a prévu des clauses dans les conventions collectives qui ont été convenues l'automne dernier avec les partenaires syndicaux qu'il y a un effort qui va se faire et, maintenant que le personnel est redéployé dans le réseau, on en arrive à ce point-là, pour voir comment l'organisation du travail peut faire de la place aux jeunes aussi. On sait très bien... Par exemple, en termes d'organisation du travail, si on généralisait ou on développait un peu plus la semaine de quatre jours, dans le réseau de la santé et des services sociaux, ce ne serait pas fait avec un objectif d'économie parce que des établissements, que ce soit un hôpital de soins de longue durée ou un hôpital... ou même un CLSC où on étend les plages de services, de passer sur une semaine de quatre jours, ce ne sera pas d'abord pour avoir moins de services, mais pour faire de la place à plus de monde. Il y a ça aussi qui se fait actuellement. Alors, il y a toutes ces mesures, puis on va continuer avec les syndicats d'en développer le plus possible pour que le remplacement de la main-d'oeuvre dans le réseau fasse qu'on puisse faire de la place aux jeunes. C'est ça qui est le type de solution pour les jeunes.

● (16 h 50) ●

Maintenant, les médecins qui sont déplacés, je veux y revenir parce que je ne veux pas qu'on reste avec l'impression que c'est un cadeau qui est donné facilement. Pour un médecin qui est complètement déplacé par la transformation du réseau — et c'est essentiellement des médecins dont l'hôpital ferme ou change de mission complètement, donc ce n'est pas des milliers de médecins, là, c'est quand même un nombre très identifiable — l'entente prévoit des conditions bien spécifiques, et je veux en donner juste une couple. Pour qu'un médecin puisse recevoir l'allocation dont on parlait, 70 % la première année, 60 % la deuxième et jusqu'à 40 % la quatrième année, c'est un médecin qui doit être inscrit dans une banque de remplacements qui est établie par la Fédération des médecins spécialistes et il faut qu'il fasse le remplacement quand c'est requis, quand il manque de médecins; s'il y a une crise dans une région, bien, ce médecin-là ne sera pas payé à ne rien faire, il va aller faire le remplacement qui lui est demandé. Aussi, on prévoit qu'au cours des deux premières années du paiement de l'indemnité, si un poste devient disponible dans un rayon de 100 km, le médecin doit le prendre, autrement il devient inéligible, il n'est plus éligible au programme, pour tout poste disponible dans 100 km. Et, au cours des troisième et quatrième années, pour celui ou celle qui n'aurait toujours pas trouvé de place à ce moment-là, si un poste, dans sa spécialité, devient disponible, n'importe où au Québec, c'est un poste qui doit être pris, autrement le médecin va devenir inéligible. Alors, il y a même des mesures qui sont mises là pour être des incitatifs à une meilleure redistribution des effectifs médicaux sur le territoire.

Alors, M. le Président, je conclurais là, en réponse à ce que je trouve qu'il est démagogique de présenter de cette façon-là, avec tous les moyens qui peuvent être utilisés pour chacun des groupes de travailleurs et de travailleuses dans ce réseau-là, les moyens qui sont pris pour les protéger le mieux possible, pour faire de la place aux jeunes et rééquilibrer notre réseau. Opposer des gens qui sont dans des situations différentes parce que les conditions de base, de niveau salarial et les conditions de travail sont différentes au départ et font partie d'autre chose, et laisser entendre que la reconfiguration du réseau ne prend pas ça en compte, je pense que ça n'a rien à voir avec la réalité et, je le répète, c'est démagogique.

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

M. Marsan: M. le Président...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'on est toujours sur le programme 10?

M. Marsan: Oui, oui. Ma question était simple, je pense. Je veux simplement demander au ministre s'il avait l'intention ou s'il avait fait, et on ne le savait pas, pour ceux qui occupent des emplois précaires, des temps-partiels occasionnels, qui sont les jeunes surtout,

qui sont les jeunes femmes également, en majorité, s'il avait prévu un fonds d'indemnité compensatoire. Toutes proportions gardées, je ne pense pas qu'on voulait un fonds d'indemnité de 330 000 \$, mais est-ce qu'il y avait quelque chose qui avait été prévu dans sa pseudo-planification? C'est ça que j'ai demandé au ministre, bien simplement.

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

M. Rochon: Le député sait très bien, M. le Président, comme tout le monde, qu'il n'y a pas, dans aucune place que je puisse connaître, de mesures qui ont été convenues qui seraient des fonds de compensation pour des employés qui ont des emplois occasionnels. La situation des médecins, avec ce qui leur est proposé pour tenir compte des changements, est comparable, dans le réseau, avec les travailleurs et les travailleuses qui ont un emploi sécuritaire. C'est ça, les deux groupes qui ont des emplois comparables et c'est ces deux-là qui ont des conditions qu'on peut comparer.

Encore une fois, quand on regarde le groupe des gens qui ont un emploi occasionnel, c'est un autre type de problème. Ce n'est pas des gens qui étaient intégrés dans le réseau avec un emploi permanent, régulier, sécurité d'emploi ou dans la situation qui a été jugée analogue à celle des médecins qui sont dans le réseau, dans ce cas-ci. Alors, c'est: une autre situation, c'est une autre catégorie où il faut avoir des moyens différents, essentiellement des moyens qui offrent un emploi à ces gens-là. C'est de la création d'emploi et de l'emploi stable qu'il faut pour eux. C'est le genre de mesures. Il faut avoir des moyens qui correspondent au type de problèmes qu'on a. Comme c'est des gens qui n'avaient pas vraiment d'emploi, qui n'avaient de l'emploi que quand il y avait du temps de libre, ce qu'il faut pour ces gens-là, c'est leur trouver un emploi, un emploi stable, un emploi régulier et, là, qui les mette dans une catégorie que, si un changement devait se faire, comme ça, plus tard, il y a des compensations ajustées au statut qu'ils avaient qui peuvent être faites. Alors, on compare des pommes et des oranges, là, puis on ne peut pas penser que le même genre de solution peut être apporté, parce que ce n'est pas le même genre de problème.

M. Marsan: Toujours dans les mesures de compensation monétaire pour les médecins spécialistes, est-ce qu'on peut savoir le nombre de médecins qui se sont prévalus de ces compensations et le coût du programme jusqu'à maintenant?

M. Rochon: Je vais le répéter, M. le Président, là, je l'ai dit tout à l'heure. J'aime ça, répondre à des questions, mais ce serait bon d'écouter. J'ai dit tout à l'heure qu'en date du 19 mars 1996 il y a 285 médecins spécialistes qui se sont montrés intéressés...

M. Marsan: Ce n'est pas ça.

M. Rochon: Ce n'est pas ça qu'est la question?

M. Marsan: Non, excusez. Je suis toujours dans le programme de compensation monétaire pour les médecins qui quittent les hôpitaux.

M. Copeman: Il faut bien écouter aussi, M. le ministre.

M. Rochon: Ah! Oui, oui. J'avais mal compris la question.

M. Copeman: M. le ministre, on veut bien avoir des leçons de civilité de votre part, là, mais...

M. Rochon: Non, non. C'est correct. J'avais mal compris la question.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît!

M. Rochon: Le nombre pour le programme de compensation pour ça, non, ça, je ne pense pas avoir l'information. On me dit, selon l'information qu'on peut avoir, qu'il n'y a aucune somme qui a été payée à ce programme-là présentement. Mais, ça, je n'ai pas l'information. On va faire les vérifications qu'il faut, M. le Président, et rendre l'information disponible.

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

M. Marsan: J'avais l'impression, M. le ministre, qu'il y avait un neurologue, le Dr Duguay, je pense, qui cherchait désespérément une salle d'opération pour opérer ses patients parce qu'il a été... Oui, c'était dans les journaux il n'y a pas tellement longtemps. J'avais l'impression que, plutôt que d'avoir cette mesure de compensation là, il aurait grandement préféré trouver une salle d'opération pour pouvoir opérer ses patients. Donc, j'ai l'impression qu'au moins cette personne-là doit être sur la liste. J'imagine qu'il y en a d'autres aussi, mais on pourra le vérifier, M. le ministre. Est-ce qu'un programme de compensation monétaire dans le cas où on ferme des hôpitaux, est-ce qu'il y en a un qui a été signé avec la Fédération des médecins omnipraticiens?

M. Rochon: Ça n'existe qu'avec la Fédération des médecins spécialistes.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. M. le député de Robert-Baldwin, toujours sur le programme 10?

Médecins qui quittent le Québec

M. Marsan: Oui. On sait qu'un certain nombre de médecins ont quitté le Québec, plus récemment en

tout cas, dans certaines spécialités. On a fait des reportages; il y a également Mme Lysiane Gagnon qui en a abondamment parlé il y a quelque temps. Alors, je voudrais savoir du ministre combien de médecins ont quitté le Québec, si nous avons des statistiques dans ce domaine-là, et quels en sont les impacts sur les patients, particulièrement pour les spécialités où on a très peu de médecins spécialistes?

M. Rochon: M. le Président, on n'a pas de données à ce sujet. Il n'y a sûrement pas eu un exode de médecins jusqu'à présent, sûrement pas, parce qu'on le saurait, on en aurait entendu parler. Est-ce qu'il y a quelques médecins qui auraient quitté? Ce n'est pas impossible. Mais, là aussi, M. le Président, il faudrait faire attention quand on parle de médecins qui peuvent quitter. Chaque année depuis 20 ans, depuis 30 ans, chaque année, il y a des médecins diplômés des facultés de médecine du Québec qui, pour une raison ou pour une autre, choisissent d'aller pratiquer à l'extérieur du Québec ou du Canada, comme chaque année, on le sait, il y a eu des médecins venant d'autres pays ou d'ailleurs au Canada qui sont venus pratiquer au Québec. Il y a un petit flux migratoire qui est connu et qui est régulier. Alors, il faut faire attention parce que... Comme pour la situation des salles d'urgence, souvent on conclut un peu vite qu'une journée d'engorgement est spéciale et est causée par la réorganisation du réseau et, quand on compare à la période comparable des années précédentes, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de différence ou souvent que c'est une situation qui est moins sérieuse. Alors, selon toutes les informations qu'on a, loin de là, il n'y a pas d'exode. S'il y a des médecins qui ont choisi de partir, c'est des médecins qui, comme à chaque année, pour une raison personnelle ou autre, ont choisi d'orienter leur carrière autrement.

M. Marsan: Est-ce que ce serait votre intention de changer les modes de rémunération des médecins, à court terme?

M. Rochon: Les modes de rémunération des médecins sont en discussion dans plusieurs juridictions. On sait que dans l'Ouest du Canada, lors de la dernière conférence provinciale des ministres de la Santé, il y a un rapport qui avait été déposé, d'une étude qui proposait des modes de rémunération soit à salaire soit sous forme de capitation pour les médecins de pratique générale et les médecins de famille. Il y a, au Québec même, des discussions qui sont en cours présentement, du travail qui en cours en ce qui regarde, par exemple, des plans de pratique des médecins dans l'organisation des CHU. Alors, c'est un sujet très d'actualité qui est discuté avec les fédérations médicales et qui... Je pense, moi, qu'on peut, au cours des prochaines années, s'attendre à voir une évolution et des changements de ce côté-là et que... Comme ça existe depuis un bout de temps, d'ailleurs, que l'utilisation de différents modes de

rémunération soit de plus en plus variée entre le paiement à l'acte, le paiement sur une base de session de travail, le travail horaire. Déjà actuellement, dépendant des conditions de pratique des médecins, il y a un bon nombre de médecins qui ont une bonne partie de leur pratique qui est payée autrement qu'à l'acte. Alors, c'est en évolution et je pense que ça va continuer d'évoluer. C'est en discussion régulière avec les fédérations et on va voir qu'est-ce que ça va nous donner dans les prochaines années.

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

M. Copeman: M. le Président, j'ai écouté attentivement les paroles rassurantes du ministre concernant...

• (17 heures) •

M. Rochon: Excusez, excusez-moi, juste pour... Si je peux compléter, on me rappelle un document où le député de Robert-Baldwin a l'air à avoir sa collection des ententes, des lettres d'entente qui sont avec les conventions. Avec la convention des médecins spécialistes, la lettre d'entente n° 84 prévoit que les parties conviennent, et le font présentement, de réviser les modes d'organisation et de dispensation des services médicaux et les modes de rémunération des médecins spécialistes afin d'en assurer la flexibilité et l'interchangeabilité, ainsi que l'accessibilité des services à la population. Alors, ce que je vous dis, c'est réel et c'est convenu avec les fédérations médicales. Merci, M. le Président.

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

M. Copeman: J'écoutais attentivement, M. le Président, les paroles rassurantes du ministre quant à l'évolution des effectifs, le départ des médecins, etc. Je me demande, je demande au ministre s'il était le moins étonné ou surpris que lors des rencontres organisées, ou une rencontre organisée, je pense, par des hôpitaux des États-Unis... Est-ce qu'il était le moins étonné ou surpris que 800 jeunes médecins gradués du Québec se soient présentés là quand, même, les organisateurs en attendaient à peu près 200? Parce que, moi, ça m'étonne. Honnêtement. Je ne suis pas ministre, je ne suis pas responsable de la planification de notre système de santé, mais ça m'étonne. Ça a étonné aussi, M. le Président, beaucoup des participants, parce que j'ai un certain nombre d'amis — M. le ministre va dire que c'est «anecdotal»; oui, c'est «anecdotal» — un certain nombre d'amis qui sont des jeunes gradués médecins, eux autres mêmes étaient étonnés du nombre de personnes présentes à cet événement d'information organisé par les hôpitaux des États-Unis. Est-ce que ça étonne? Est-ce que le ministre est le moins étonné surpris?

M. Rochon: M. le Président, effectivement, je pense que le nombre de 800, je pense, dont on a parlé, c'est un nombre élevé qui peut être étonnant. Je pense que oui. Si j'avais eu à prévoir un nombre, je n'aurais pas prévu, je n'aurais pas pris une gageure sur un nombre aussi élevé.

Maintenant, dans un sens, c'est aussi pas surprenant, parce qu'il faut bien réaliser la situation actuelle. Dans cette réorganisation importante des services de santé et des services sociaux, les médecins, les jeunes diplômés se trouvent, pour la première fois, confrontés à une situation qu'on n'avait jamais pensé qui pouvait exister pour les médecins au Québec et au Canada ou aux États-Unis, parce que la même situation existe ailleurs au Canada et aux États-Unis aussi, pour les jeunes médecins. C'est arrivé quelques années plus tôt pour des travailleurs dans d'autres domaines où on sait que les jeunes ont de plus en plus de difficultés à trouver du travail. Les gens de ma génération, si on pouvait, si on avait la chance et le moyen de pouvoir compléter une formation universitaire, savaient qu'il n'y aurait aucun problème à se trouver un job dans le domaine pour lequel on s'était préparé, qu'on aurait même le choix entre deux, trois possibilités au moins. Et on sait qu'aujourd'hui ça a complètement changé pour l'ensemble des jeunes et ça rattrape effectivement les médecins présentement, pour plusieurs raisons, en bonne partie par le fait qu'on a continué à former des médecins en nombre beaucoup plus grand qu'a été la progression du nombre de personnes dans la population, et on l'a dit, il n'y a pas d'absolu là-dedans, mais, si on se compare à tous les autres pays, on est un des pays dans le monde qui a le plus grand nombre de médecins per capita.

Alors, on a une situation où, dans certaines spécialités, des médecins ne peuvent pas, et même des médecins en pratique générale ne peuvent pas aller pratiquer n'importe où. S'ils veulent vraiment avoir des patients et pouvoir travailler, ils sont obligés d'aller où la demande est plus grande, ce qui n'est pas, au total, mauvais pour la population, je pense que c'est une force de distribution des effectifs qui amènent les médecins plus où les gens ont besoin de leurs services. Et, dans ce contexte-là, que les jeunes qui terminent ou qui termineront dans quelques années leur formation médicale, voyant passer une annonce où on offre toutes sortes de possibilités de l'autre côté de la frontière, aient la curiosité d'aller voir, ce n'est pas surprenant.

Maintenant, on sait, par ailleurs, et là je ne veux pas faire déchanter tout le monde, mais on sait que la réalité, même si on trouve souvent le gazon plus vert sur le terrain du voisin, la réalité est que, dans les autres provinces canadiennes, comme aux États-Unis, la même situation se présente. Et on voit que, même les Américains, dans la plupart des États, cherchent des moyens présentement pour contingerter non seulement la production des médecins qu'on fait aux États-Unis mais la venue de médecins qui viennent d'ailleurs ou d'autres pays pour assurer du travail à ceux qui sont formés aux

États-Unis. C'est la même chose dans les autres provinces canadiennes.

Alors, on a effectivement une situation de stabilisation de la main-d'oeuvre qui force la répartition à se faire selon où est la population et qui nous amène à gérer de très près. Depuis les deux dernières années, on a diminué le nombre d'entrées dans les facultés de médecine; maintenant, ça prend quelques années à se réajuster, par ailleurs. Alors, dans un sens, je pense que, quand on regarde bien la situation, ce n'est pas surprenant, mais je ne pense pas que ça puisse nous faire craindre une exode des médecins, ne serait-ce que pour la raison que le gazon n'est pas tellement plus vert chez nos voisins, et la vraie solution passe plus par compléter notre transformation et l'organisation des moyens, bien répartir les effectifs médicaux, compte tenu des besoins de la population.

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

Situation des médecins en Abitibi-Témiscamingue

M. Marsan: J'aimerais que vous nous parliez de la pénurie d'effectifs médicaux en Abitibi. Est-ce que ça a été réglé? On sait qu'il y a d'autres endroits, je pense que Sainte-Justine a un problème avec les anesthésistes. Alors, comment se présente la situation globale, à ce moment-ci, M. le ministre?

M. Rochon: On va voir, M. le Président, si on a des données disponibles ici. Ce que j'en sais, les derniers rapports que j'avais vus, il y avait une très notable amélioration pour l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et pour la plupart des territoires, si je me rappelle bien. Il n'y a pas eu, en tout cas, on sait qu'il n'y a pas eu de crise récemment. Je ne sais pas si le député de Robert-Baldwin a une source d'information qui nous indiquerait un problème particulier dans cette région. On va vérifier les données qu'on a avec nous ici ou qu'on peut obtenir, par ailleurs, mais, à ma connaissance, comparativement à la situation d'il y a un an, où il y avait crise ou imminence de crise, il y a eu une amélioration. Je me rappelle avoir vu un rapport, je me demande si ce n'est pas...

(Consultation)

M. Rochon: Alors, j'ai quand même quelques données qui me donnent un peu une idée. En plus, il y a eu des départs, de sept médecins, de spécialistes, et 13 omnipraticiens de la région de l'Abitibi au cours de la dernière année... Mais, pour le contrepois des médecins, des sept spécialistes qui sont partis, il y en a 13 qui sont arrivés dans la région, donc 13 nouveaux, et un ajout net de six. Pour les omnipraticiens, pour 13 qui sont partis, il y en a 20 qui sont venus dans la région au cours de la dernière année, pour un ajout net de sept. Alors, je pense que ça confirme ce que je vous disais, M. le Président.

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

Intégration des médecins étrangers à la pratique

M. Marsan: Il y a eu, pendant la campagne électorale, des engagements pris par le ministre concernant les médecins qui reçoivent des formations en dehors du Québec. J'aimerais savoir quelle est la situation ou le portrait aussi pour ces médecins-là, M. le Président?

M. Rochon: Ça, M. le Président, c'est une situation qui est virtuellement réglée et sous contrôle et je pense qu'à moins de changements majeurs imprévisibles on ne reverra plus le genre de situation qu'on a vu. On se rappelle qu'auparavant — c'est important de voir comment on a modifié le système — auparavant, on avait une situation où des médecins qui venaient au pays, au Québec, avec un diplôme de médecin obtenu hors Québec, hors Canada et même hors États-Unis, c'étaient des médecins qui venaient ici, d'abord, on se rappellera, en sachant très bien, par les informations qui sont données dans les ambassades canadiennes dans leur pays d'origine... ils savent très bien l'information donnée, par écrit, à l'effet que le Québec n'est pas un pays demandeur de médecins et que toute personne qui immigré au Québec comme médecin ne peut pas s'attendre à pratiquer la médecine au Québec. Ils ont l'information. Les gens viennent ici sachant ça. Certains viennent n'étant pas l'immigrant principal, c'est des gens qui viennent rejoindre un conjoint ou qui accompagnent un conjoint lors de l'immigration. Mais, une fois rendus ici, évidemment, on ne peut pas empêcher les gens d'entretenir l'espoir de pouvoir pratiquer un métier pour lequel ils ont consacré plusieurs années à une formation, et les gens cherchent, cherchent des moyens, et, quand il commence à y en avoir un bon nombre, une centaine et un peu plus, ça fait finalement assez de pressions pour qu'il arrive des situations comme on a connues où les gens veulent pouvoir pratiquer plus, pratiquer au Québec.

• (17 h 10) •

En réponse à ça, il s'était développé un programme où on avait dit: On va garder un certain nombre de places. C'était 10 par année. Bon. Pourquoi 10 au lieu de cinq, au lieu de 15? Ça, c'était un peu arbitraire comme décision, mais on reconnaît que la difficulté pour faire cet équilibre et l'équité avec les gens qui sont nés au Québec, qui prennent leur formation au Québec et qui obtiennent un diplôme au Québec, compte tenu, comme on l'a dit à la question précédente, qu'on a trop de médecins, qu'on a des médecins qui commencent à avoir de la difficulté à trouver le travail qu'ils voudraient dans la région où ils voudraient bien... Combien de médecins venant de l'étranger, sachant très bien qu'en venant ici il faut qu'ils viennent pour une autre raison que pratiquer la médecine, on va accepter? C'est un nombre équivalent de médecins, de jeunes du Québec qu'on ne laissera pas faire un cours de médecine dans nos facultés de médecine.

Alors, ça nous avait donné une espèce de paix romaine, autour de 10. Et c'était un programme qui était administré en demandant à chaque année aux gens de passer un examen. Ceux qui se qualifiaient, on en prenait 10 qui pouvaient faire partie d'un programme de formation, parce qu'on savait à l'expérience que toute personne venant d'un autre pays doit avoir un programme au moins de mise à jour, ne serait-ce que s'habituer à la pharmacopée nord-américaine qu'on utilise, qui n'est pas celle de leur pays. Et certains de ces médecins, souvent, avaient pratiqué dans un contexte très différent de celui qu'est le nôtre. Et on savait par expérience que le temps de formation requis, même si ces gens-là pouvaient passer des examens à des périodes de six mois ou d'un an, c'était facilement deux ans, voire trois ans, et parfois un peu plus, de temps de formation ou de recyclage qui était nécessaire pour ces médecins. Et, avec 10 seulement par année, le nombre augmentait toujours, créant une pression énorme dans le système.

Ça, c'était la situation, puis je la reprends, parce qu'il faut vraiment voir de quelle situation on parlait, avec des gens qui étaient ici, sachant normalement qu'ils ne pouvaient pas pratiquer la médecine, et compte tenu de la pression, qu'on ne pouvait pas en prendre plus qu'un certain nombre par année, compte tenu que c'est autant de Québécois et de Québécoises qui ne pourront pas pratiquer ce métier-là si on prend ceux qui viennent d'autres pays.

Alors, après beaucoup de travail, avec, là aussi, les avis du Conseil médical du Québec qui a regardé la situation avec d'autres instances, il y a maintenant près d'un an, je pense, on est arrivé à une solution qui est la suivante. La différence fondamentale qui a été faite, c'est de convenir avec les facultés de médecine que les facultés de médecine vont désormais admettre des médecins diplômés dans un autre pays, hors Canada—États-Unis, qui voudraient pratiquer la médecine ici. Vu qu'on sait par expérience que les périodes de recyclage sont de deux à trois ans au moins, quand ce n'est pas plus, il y a donc un besoin de reformation important. Et toutes nos facultés de médecine, depuis un bon nombre d'années, en plus du contingent très majoritaire qu'ils admettent provenant des cégeps, ont toutes un contingent d'admission, à l'intérieur de leur contingentement, de gens qui viennent d'autres formations que des cégeps, dont beaucoup de gens qui ont fait déjà un premier cours universitaire dans un autre domaine. Alors, les médecins qui sont au Québec, qui viennent d'un autre pays, peuvent se présenter avec ce contingentement-là.

Et les facultés de médecine ont quelqu'un qui veut revenir en médecine après avoir fait un bac en foresterie, en éducation physique, en sciences infirmières, en biologie, ou quelqu'un qui a fait un diplôme de médecine dans un autre pays, c'est toute la même cohorte. Et, selon les critères d'admission des facultés de médecine, comme c'est des gens qui sont immigrés au Québec, qui sont donc des Québécois maintenant, bien, ils ont les mêmes droits, les mêmes privilèges que tous les Québécois. Et, une fois admis dans les facultés de

médecine, bien, là, les facultés de médecine ont vraiment les outils pour pouvoir évaluer ces gens-là, voir comment ils passent les examens, comment ils réussissent, quelles équivalences peuvent leur être données sur la base de la compétence qu'ils peuvent démontrer et, si ça prend moins que la durée du cours de médecine de quatre ans, sur une base d'évaluation, pour montrer qu'ils ont réalisé les objectifs du programme, bien, ils auront un diplôme de médecine québécois et il n'y aura plus de distinction, tout le monde, peu importe son origine, sera à l'intérieur du contingentement de médecins dont on a besoin pour le Québec, sera un médecin qui peut pratiquer au Québec.

Pour faire le transfert entre les deux régimes, on a proposé, et c'est en cours présentement, je pense qu'on prépare la deuxième étape, on a proposé à tous ceux qui étaient encore sur la liste d'attente et qui se présentaient aux examens une fois par année tout le temps, on leur a proposé de faire, et c'est ce qu'on fait, trois examens, avec un certain nombre de mois d'intervalle, en leur disant que tous ceux qui vont avoir une note de succès à l'examen vont être pris.

(Consultation)

M. Rochon: Oui, ça, c'est à partir de la liste de tous ceux qui étaient là... Ah oui! quand même, mais en comptant tous ceux qui, à partir d'avril 1995, étaient déjà sur la liste de ceux qui attendaient et qui voulaient rentrer dans l'ancien programme, se font offrir comme programme de transition la possibilité de trois examens. S'il y a trois échecs, ils sont complètement sortis du système, comme une personne qui ferait trois échecs consécutifs dans tout système universitaire québécois ne peut plus se représenter à des examens pour ce même diplôme-là. Donc, on a appliqué la même règle à tout le monde. Et, statistiquement, on verra quel nombre. Mais ceux qui vont passer l'examen sur une période d'un an et demi, je pense, sur laquelle se font les trois examens, seront acceptés. Et, à partir d'avril 1995, c'est fermé, il n'y a plus personne qui rentre dans ce programme-là. Et tous ceux qui sont arrivés après ça se présentent en admission dans les facultés de médecine sur le programme régulier.

On pense, M. le Président, qu'avec les suggestions qui nous ont été faites par différentes personnes et, en bonne partie, on a eu une collaboration et des idées très intéressantes pour confectionner ce programme-là qui sont venues du Conseil médical du Québec — il faut rendre à César ce qui appartient à César — ça nous a permis de faire ce programme-là, qui a l'air d'offrir une solution permanente à cette situation une fois pour toutes.

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

M. Marsan: M. le Président, ça termine le programme de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avec votre permission, étant donné qu'on doit siéger jusqu'à 20 heures, je suggère qu'on suspende 10 minutes. Alors, on recommence à 17 h 25.

(Suspension de la séance à 17 h 17)

(Reprise à 17 h 34)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Cui, bonjour, bonjour, M. le Président. J'aimerais que nous puissions revenir à l'étude des crédits, tome I.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Tome I?

M. Marsan: Oui, et nous allons poursuivre les réponses aux questions particulières.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Tome I, questions et réponses particulières...

M. Marsan: Page 150, mais...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...réponses aux questions particulières.

M. Marsan: ...c'est une question d'ordre général, M. le ministre.

M. Rochon: Page 150?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): As-tu dit 150?

M. Marsan: Oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Page 150.

Discussion générale (suite)

Critère de sécurité-vétusté dans les établissements de santé

M. Marsan: Alors, la question, M. le ministre... Nous avons demandé une ventilation, pour chacun des établissements du réseau, des projets d'investissement, d'équipement, de construction et de rénovation. Vous nous les avez transmis; on vous en remercie. Nous recevons régulièrement des espèces de lumières rouges du réseau à l'effet qu'il y a de plus en plus de difficultés majeures quant à la sécurité et à la vétusté de certains établissements. On sait que c'est un dossier qui est

complexe, qui existe depuis fort longtemps aussi. À certains moments donnés, il y a eu des investissements assez massifs qui ont pu être faits. Je voulais savoir comment le ministère de la Santé se préoccupait du vieillissement du parc immobilier des établissements de santé. Est-ce qu'il y a des programmes particuliers qui sont prévus? Ou, plutôt, est-ce qu'on va sauter une année ou est-ce que ça va être l'an prochain ou l'année suivante? Alors, j'aimerais vous entendre sur la situation globale de la sécurité-vétusté des établissements de santé.

M. Rochon: M. le Président, c'est sûr qu'avec le grand nombre d'établissements et de bâtisses qu'il y a dans tout le réseau de la santé et des services sociaux, quand on pense qu'il y a près de 800 établissements — il y en a de moins en moins avec les intégrations et les fusions et les regroupements qui se font, moins de conseils d'administration, mais c'est probablement au moins 800 bâtisses dont il est question — que c'est un parc énorme et qu'il y a des immobilisations à chaque année pour corriger des problèmes dus à la vétusté des établissements ou des questions de sécurité aussi parfois dues à la vétusté ou pour d'autres raisons, c'est un montant important à chaque année. Alors, il n'y a pas de programme particulier d'accélération, de renouvellement du parc immobilier, mais il y a, à chaque année, des montants importants qui sont investis.

On a un mécanisme qui, au niveau de chacune des régions, permet de bien étudier chaque situation, chaque cas, de faire un ordre de priorités, parce qu'il y en a toujours plus... Si on voulait tout corriger d'un coup sec, il y en a pour énormément plus que les montants qui peuvent être disponibles. Alors, il y a un premier ordre de priorisation qui est fait au niveau de chacune des régions et, au niveau du ministère par la suite, il y a un deuxième ordre de priorisation compte tenu de ce qui est vraiment disponible, de sorte qu'on essaie d'équilibrer le mieux possible, à travers les régions et compte tenu des situations, les investissements qui sont faits.

Les critères de vétusté et de sécurité sont les deux critères qui accordent une priorité à un projet. Si des situations où, surtout, des raisons de sécurité demandent des transformations, des modifications à un établissement, c'est priorisé au-dessus de tous les autres, et, après ça, on considère des critères qui sont plus rattachés, évidemment, à la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Une fois passés les critères de vétusté et de sécurité, on va prioriser ce qui est le développement d'établissements qui favorisent... Par exemple, dans une région qui serait en déficit de lits, de places d'hébergement et de soins de longue durée, bien, ça va être un critère de priorité, vu les objectifs d'organisation du système présentement.

Je ne sais pas s'il y a d'autres informations qu'on souhaite à ce titre-là, mais voilà, en gros... Donc, pas de programme particulier, mais des investissements qu'on peut faire à chaque année, et il s'en fait régulièrement à

chaque année, qui sont faits en fonction des critères de sécurité et vétusté et des objectifs de la transformation du réseau.

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

M. Marsan: J'ai l'impression qu'avec le temps la vétusté augmente et je ne sais pas de quel ordre de grandeur on peut penser. Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu de penser vraiment, si ce n'est pas cette année, dans un avenir rapproché, à revitaliser le parc immobilier de l'ensemble du réseau? Parce que je pense qu'il y a des problèmes majeurs à un certain nombre d'endroits. Il y aurait des avantages à le faire, en tout cas.

M. Rochon: M. le Président, à chaque année, c'est un montant de l'ordre de 150 000 000 \$ qui est investi pour des nouveaux projets d'immobilisation en vertu des trois critères dont on parlait. S'il y avait de l'argent de plus de disponible, on pourrait faire plus et plus vite, mais je pense que ce ne serait pas réaliste de penser que, dans les prochaines années, avec l'objectif du gouvernement qui est de ramener notre déficit à zéro et même de pouvoir s'attaquer au niveau de la dette des finances publiques, on va pouvoir accélérer, augmenter beaucoup ce programme-là. Ce ne serait pas réaliste. Alors, il faut qu'on le gère de façon très, très rigoureuse pour que les 150 000 000 \$ à peu près, qu'on peut mettre à ce titre-là à chaque année, aillent vraiment vers les situations les plus prioritaires.

• (17 h 40) •

M. Marsan: Est-ce qu'on peut penser que, s'il y a des situations d'urgence qui se déclarent, le ministère est quand même prêt à faire face à ces situations-là, qu'il y a une espèce de fonds d'urgence pour éviter que la sécurité des patients comme celle des employés soient mises à l'épreuve?

M. Rochon: Comme je l'ai dit, M. le Président, le critère de sécurité est le premier critère de priorisation et, à ma connaissance, il n'y a pas de situation dans le réseau où la sécurité de ceux qui demeurent dans un établissement, qui sont hébergés ou qui viennent y chercher des services est menacée, d'aucune façon. C'est vraiment la première priorité. Et si, dans une année, on ne peut pas aller plus loin que de satisfaire ce critère-là quant au choix des projets, on s'en tient à ça.

M. Marsan: Merci, M. le ministre.

Augmentation du nombre de places en centres d'hébergement

À la page 152, la question portait sur le nombre de centres d'accueil, centres d'hébergement construits. Je voudrais profiter de cette question-là pour vous demander où vous en êtes avec votre promesse d'avoir 7 000 nouvelles places en hébergement.

M. Rochon: D'abord, M. le Président, ça fait une couple de fois que le député de Robert-Baldwin parle de 7 000. C'est de 5 000 dont on avait parlé. Le 7 000, je ne sais pas si c'est celui-là auquel fait référence le député de Robert-Baldwin, ça vient d'un document du ministère lors de la réforme, c'est-à-dire de la réorganisation du système. «Une réforme axée sur le citoyen», c'est un document de 1990 et, là, on parlait, en 1990, sous l'ancien gouvernement, d'ajouter 7 000 places d'hébergement d'ici l'an 2000.

M. Marsan: C'était un engagement électoral.

M. Rochon: Et, en 1994, quand on a changé de gouvernement, il n'y en avait pas qui avaient été ajoutées. Alors, ça, c'était le 7 000.

M. Marsan: Il y en a ici, M. le ministre.

M. Rochon: L'engagement qu'on a pris, à ma connaissance, c'était de l'ordre de 1 000 places par année jusqu'en l'an 2000 pour répondre aux besoins, et ça pouvait faire, donc, de l'ordre de à peu près 5 000, dont on a parlé, plus que de 7 000. Et là on en a mis présentement... Compte tenu du programme du gouvernement au niveau de l'ensemble du Québec, d'une part, et de ce qui a été fait à l'intérieur de chacune des régions pour identifier le nombre de places d'hébergement et de soins de longue durée d'un niveau d'intensité de deux heures, deux heures et demie, de deux heures et demie et plus par jour, deux heures et demie de soins par patient, il y a, au total, à peu près 4 000 places qui sont en préparation, dont 1 000 places tout à fait nouvelles dans le programme et 3 000 qui sont le produit de rehaussement de places d'hébergement qui étaient des endroits d'hébergement avec moins d'une heure et demie de services aux patients par jour et qui sont transformés, si vous voulez, en des centres de longue durée; ça veut dire transformation physique, au besoin, des locaux, des équipements et des équipes de personnel pour vraiment en faire des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Donc, c'est de l'ordre de 4 000 qui sont en chantier dans le cycle de trois ans prévu par les plans de transformation des régions régionales.

M. Marsan: Si je regarde l'annexe à la page 153, liste des projets dont les travaux ont débuté à compter d'avril, on totalise un nombre de 384 lits. C'est bien ça? Et ça, ça avait été, j'imagine, autorisé et il y a un certain nombre de mois. Est-ce qu'on peut penser qu'ils sont inclus dans vos 5 000 nouveaux lits?

M. Rochon: Oui, oui. Ceux qu'on voit à la page 153, pour un total de 385 lits, c'est effectivement des projets dont les travaux ont débuté sur le terrain depuis le mois d'avril 1994, comme le dit le tableau.

M. Marsan: Donc, ils avaient possiblement été autorisés avant le 12 septembre 1994 par l'ancien gouvernement, dans certains cas.

M. Rochon: Oui, effectivement, ces 300 là, oui.

M. Marsan: Et on va les compter quand même dans les 5 000, mais... Ce serait la première vague de 384 lits de faits ou qui sont sur le point d'être construits, par rapport aux 5 000?

M. Rochon: Oui. Ce que je vous ai dit, là... La réponse à ça, c'est oui. Ce qu'on a mis en chantier, c'est 4 000, dont 1 000 nouvelles places, construites, à construire, et 3 000 qui sont des transformations de différents endroits où on faisait de l'hébergement, mais qui n'étaient pas capables de donner des services qui voulaient dire plus qu'une heure et demie de soins par patient par jour. Ça, il y en a 3 000 de ça, à travers tout le Québec.

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

M. Copeman: M. le Président, est-ce qu'on peut savoir... Je ne veux pas savoir pour chacun des lits, mais, en général, où est-ce qu'elles sont, ces 4 000 places? Y en a-t-il sur l'île de Montréal?

M. Rochon: Oui. Sur l'île de Montréal, M. le Président, il n'y a pas de nombre de nouvelles places. Dans les 2 000 qui ont été faits pour l'ensemble du Québec, le plus grand nombre a été réparti autour de Montréal. C'est là qu'il y avait les plus grands manques de places d'hébergement et de soins de longue durée. Il y en a 700 dans la Montérégie et 300 dans chacune des régions au nord de Montréal, Laval, Laurentides et Lanaudière. Là, ça en fait 1 600. Il y en a un autre 400 de ce 2 000 là, qui était le programme national, qui a été lancé, un autre 400 qui est réparti dans différentes régions où il y avait des déficits importants. Alors, là, je ne saurais pas vous dire de mémoire où ces 400 là sont distribués, mais il y a quatre ou cinq autres régions qui en reçoivent une centaine ou un peu moins.

Sur l'île de Montréal comme telle, le plan de la régie régionale a prévu, je ne pourrais pas vous dire le nombre de places de mémoire...

(Consultation)

M. Rochon: Voilà. Sur l'île de Montréal, dans la région de Montréal-Centre, il y a un peu plus de 2 000 lits qui sont rajoutés. Là-dessus, il y en a 434 exactement qui vont être des nouvelles places à partir de la transformation des différents établissements, soit à l'hôpital Saint-Michel, par exemple, ça va faire 192 places de soins de longue durée; à l'hôpital LaSalle, 115; Verdun, 116. Alors, il y en a pour 434, plus dans la catégorie du rehaussement de places pour une plus grande intensité de services, il y en a 1 757 exactement qui vont être rehaussées à plus de 2,5 heures de services par patient.

M. Copeman: Peut-être que le ministre peut tenter de m'expliquer comment ça va fonctionner, le rehaussement. Dans les faits réels, si on peut prendre un exemple concret, et je ne sais pas si ça marche, cet exemple, mais on sait pertinemment bien... Le centre d'accueil Henri-Bradet dans Notre-Dame-de-Grâce. Je pense que tout le monde peut assurer le ministre que la grande majorité des personnes qui sont là présentement ont probablement besoin plus que de 2,5 heures de soins par jour. Mais, si ma mémoire est bonne, je pense que ce centre d'accueil n'était pas construit... la mission de ce centre d'accueil au début n'était pas de prendre ce type de clientèle là. Quand on dit «rehaussement», comment ça va fonctionner? Est-ce qu'on rentre dans une bâtisse comme le centre d'accueil Henri-Bradet puis on fait des aménagements, on ajoute du personnel? Maintenant, pratico-pratique, là...

M. Rochon: Je ne pourrais pas, M. le Président, répondre pour l'établissement d'une façon spécifique, mais ça comprend trois genres de chose, avec le mixte qu'il faut, selon la situation. Dans certains cas, ça comprend des rénovations physiques, des transformations, pour que, autant que possible, les gens puissent avoir, pour chaque personne, l'espace vital, et c'est d'aller le plus possible vers des situations où les gens peuvent avoir une chambre qui va être leur nouveau milieu de vie et qu'on n'ait pas de situation où il y a plusieurs personnes qui doivent partager la même place. Donc, au besoin, rénovations, soit pour des questions de vétusté ou soit pour des questions d'utiliser autrement les espaces. Qu'il y ait des espaces de vie aussi. Comme on a dit, ces établissements-là essaient d'utiliser au maximum tout le potentiel d'autonomie que les gens peuvent dégager encore. Donc, ce n'est pas juste d'avoir une chambre où les gens restent; ça prend des endroits de séjour, des endroits où les gens peuvent circuler, faire différentes sortes d'activités. Alors, il y a ça, pour une part.

● (17 h 50) ●

Il y a aussi, bien sûr, des équipements. Alors, tout ce qu'il peut y avoir comme équipements qui donnent une meilleure qualité de services, que ce soit pour déplacer des gens, que ce soit pour le bain des gens, les nourrir, et le reste.

Et les équipes, en termes de nombre de personnes, et de qualifications aussi, de formation du personnel qui s'occupe des gens. Alors, pour n'importe quelle situation, c'est la composition de ces trois facteurs-là qui donne la recette, en général.

M. Copeman: Est-ce que c'est des établissements au complet qui vont être transformés ou est-ce que c'est des parties d'établissements, selon les clientèles, qui vont être transformées? Ou est-ce qu'on va tenter de regrouper ces efforts de rehaussement dans un même établissement pour que ce soit l'établissement au complet qui soit rehaussé ou est-ce que c'est juste une partie selon la clientèle? Autrement dit, est-ce qu'il y a un déplacement de clientèle en vue avec ce rehaussement à l'intérieur du système?

M. Rochon: Bon. En général, l'approche, c'est vraiment d'avoir des établissements dont la mission est de donner des services de soins de longue durée pour tout l'établissement. Bon, il se retrouve sûrement à certains endroits des bâtiments qui ont assez de place pour qu'on y loge deux missions, si vous voulez. Il y a même certains édifices où, même si c'est dans le même édifice, ça va être deux établissements différents, ça peut être deux missions très bien identifiées. De sorte que ce qu'on veut faire disparaître complètement, c'est la situation de personnes qui doivent passer de longues périodes de temps dans des lits d'hôpitaux de courte durée en attente d'une place. Et on se rappellera qu'il y avait eu un critère qui a évolué; je pense que ça avait commencé à 10 %, puis c'est monté peut-être jusqu'à 20 %, le nombre de lits qu'un hôpital de courte durée devait affecter à des gens qui avaient besoin de soins de longue durée, et ça, bon, au début, et ça remonte à pas mal d'années, ça, ça avait été pris comme une mesure qui pourrait peut-être donner le tampon nécessaire qu'il fallait pour l'ajustement entre la courte durée, la longue durée ou le maintien à domicile et, un peu par glissement, c'est devenu une solution de remplacement, c'est devenu une option alternative qui est très, très inattendue, un hôpital de courte durée. À moins que, comme certains qui ont eu tellement de lits, finalement, qui étaient consacrés à ça, on en ait fait un département et quasi un autre établissement qui s'est organisé complètement différemment, en général, c'est une situation de personnes en attente pour des trop longues périodes.

Alors, ce qui est visé comme objectif en diminuant le nombre de lits de courte durée pour augmenter les lits de longue durée, c'est que les gens se retrouvent dans un établissement dont c'est la mission de donner ce service-là. Maintenant, ça, c'est fait de façon très spécifique d'une région à l'autre et d'un territoire de région à l'autre, parce que, vous savez, dans cette transformation du réseau, comme les endroits de soins de longue durée, même s'il y a une bonne intensité de services qui sont donnés aux gens, comme on veut en faire quand même le plus possible et qu'on en fait, en pratique, des milieux de vie pour les gens, c'est un type de services et d'établissements qui se rapproche plus de ce que sont les services de première ligne que des services de deuxième ligne. Alors, il y a donc une distribution qui est faite, qui n'est pas de façon paramétrique à travers tout le Québec ou même à l'intérieur d'une région, mais qui tient compte de l'organisation des services sur le territoire de la région.

M. Copeman: O.K. Juste pour bien comprendre, M. le Président. Hypothétiquement, un établissement qui est en bas de 2,5, dont la majorité des patients sont à 1,5, en tout cas en ce qui concerne l'établissement, mais que, dans les faits réels, ces clients-là, ces personnes-là ont besoin de plus d'heures de soins ou de services, est-ce qu'on va... Je comprends que le rehaussement va améliorer la qualité de vie de ces personnes-là. Ça, j'en suis parfaitement conscient et je pense que

c'est un élément important dans le rehaussement. C'est qu'on va vraiment donner des soins appropriés aux personnes qui, pour une raison ou une autre, historiquement, peut-être en reçoivent moins qu'elles en ont besoin à cause de l'aménagement de l'établissement ou de la vocation de l'établissement. Ce que j'essaie de voir là... Tout en reconnaissant que c'est une amélioration de leur qualité de vie, puis ce n'est pas un jeu de mots que je veux faire, est-ce qu'on parle vraiment de 1 757 nouvelles places? C'est ça que j'essaie de capter du ministre. Parce que les personnes qui reçoivent un peu moins présentement, on ne va pas les mettre dehors. Il va falloir que... C'est ça que j'essaie de comprendre.

M. Rochon: Non, non, je vois très bien. Non, non. Quand on dit les nouvelles places, c'est vraiment des nouvelles places de soins de longue durée, de deux heures et demie et plus, c'est ça qui est le critère. Bon. Pour un bon nombre de personnes, ça peut vouloir dire que ça va être un rehaussement sur place. Les personnes ne sont pas nécessairement transférées dans d'autres établissements, mais c'est des gens qui étaient dans une situation où, si on n'avait pas rehaussé où ils sont, il aurait fallu les transférer ailleurs ou leur donner le service ailleurs, le service était insuffisant. Alors, dans beaucoup de cas, ça ne va pas impliquer nécessairement que tout le monde va déménager. On va transformer l'établissement où sont les gens et c'est pour ça que, nous non plus, on ne veut pas faire un jeu de mots, c'est vraiment des nouvelles places de soins de longue durée de 2,5 et plus. Mais ce n'est pas du nouveau béton qu'on coule. On fait ça en changeant la nature des services que les gens reçoivent déjà sur place.

M. Copeman: O.K. Ce qui m'étonne un peu avec tout ça compris, c'est le nombre des nouvelles places, vraiment des nouvelles places des centres hospitaliers en soins de longue durée, et je donne l'exemple... Moi, je n'ai pas fait le calcul, je m'avance peut-être un peu, M. le Président, si on faisait le calcul de tous les patients de soins de longue durée dans les hôpitaux fermés présentement ou qui sont à fermer bientôt puis qu'on faisait des projections sur le nombre de lits de soins de longue durée dont on va avoir besoin sur x nombre d'années, je pense, en tout cas — je pense que le ministre en conviendra avec moi — que 434 est nettement insuffisant.

Je prends l'exemple d'un comté comme Notre-Dame-de-Grâce, jumelé peut-être avec le comté de D'Arcy-McGee, le comté de D'Arcy-McGee qui a la plus forte proportion des personnes âgées au Québec, selon les dernières statistiques. Notre-Dame-de-Grâce, je pense, a la deuxième plus forte proportion de personnes âgées au Québec. En tout cas, je peux peut-être me tromper, mais il y a une forte proportion de personnes âgées dans ces deux comtés-là. On voit, avec la fermeture de l'hôpital Reine Elizabeth, qu'il y aura peut-être l'occasion d'augmenter le nombre de lits de longue durée à l'intérieur de ce quartier de Montréal, puis,

malheureusement, soit la Régie ou le ministère n'a pas jugé opportun de procéder à ce type de réaménagement. Mais, fondamentalement, M. le Président, moi, je prétends, sans connaître tous les chiffres puis: la planification du ministère, que, même avec le rehaussement et les 434 nouvelles places, je pense que c'est nettement insuffisant. Peut-être que le ministre va me dire: Il y a un progrès par rapport à d'autres années. On ne le conteste pas, mais...

En tout cas, c'est une mise en garde de cette situation, et, M. le Président, je vous le dis, c'est un peu par vécu personnel que je fais cette mise en garde au ministre. On a eu un proche de la famille, un membre de la parenté, malade pendant quatre mois, de façon chronique, et je peux lui dire et je peux dire à tous les membres de la commission, puis, ça, ce n'est pas une critique que je fais, parce qu'il a été hébergé une partie du temps à l'hôpital Reine Elizabeth, longue durée, et une autre partie du temps, au Montréal Immunological Institute, qui est un hôpital de haute qualité, avec tous les soins spécialisés... Mais je peux assurer le ministre puis les membres de cette commission que, si on n'avait pas eu de la parenté pour rendre visite à mon oncle pendant quatre mois de temps, sa qualité de vie aurait été de beaucoup inférieure à ce qu'elle était. Puis la crainte que j'ai, et c'est une crainte en partie personnelle à cause de ce vécu, c'est qu'on s'approche, je pense, M. le Président, d'un point où la dignité des personnes à la fin de leur vie pourrait être compromise, on n'en est pas loin, quant à moi, M. le Président. Puis je ne le dis pas de façon partisane du tout, mais en raison d'un vécu personnel, après avoir passé quatre mois à aller visiter mon oncle, à chaque deux jours, quand j'étais à Montréal. Je peux assurer les membres de cette commission qu'on apprend des choses en quatre mois dans les hôpitaux du Québec, puis ce n'est pas toujours des choses positives. Puis ce n'est pas un reproche que je fais aux établissements parce que je sais que tout le monde oeuvre dans des circonstances très difficiles. Mais je vous dis, M. le Président, d'une profonde conviction, que, comme société, on n'est pas loin de compromettre la dignité des personnes qui approchent la fin de leur vie, et ça me préoccupe beaucoup. Ça me préoccupe beaucoup, M. le Président.

● (18 heures) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre, une réponse à cette préoccupation?

M. Rochon: Oui. Je pense que c'est une préoccupation, d'abord, M. le Président, qui est très partagée, là. Puis il y a probablement un grand nombre d'entre nous, puis un nombre qui va être grandissant de toute façon, de personnes qui ont connu des expériences personnelles comme celle que décrit le député de Notre-Dame-de-Grâce, c'est-à-dire d'avoir quelqu'un de sa famille ou un de ses proches — comme la population vieillit, on en a dans nos proches — qui doit terminer les dernières périodes de sa vie dans un établissement ou qui a été en attente longtemps avant d'avoir une place

dans un établissement. Et, que ce soit une situation sérieuse, un besoin réel, on n'est pas en discussion là-dessus, on est très d'accord. C'est pour ça que ça a été pour nous un programme prioritaire et que ça va le demeurer tant qu'on n'aura pas atteint l'équilibre qu'il nous faut.

Maintenant, l'équilibre qu'il nous faut, là il faut faire aussi attention parce que, avec l'évolution très rapide qui se fait, ce n'est pas évident quelles vont être les bonnes normes, là, les bons standards ou les points de référence, les paramètres. On travaille présentement avec un paramètre qui est de dire qu'on a besoin, en moyenne, de cinq lits par 100 personnes de 65 ans et plus pour avoir le nombre de places-lits requis. On s'est aperçu en cours d'année, et sans qu'il y ait de pression exercée de la part du ministère, que le travail fait au niveau des régies régionales a commencé à montrer une évolution intéressante qui peut amener cette norme-là à être remise en question, qui peut l'amener à s'ajuster parce que toute la philosophie a été de faire le développement des places d'hébergement en lien très étroit avec les programmes de maintien à domicile, et même le volet du programme de maintien à domicile, qui sont des soins intensifs de maintien à domicile, le SIMAD, connu comme tel dans le réseau, si vous êtes familier avec cette expression, pour s'assurer qu'on rejoint le plus possible le souhait des gens qui est de vivre dans leur milieu naturel, comme on dit, avec, à la famille et aux personnes, le soutien, le support, les services requis pour que les gens, même avec une perte d'autonomie relativement importante, quand c'est possible avec la famille, puissent demeurer chez eux.

Alors, on a voulu éviter... Par exemple, quand on a fait le 50 000 000 \$ d'investissement pour des nouvelles places, on a voulu partager ce 50 000 000 \$ entre 35 000 000 \$ qui vont créer des places en établissement et 15 000 000 \$ qui vont augmenter le maintien à domicile. On garde l'équilibre, autrement on risque de regliser, de revenir dans ce qui est une vieille habitude qu'on a eue au Québec, quand on se compare à d'autres, d'institutionnaliser plus que partout ailleurs. On l'a fait au niveau de la courte durée, on l'a fait au niveau de la longue durée, on l'a fait dans le domaine des services sociaux avec les jeunes en difficulté d'adaptation. C'était une caractéristique historique, ça, du Québec dont on essaie de sortir. Donc, on a eu ce souci et les régies régionales, dans leur plan de transformation, ont eu aussi ce souci de s'assurer qu'on développe les places soit nouvelles soit par rehaussement de places d'hébergement qu'il n'y avait pas à ce niveau-là, mais toujours avec le maintien à domicile, d'où l'intérêt pour que la famille reste aussi impliquée là-dedans. Comme je le disais tout à l'heure, d'associer ce développement-là plus avec la logique des services de première ligne que de deuxième ligne qui peut être sur des plateaux, là, plus concentré avec des masses critiques plus grandes. Donc, on rapproche ça des gens pour que la famille reste impliquée, que des bénévoles de la communauté soient impliqués, ce qui est la situation actuelle, ça, de

ce qui se passe. Et le lien avec le maintien à domicile et les places en hébergement fait évoluer cette norme. Par exemple, de pouvoir utiliser... De plus en plus, on voit des centres d'hébergement de soins de longue durée prendre un certain nombre de leurs lits pour offrir un hébergement de répit, comme on dit, soit certaines fins de semaine, soit pendant la période de vacances, soit si la personne elle-même, qui est âgée, ou la famille, pour une raison ou pour une autre, a à traverser une période où ils peuvent moins assurer les services, les soins à domicile, qu'on puisse héberger la personne, mais pas nécessairement que ce soit un transfert définitif. Donc, de faire le lien, l'équilibre entre les deux.

Et on s'aperçoit, dans beaucoup de régions, que ça les a amenés à prévoir plutôt, compte tenu de la dynamique locale, l'efficacité du maintien à domicile, de ce que les gens souhaitent, à parler plus de norme autour de quatre lits, peut-être, plutôt que cinq, par 100 personnes de 65 ans et plus. Alors, c'est pour ça, de répondre à la question «Quel est le nombre requis auquel il va falloir se rendre de façon optimale ou maximale?», on ne peut pas le dire présentement. On sait que, si on utilise la norme maximale de cinq, ça nous mènerait à ajouter, n'importe où, là, autour de 6 000, plus ou moins. Mais, dépendant de ce que sera l'équilibre avec le maintien à domicile ou toute autre option ambulatoire qui pourrait être développée, peut-être que le nombre des 4 000 qui sont mis en chantier va être à peu près satisfaisant. Il faut donc voir les investissements qu'on fait là-dedans pas juste en termes de lits, mais vraiment en termes de places dans les établissements et les autres services qui vont avec, y compris le maintien à domicile.

Mais, où je partage entièrement le souci du député de Notre-Dame-de-Grâce, et c'est une priorité et ça va le demeurer, il faut qu'on ait les services disponibles avec une population qui vieillit très rapidement. On sait qu'actuellement je pense que c'est autour de 10 %, 12 %, dépendant des régions. Dans 15 ans, on sera rendu... Je pense qu'entour de 2030 on sera au quart de la population, au Québec, qui aura 65 ans et plus. Alors, il faut qu'on ait les services. Mais il faut faire attention, encore une fois, de ne pas se lancer juste sur du service institutionnel et en redéséquilibrant encore notre réseau de cette façon-là.

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

M. Copeman: De temps en temps, les gestes de ce gouvernement me font vieillir plus que la moyenne.

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

M. Marsan: Toujours dans le dossier de l'hébergement, M. le Président...

M. Rochon: Excusez. Me permettez-vous? On me montre une information que j'aurais dû citer tout à l'heure, là, pour mieux répondre au député de Notre-Dame-de-Grâce.

La situation de Montréal: les réallocations budgétaires qui ont été faites dans le plan de transformation, c'est de l'ordre de 33 500 000 \$, de places d'hébergement qui vont être développées. Alors, ce n'est pas des petits montants, là.

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

M. Marsan: Oui. Un peu par rapport à ce qui a été mentionné par mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce et ses préoccupations, nous avons appris, par la voix des journaux particulièrement, qu'il était dans les intentions de certains établissements de facturer un certain nombre de services aux patients directement ou aux familles. On a fait allusion à la literie d'une façon particulière, peut-être certains articles en papier, les shampoings, désodorisants, etc. Est-ce qu'il y a eu un changement ou est-ce qu'il y a une nouvelle politique, une nouvelle approche de la part du ministère envers les patients en hébergement?

M. Rochon: Alors, ça, la décision du ministère, la règle et ce qui doit se faire, là, c'est très, très clair, M. le Président. C'est que les centres d'hébergement et de soins de longue durée, dans le service qui est offert à la personne, ça comprend l'entretien du linge, autant, évidemment, de toute la literie que du linge des gens. Où il faut faire une exception, je pense que... et les familles en général l'accepteraient bien, si une personne a vraiment une pièce de lingerie qui demande des traitements particuliers au niveau du nettoyage, qui est très, très personnel, ça, en général, les gens l'acceptent, ça ne cause pas de problème. La famille contribue, collabore là-dessus. Mais, à part ça, là, ça fait partie du service offert.

Dans le réseau, on a écrit au réseau, le ministre l'a fait, le sous-ministre l'a fait pour bien rappeler que c'est ça, la règle. Mais il y a effectivement sur le terrain une certaine pratique qui s'était développée dans un certain nombre d'établissements, au fil des années, où on demandait aux familles d'assumer l'entretien du linge. Ça a été un peu difficile de ramener tout le monde dans le rang. À tout bout de champ, on reçoit des informations à l'effet qu'à un endroit ou l'autre, là, il y a encore une résistance à réintégrer ce service-là. Mais je peux vous assurer que ça va être fait. J'ai même demandé aux vérificateurs, justement... On a demandé aux vérificateurs externes, qui font le tour des établissements régulièrement pour en assurer le fonctionnement, de s'assurer spécifiquement de l'application de cette directive. Les établissements le savent, là. Non seulement c'est demandé, mais ça a été redit. Le vérificateur externe va vérifier spécialement là-dessus. S'il y en a qui vraiment, même malgré tout ça, résistent encore, on aura sûrement

des bonnes discussions avec les gens qui sont impliqués. Mais ça devrait aller. Je pense qu'à la décharge des gens, là, il y avait vraiment des habitudes qui s'étaient infiltrées graduellement, au cours des années, si vous voulez, et, comme toute habitude, une fois infiltrée, ça prend un certain temps aux gens pour revenir. Mais je pense que ça se réoriente, là.

M. Marsan: O.K. Mais la règle générale, c'est l'application de la directive...

• (18 h 10) •

M. Rochon: Absolument.

M. Marsan: ...qui a été émise par le ministère. Si on a des gens, dans différents comtés, qui nous rapportent des cas particuliers, vous allez intervenir directement pour que cette directive-là s'applique.

M. Rochon: Si les députés ou d'autres personnes ont des cas comme ça, il faut en informer la régie régionale, M. le Président, qui va sûrement intervenir avec plaisir pour corriger la chose.

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

M. Marsan: Si vous me permettez, dans le dossier de l'hébergement encore, peut-être deux cas plus particuliers, et vous me direz si vous pouvez y répondre, mais...

Il y a eu une campagne électorale dans le comté de La Prairie, il n'y a pas tellement longtemps. Il y a eu un engagement de la part de la candidate, maintenant la députée que vous connaissez, un engagement à propos du foyer Notre-Dame de Laprairie, foyer que nous avons visité aussi en campagne électorale et qui a besoin d'être relocalisé assez rapidement. J'ose imaginer ou espérer que vous allez donner suite rapidement à cet engagement-là. Je pense qu'il y a des considérations assez humaines et même pathétiques, dans certains cas, qui permettraient à des patients d'avoir une meilleure qualité de vie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Des commentaires sur ce dossier-là, M. le ministre?

M. Rochon: Dans ce cas-là, c'est un dossier qui, je pense que je peux le dire, est très actif et depuis un bon moment, M. le Président, mais c'est une situation qui n'est pas facile parce que, comme à plusieurs endroits d'ailleurs, on construit dans le vieux, là, on n'est pas toujours à refaire en neuf complètement. Dans le cas d'espèce auquel on réfère, sans me rappeler tous les détails, je sais qu'il est question de relocaliser, entre autres, un centre avec rehaussement, là, un centre privé conventionné et qui doit avoir une intégration pour un ajout de lits. Alors, on ne rentrera pas dans les détails, mais la situation n'est pas facile parce qu'il s'agit de négociations avec des gens qui sont impliqués dans le

réseau des privés conventionnés et qu'il faut venir à bout de trouver un terrain d'entente pour qu'on réalise le projet. Dès que l'entente va être faite entre les parties impliquées, ça devrait procéder assez rapidement.

M. Marsan: De la même façon, M. le Président, je voulais attirer l'attention du ministre dans le comté de l'Acadie. Le foyer Les Cèdres, qui dessert la communauté libanaise, est aussi en attente depuis un certain nombre de mois d'une décision de relocalisation. Là aussi, pour avoir visité les espaces disponibles, je pense qu'il y aurait lieu qu'il y ait une décision rapide qui puisse être prise, toujours pour le mieux-être, je pense, des patients de cette communauté.

M. Rochon: M. le Président, on est d'accord, là, je pense. Dans toutes ces situations-là, on veut procéder, et le plus rapidement possible. Là, la régie régionale a des projets d'une relocalisation. Il faut dire que ce n'est pas toujours simple dans les situations de relocalisation. Je peux assurer la commission, M. le Président, que ça procède avec le plus de diligence et de pressions possible, là, et ça devrait aller.

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

M. Copeman: Une petite... M. le Président, la question particulière 54, chez les personnes âgées, qui est comprise dans le tome II. Nous avons, aux pages 226 et 231, les réponses... Est-ce que j'y vais tout de suite? Trop vite?

M. Rochon: Est-ce qu'on peut nous redire la page?

M. Copeman: Oui, tout à fait. À partir de la page 226...

M. Rochon: Est-ce qu'on parle bien du tome II des Réponses aux questions particulières?

M. Copeman: Oui. C'est ça, 54. La question posée avait quatre volets: a, b, c et d. Si je comprends bien, on a les réponses à a, b et c. L'élément d, nombre de places, par région, dans les centres d'accueil publics au 31 mars 1996 et comparaison au 31 mars 1995, la réponse n'est pas là. Elle est peut-être ailleurs, là, mais... Est-ce que la réponse est ailleurs dans le cahier?

(Consultation)

M. Rochon: Effectivement, dans toutes les réponses qui se sont rendues, celle-là n'a pas suivi. On va la faire suivre, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): On revient au député de Robert-Baldwin.

M. Copeman: Merci.

Réallocations budgétaires à l'ensemble des régions

M. Marsan: Oui. M. le Président, je suis à la page 156 toujours de l'étude des crédits, Réponses aux questions particulières, tome I. À la page 156, c'est l'effort budgétaire et les réallocations 1995-1996 de l'ensemble des régions du Québec. La question que je veux adresser au ministre de la Santé... J'ai constaté pour la Régie régionale de Montréal-Centre une dépense, une réallocation, en tout cas, qui peut aller jusqu'à 18 000 000 \$. Ce que je veux savoir, c'est si le poids relatif de la région de Montréal est en fonction du nombre de population ou s'il y a d'autres critères qui sont intervenus?

(Consultation)

M. Rochon: M. le Président, je peux vous assurer que c'est un souci très réel qu'on a que, pour chacune des régions, les régies régionales aient les ressources qui correspondent à leur population. C'est d'ailleurs un dossier qui a été très actif, sur lequel on a beaucoup travaillé avec la régie régionale de Montréal, bien sûr, mais aussi avec la régie en lien très étroit avec le Conseil régional de développement de l'île de Montréal et les maires de l'île de Montréal. Et, à bon droit, dans le lancement de cette transformation du réseau, il y a eu des inquiétudes et des questionnements de la part de différents intervenants à Montréal pour bien s'assurer qu'il n'y avait pas des transferts de ressources à partir de la région 06 de Montréal vers les régions périphériques au détriment de la population. Nos indices nous indiquent qu'actuellement on est en équilibre.

Je veux juste vous citer, par exemple, que pour l'ensemble des ressources — ça aussi, ce n'est pas un tableau que j'ai devant les yeux mais je vous le cite de mémoire — en dégageant le plus possible les ressources qui sont suprarégionales, sur un indice calculé sur une base de 100, la régie de Montréal a présentement plus de deux fois plus que les régies périphériques et ce qui tient compte en bonne partie de services que la population vient chercher des régions périphériques sur l'île de Montréal. Quand on fait des décalages, c'est un travail qui est continu, on s'assure qu'effectivement la région de Montréal a, en termes de per capita, pour les services de première ligne, pour les services sociaux et de santé et pour les services hospitaliers, ce qui correspond pour sa population à un per capita qui a son taux dans les autres régions en faisant la part des choses avec ce qu'il y a sur Montréal qui sert à d'autres régions.

Par exemple, si on regarde le per capita de répartition des ressources dans les régions pour l'ensemble du Québec, il est de 1 300 \$ per capita dans les budgets des régions. Pour les régions de la périphérie de Montréal, ça varie de 700 \$ à 800 \$ parce qu'il y a des ressources qui se prennent, des services qui viennent de l'île de Montréal. Et, à Montréal, le per capita pour

Montréal-Centre, il est de 1 975 \$. L'autre région qui vient le plus haut est aussi une région universitaire qui dessert autour, qui est Québec, à 1 700 \$, et on retrouve l'Estrie à 1 300 \$. Toutes les autres régions se situent entre 1 000 \$ et 1 500 \$ de per capita.

(Consultation)

M. Rochon: On vous donne l'information, mais la question est bonne, le souci est réel. Tous les indicateurs qu'on utilise nous guident assez bien pour maintenir, en termes de per capita, un équilibre et une équité entre les régions.

M. Marsan: Alors, ça, c'est au niveau de la répartition. Juste une question complémentaire: Au niveau des coupures qui ont lieu à travers le réseau, est-ce que la région de Montréal, on tient compte du poids relatif de la région ou est-ce qu'elle est pénalisée davantage par rapport au nombre de population, au nombre d'habitants pour la région?

● (18 h 20) ●

M. Rochon: Non. M. le Président, ce qui nous amène à la résultante dont je vous parle, qui est l'équilibre du per capita, c'est justement la transformation du réseau qui est en cours. Ce qu'on donne là, c'est les ressources pour Montréal compte tenu de la transformation. Alors, la région de Montréal n'est pas pénalisée et n'est pas mise à contribution de façon inéquitable ou disproportionnée par rapport aux autres régions, compte tenu de sa population, des besoins et des ressources qui sont déjà sur le territoire de la région de Montréal.

Budget des établissements du réseau

M. Marsan: Merci, M. le ministre. La prochaine question, c'est la page 163, sur le déficit des établissements. J'aurais peut-être besoin d'éclaircissements pour mieux comprendre, là. Je ne sais pas... C'est la page 163, l'annexe I. Alors, on a une colonne de déficits, une colonne de surplus. Quand je compare l'année 1995-1996, bon, il semble y avoir un... Un déficit, c'est 47 000 000 \$ moins 16 000 000 \$, là, j'imagine que ça doit s'appliquer l'un sur l'autre; même chose pour le 31 mars 1996. J'essaie juste de voir, là. On a 92 000 000 \$ de déficit en 1996, 72 000 000 \$ de surplus. C'est bien ça? Donc, on aurait un déficit global d'à peu près une vingtaine de millions, dans la gestion des établissements de santé.

(Consultation)

M. Rochon: M. le Président, est-ce qu'on parle strictement des centres hospitaliers de courte durée?

M. Marsan: Non. Le total provincial, la ligne en bas.

M. Rochon: La ligne d'en bas.

M. Marsan: Je compare le 92 000 000 \$ de déficit pour l'ensemble des établissements, avec le surplus, 72 000 000 \$, ça veut dire, en gros, que dans tous les établissements de santé on finit avec un déficit global de 20 000 000 \$. C'est ce que ça veut dire, le tableau?

Une voix: Oui.

M. Marsan: Oui? Et, si je poursuis le raisonnement, 92 000 000 \$ de déficit par rapport à un déficit de l'an passé de 47 000 000 \$, c'est bien ça? O.K. Et des surplus...

M. Rochon: Oui, oui.

M. Marsan: ...de 72 000 000 \$ par rapport à des surplus de 16 000 000 \$, c'est bien ça. Ma difficulté... en tout cas, dans les centres hospitaliers de courte durée, je vois un surplus de 35 000 000 \$, dans les centres hospitaliers de courte durée et psychiatriques. Est-ce que c'est le phénomène des hôpitaux qui ont fermé, là, qui a été enclenché, qui a généré ces surplus-là? Parce que c'est... Je n'avais pas l'impression qu'il y avait beaucoup d'établissements qui étaient budgétés en surplus, au début de l'année en tout cas.

M. Rochon: ...Mme la Présidente, quelle est la question, là?

La Présidente (Mme Charest): Voulez-vous préciser votre question, M. le député?

M. Marsan: Oui, oui. Alors, je vois qu'il y a des colonnes de déficits et des colonnes de surplus. Au niveau des centres hospitaliers de courte durée, pour l'année qui se termine au 31 mars 1996, il y a des surplus de 35 000 000 \$ d'un côté, puis des déficits de 68 000 000 \$ de l'autre. À ma connaissance, M. le ministre, et je peux me tromper, le 35 000 000 \$ de surplus, là, je ne pense pas qu'il y ait eu des établissements CHCD et psychiatriques de courte durée qui auraient eu des budgets à la hausse.

(Consultation)

M. Rochon: Écoutez, le tableau, ce qu'il nous dit, c'est qu'il y a eu des établissements qui ont fait effectivement des surplus accumulés au 31 mars, pour un montant total de 35 000 000 \$. Oui, il y a eu des établissements qui ont fait des surplus pour 35 000 000 \$.

M. Marsan: O.K. Mais, pour faire des surplus, c'est important quand même, est-ce que ça veut dire qu'il y a des hôpitaux qui ont fermé en cours de route et qui sont calculés là-dedans pour générer un surplus? Parce qu'à ma connaissance c'est assez rare que le ministre aurait budgété des surplus aux établissements de santé.

M. Rochon: On n'a pas budgété des surplus. Mais, en fin d'année, il y a des établissements qui finissent, certains en déficit et puis d'autres en surplus.

M. Marsan: Mais je trouve que c'est un montant quand même assez important, 35 000 000 \$ de surplus, au moment où...

M. Rochon: Mais là, c'est bien accumulés au 31 mars. Si on veut regarder l'exercice financier de 1995-1996, sur la même ligne, il faut prendre la première colonne, là il y a un surplus, pour cette année-là, de 8 400 000 \$.

Maintenant, il y a deux choses. D'abord, c'est effectivement à partir d'un certain nombre d'établissements, dans la catégorie des centres hospitaliers de courte durée et psychiatriques pour ça. Il y a eu, en 1995-1996, un certain nombre d'établissements qui, collectivement, ensemble, ont fait pour 8 400 000 \$ de déficit. Maintenant, ça, les données qui nous sont données là, pour l'ensemble de l'exercice... Alors, ça, c'est un tableau, au moment où on le lit pour l'année, qui est fait à partir — et puis, ça, le député est sûrement familier avec cet exercice-là, vu sa vie antérieure, Mme la Présidente — de ce qui est prévu et prévisible à l'automne de l'année budgétaire en cours. Donc, à l'automne de 1995, c'est ce qu'on pouvait prévoir, de l'établissement qui serait en surplus puis d'autres qui seraient en déficit. On m'a expliqué que la pratique qui a été établie a voulu être prudente. Et, quand on fait ces prévisions pour gérer le portefeuille pendant l'année, les surplus sont estimés à la baisse. On prévoit vraiment de façon minimale les surplus qui s'annoncent et les déficits sont estimés à la hausse; et l'écart qu'on peut prévoir est maximal. Historiquement chaque année, en bout de piste, quand tous les comptes sont rentrés et que l'équilibre final est fait, l'écart est beaucoup moins grand, quand il en reste encore un, et parfois il n'y a plus d'écart ou la situation est un peu inversée.

Alors, ce qui est recherché, bien sûr, c'est un équilibre pour chaque région. Au besoin, s'il n'y a pas un équilibre complet dans une région ou dans l'autre, bien, ce qui est important, c'est que, pour l'ensemble du réseau du Québec, on vive à l'intérieur de nos budgets. Et on se comprend bien, là: les données qui sont là, ce n'est pas un bilan final de ce qu'a été le fonctionnement de l'année, c'est ce qui était prévu à l'automne et sur des prévisions faites, là, où l'écart qui est là est le maximal. D'ailleurs, quand on voit ce déficit, les chiffres de ce qui est accumulé au 31 mars, avec la consolidation des différentes années, pour tous établissements confondus à travers tout le Québec, il y a un écart seulement de 20 000 000 \$, là... sur un budget d'à peu près 9 000 000 000 \$ pour le réseau des établissements comme tels. Alors, ce n'est pas... C'est très, très dans...

M. Marsan: Ça, c'est avant les vérifications, évidemment, là, mais c'est 20 000 000 \$ de déficit pour...

M. Rochon: Non, non. Quand on parle d'accumulé, là... pour les années accumulées, il y en a beaucoup qui ont été vérifiées, là. Il y a la dernière année qui n'est pas complète. Mais toutes les années antérieures, là, ça, c'est complété, c'est fermé, c'est vérifié. Donc, ça ne bougera plus beaucoup, ces 20 000 000 \$ là.

M. Marsan: O.K.

M. Rochon: Et on voit la différence parce que, tous établissements confondus, accumulez ce nombre de plusieurs années, sur un budget de 9 000 000 000 \$, il y a 20 000 000 \$ d'écart, alors que les chiffres qu'on regardait pour juste l'exercice 1995-1996... si on ne regarde que les CHCD, on a un écart de 26 000 000 \$. Alors, pour une année, l'écart pour une catégorie d'établissements est plus grand que l'écart accumulé pour tous établissements confondus à travers tout le Québec.

M. Marsan: Alors, comme on est dans l'opération des crédits...

M. Rochon: Ah oui! Puis maintenant, pour compléter ça, là, ça, ça ne reflète pas une situation qui est hors contrôle, là. Ça aussi, le député le sait très bien. Il y a un certain nombre d'établissements qui sont responsables de ces déficits-là et il y a un nombre de moins en moins grand d'établissements qui, pour différentes raisons, n'ont pas réussi à atteindre un équilibre budgétaire et vivent avec leur budget. Une des choses qui se passent de façon très accélérée et beaucoup plus intense avec la réorganisation du réseau, c'est d'amener tous les établissements à l'atteindre, l'équilibre budgétaire, et à vivre à l'intérieur de leur budget. Alors, les écarts qu'on voit là devraient aller en s'amenuisant plutôt qu'en augmentant.

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

M. Marsan: Alors, les crédits qui nous sont déposés, c'est pour la prochaine année. Ma question: Est-ce que vous prévoyez, l'an prochain, un équilibre des comptes qu'on vient de voir, c'est-à-dire que l'ensemble des établissements de santé devraient respecter globalement les budgets que vous leur allouez au moment des crédits?

M. Rochon: Évidemment, ce qu'on vise, M. le Président, c'est... Ce 20 000 000 \$ d'écart sur un budget de 9 000 000 000 \$, on vise à le réduire à zéro et même, pour certaines catégories d'établissements, à avoir des surplus qui peuvent être redistribués à d'autres catégories d'établissements ou à d'autres programmes, hors établissements.

M. Marsan: Mais c'est avec les coupures... Les coupures qui sont annoncées, là, 669... globalement, là,

on pense être en mesure de faire un équilibre dans le réseau. C'est ce que vous nous affirmez aujourd'hui?

M. Rochon: C'est à ça que tout le monde s'affaire dans le réseau, M. le Président.

M. Marsan: Merci, M. le ministre. Prochaine question... je pense que c'est à la page 186, 187...

M. Rochon: On est toujours dans le même bouquin, M. le Président?

Réorientation de la vocation de l'hôpital d'Armagh

M. Marsan: On est toujours dans le tome I, M. le ministre. Alors, c'est la nouvelle mission des établissements, la mission renouvelée des centres hospitaliers. Je voudrais attirer votre attention, M. le ministre, sur un établissement. C'est dans le comté de Bellechasse. C'est l'hôpital d'Armagh qui, semble-t-il, va être obligé de fermer ses portes à court terme. C'est l'hôpital d'Armagh. Je pense que vous le connaissez, c'est un hôpital... Je crois qu'au permis c'est autour de 20 lits dont 14 de ces lits-là sont des lits pour des personnes en hébergement ou en soins prolongés, peut-être.

• (18 h 30) •

La question que j'essayais de voir... Je me suis permis, avec le député de Montmagny-L'Islet, d'aller visiter ce centre hospitalier, de rencontrer la population aussi et un certain nombre d'employés, et notre difficulté de bien comprendre la décision, votre décision de fermer cet établissement-là, bien, c'est que ces patients-là devront être relocalisés dans un endroit qui va être sûrement plus loin que leur patelin — l'endroit qui dessert l'hôpital, c'est la ville d'Armagh — et on se demande vraiment quelle est la logique de transférer des patients de cette façon-là. Je pense qu'il y avait peut-être des améliorations puis je pense qu'ils ont même proposé des choses, parce qu'ils ont six lits en soins de courte durée, puis il y avait peut-être des avenues qui auraient été en accord avec les objectifs de la réforme. Alors, nous avons été vraiment surpris et nous avons essayé de trouver la motivation profonde de déplacer ces patients-là.

Du point de vue économique, je pense qu'on peut se questionner. Il va y avoir un coût qui va être associé à un autre endroit. Au niveau administratif, est-ce qu'il y avait des dédoublements? Non, c'est la réponse, puisque la direction regroupe cinq établissements actuellement. Je pense qu'il y a déjà un effort de rationalisation qui est fait dans ce coin-là.

Alors, la question, M. le ministre, c'est: Pourquoi, quelles sont les raisons profondes de la fermeture de l'hôpital d'Armagh?

Une voix: Le député de Bellechasse serait fier de toi.

M. Marsan: Dans le comté de Bellechasse.

M. Rochon: C'est ça. Alors, M. le Président, si le député, en plus de son collègue de Montmagny-L'Islet, avait invité le député du beau comté de Bellechasse, il y a beaucoup d'éléments... il aurait eu les réponses à ses questions, parce que le député de Bellechasse, M. Lachance, a été très impliqué, a très bien appuyé sa population, a travaillé avec elle, il connaît très bien la situation et il aurait pu, sur place, avec tout le monde, tout expliquer très bien aux deux députés qui ont visité le comté.

M. Marsan: Si vous permettez. Je ne pense pas que le député de Bellechasse aurait été le bienvenu dans la ville d'Armagh.

M. Rochon: Non, le député aurait été bienvenu. Il vous aurait expliqué, parce qu'il a eu le courage de travailler avec la population pour qu'on en arrive à prendre des décisions qui n'étaient pas faciles, qui n'ont pas été acceptées par tout le monde. On peut sûrement circuler puis trouver des gens qui n'étaient pas d'accord avec la décision. Ce qu'il faut savoir, M. le Président, et le député pose sa question en fonction de la rationnelle, et la rationnelle, entre autres, économique, a-t-il dit, de ce qui a été fait... Il faut savoir que, dans toute cette partie de la région de Chaudière-Appalaches, il y a un excédent de plusieurs centaines, je pense que c'est 300 ou 400 lits de soins de longue durée qui sont en excédent, compte tenu de la population et des besoins de la population, et surtout, dans beaucoup de ces comtés, la population est en diminution, y compris la population de personnes âgées, plutôt qu'en augmentant.

La régie régionale a eu un travail d'hercule à faire pour venir à bout de s'entendre avec la partie sud de sa région, alors que, sur la partie nord de la région, sur le littoral de la région Chaudière-Appalaches, il y a un déficit d'à peu près équivalent, de plusieurs centaines de lits de longue durée pour les gens. Alors, il y a vraiment un transfert de ressources majeur à faire, ce qui fait qu'effectivement beaucoup... Et c'est beaucoup de petits établissements, de 15, 20, 25 lits, qui étaient des centres d'hébergement d'une autre époque, qui avaient été créés, qui, de toute façon, en général, ne peuvent plus répondre aux besoins d'hébergement des personnes présentement, qui doivent être fermés ou transformés pour faire d'autres services, mais qui ne peuvent plus correspondre à cette mission-là. Et, au total, il y en a quelques centaines à fermer dans toute cette partie de la région et à en développer autant dans le nord parce que la population est là, et c'est là qu'elle se développe présentement. Et c'est ce qui a été fait. Il y a un développement important de places, il y en a quelques centaines qui ont été faites sur le littoral de la région pendant qu'on commence à faire une attrition de places dans le sud de la région pour apporter l'équilibre. Alors, la raison, elle est là.

Maintenant, dans tout ce qui est fait comme changement, et je pense que la population le réalise de plus en plus et quand on fait le tour et qu'on voit tous

les gens, l'établissement qui était l'hôpital d'Armagh va rester un établissement de santé et la population va y voir s'organiser les soins de courte durée sur une base ambulatoire, l'accès à des services de petite urgence, de sorte que les services de santé, comme on a souvent répété et rappelé, qui sont de 85 % du volume de consommation de services, vont être disponibles sur place, et c'est une réorientation de mission pour cette bâtisse-là et pour cet établissement-là, M. le Président.

M. Marsan: Pour être sûr de bien se comprendre. On ne parle pas de fermeture de l'hôpital d'Armagh, on ne parle pas de la fermeture de l'hôpital d'Armagh, on parle cependant de fermer la partie du permis, les 14 lits, je pense bien que c'est ça, de longue durée...

M. Rochon: De longue durée, oui.

M. Marsan: On ferme la longue durée, on va convertir les lits de courte durée en centre ambulatoire. C'est ce que vous nous dites. C'est ça?

M. Rochon: C'est ça.

M. Marsan: Je vous remercie, M. le Président.

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

M. Williams: Merci, M. le Président. Puis, M. le ministre, vous avez passé votre fin de semaine, votre congrès, que j'ai questionné la semaine passée, les feux d'artifice sont finis. J'essaie de décoder entre tout le brouillard ce que vous avez vraiment décidé. Et, selon toute mon information, M. le ministre, vous n'avez pas rejeté la résolution qui dit que vous voulez mettre en doute l'avenir de la loi n° 142. La résolution a été reportée pour étude future. C'est ça que j'ai entendu, mais vous pouvez me corriger.

Changement de mission de l'hôpital Jeffery Hale

Mais j'aimerais parler de concret, M. le ministre, et je voudrais utiliser la même section que le député de Robert-Baldwin a commencée, et j'ai deux questions. Une, c'est sur la mission renouvelée des centres hospitaliers transformés, et je parle de Jeffery Hale. Vous avez ici une liste, le volet ambulatoire, les 96 lits d'hébergement et tout ça, mais ma question est claire et simple, M. le ministre: Avec tous ces changements et aussi, dans ce cas, à mon opinion, une fermeture de facto, comment vous allez garantir, pour les personnes qui viennent de communautés d'expression anglaise, un bon accès à leur système de santé et services sociaux, ici, à Québec? En réalité, en termes concrets, qu'est-ce que vous avez mis sur pied pour protéger les citoyens avec ce changement radical?

M. Rochon: M. le Président, est-ce que je peux lui demander s'il y a une ou deux questions à laquelle le député veut que je réponde?

M. Williams: Il y a une question, là, et je commence avec la première.

M. Rochon: Quelle est la question, M. le Président?

M. Williams: Qu'est-ce que tu fais, là, qu'est-ce que tu fais de vraiment concret pour protéger la communauté d'expression anglaise? Pas juste des bons discours. Vous êtes en train de fermer l'hôpital, le seul hôpital anglophone de l'est de Montréal. Qu'est-ce que vous avez fait concrètement pour assurer l'accessibilité des services?

M. Rochon: Bon. M. le Président, l'hôpital Jeffery Hale est un établissement qui fait partie de la vie de la région de Québec, qui a rendu de grands services à sa communauté et qui va en rendre encore, M. le Président. Mais c'est effectivement un établissement qui, dans la reconfiguration, la réorganisation des services, doit modifier sa mission pour l'avenir pour correspondre plus aux besoins de la population, et les besoins de la population sont plus de soins de longue durée et moins de lits de courte durée. Et dans les services de santé, de plus en plus, on sait qu'on en fait de plus en plus en ambulatoire, donc il y avait besoin de beaucoup moins de lits dans la région de Québec, il fallait diminuer, je pense, de 500 à 600; tous les scénarios ont été regardés, et ça a amené à identifier les établissements, dont le Jeffery Hale, où, pour le plus grand bien de la population, il fallait orienter la mission de cet établissement autrement, vers des soins de longue durée et des soins ambulatoires.

● (18 h 40) ●

Les services de courte durée hospitaliers, avec hospitalisation, pour toute la communauté anglophone de la région et autour de la région de Québec, déjà, une grande majorité des gens se rendaient, pour aller chercher des services d'hospitalisation, dans d'autres établissements que le Jeffery Hale. Et ça, ce n'est pas surprenant parce qu'à Québec spécialement, traditionnellement, historiquement, c'est-à-dire, il y a eu une répartition de spécificités très claire entre les différents établissements et, dépendant des besoins, que ce soit un problème cardiaque, un problème qui est plus relié à un cancer, ou quoi que ce soit... il y a des missions d'établissement très, très bien identifiées et la communauté anglophone avait accès à l'ensemble de tous les établissements, allait, va encore et ira encore dans l'ensemble des établissements, selon ses besoins. Et, de toute façon, l'hôpital Jeffery Hale ne fonctionnait pas essentiellement en fonction d'une clientèle anglophone mais était vraiment un établissement qui recevait probablement plus de clients de langue française que de langue anglaise.

Alors, de laisser entendre ou de penser — je respecte qu'on puisse peut-être s'inquiéter — que le

changement de mission de Jeffery Hale vers un établissement qui va donner des services ambulatoires, qui va donner des services de longue durée risque de faire en sorte que la population anglophone de la région n'aura pas accès à des services d'hospitalisation de courte durée dans la langue anglaise, ce n'est pas du tout la réalité. Je rappelle que nous avons une obligation légale de s'assurer que les services soient accessibles, que la région régionale doit faire un plan d'accès, et que le plan d'accès va identifier et préciser, parce qu'il y en a déjà beaucoup qui sont identifiés en dehors de Jeffery Hale, les établissements où la population peut avoir accès. Alors, il n'y a pas de relation de cause à effet à faire avec le changement de mission de Jeffery Hale. Et le Jeffery Hale, encore une fois, ce n'est pas un établissement qui est fermé, c'est un établissement qui va continuer à exister, à rendre des grands services à la communauté anglophone, et aussi francophone, dépendant de la demande de la population.

M. Williams: M. le ministre, est-ce que j'ai bien et bien compris que vous allez obliger les autres établissements d'avoir cette obligation légale, dans un décret qu'on appelle un programme d'accès, de rendre les services pour la communauté d'expression anglaise? Est-ce que vous allez transférer légalement cette responsabilité dans les autres établissements du territoire de Québec?

M. Rochon: Ce que j'ai dit, M. le Président, c'est que dans... comme toutes les régions régionales, seule la région de Québec doit revoir et ajuster son plan d'accès pour assurer l'obligation légale, l'article 15 de notre loi qui dit qu'il y a un droit pour les personnes de langue anglaise de recevoir des services en langue anglaise, et l'article, je pense, 348, qui dit que la région doit faire un plan d'accès qui indique les établissements qui doivent assurer les services en langue anglaise. Et c'est ce que la région régionale fait, c'est ce qu'on va faire, c'est ce qu'on a toujours dit qu'on ferait.

M. Williams: On verra.

M. Rochon: On verra bien.

Hôpital pour anciens combattants de Sainte-Anne-de-Bellevue

M. Williams: Deuxième question. Et ce n'est pas noté dans la liste des centres hospitaliers transférés, mais je voudrais questionner sur un cas spécifique, parce que, ici, au Québec, nous avons beaucoup de choses assez uniques et distinctes. Et une des choses que nous avons, nous avons le seul hôpital des anciens combattants qui reste au Canada. Nous avons le seul. C'est le dernier. Et, quelle grande surprise...

M. Rochon: Sainte-Anne-de-Bellevue.

M. Williams: C'est dans Sainte-Anne-de-Bellevue, dans le beau comté de Nelligan.

Une voix: ...

M. Williams: Pardon, M. le député de Robert-Baldwin? Dans le beau comté de Nelligan.

M. Rochon: ...autour de la table.

M. Williams: Oui. Et c'est un excellent hôpital pour les anciens combattants, sauf qu'on est en train de faire des changements aussi. Moi, je me souviens de la dernière fois que l'hôpital était dans les manchettes, c'était à cause de potentielles fraudes électorales que nous avons eues pendant le dernier référendum avec 10 % des bulletins rejetés dans les deux bureaux de vote. Mais je ne parle pas de ça aujourd'hui, M. le ministre.

Une voix: Pertinence.

Une voix: Mais il n'en parle pas, ça fait qu'il n'y a pas de pertinence.

M. Williams: Je ne parle pas de ça...

M. Rochon: ...comprendre ce qui se passe à l'hôpital de Bellevue.

M. Williams: Non, je ne parle pas de ça. Je voudrais vous questionner, M. le ministre, parce qu'on dépense plus ou moins la moitié du budget, de l'argent du ministère de la Santé, 52 000 000 \$, on dépense plus ou moins 26 000 000 \$ de notre argent de santé et services sociaux. Dans vos plans, avez-vous étudié ou est-ce que vous êtes en train de parler avec vos homologues fédéraux pour avoir une meilleure utilisation de cette bâtisse? Est-ce que vous êtes en train de peut-être trouver une façon qu'on pourrait avoir deux missions de cette bâtisse: une pour les anciens combattants, mais aussi, l'autre, pour le système de santé et de services sociaux québécois?

M. Rochon: M. le Président, il y a des négociations en cours depuis un bon moment, effectivement, entre le gouvernement fédéral et le Québec pour l'avenir de l'hôpital de Bellechasse, et il est question de...

M. Williams: L'hôpital de où?

M. Rochon: De Bellevue.

M. Williams: Sainte-Anne-de-Bellevue.

M. Rochon: La belle vue et la belle chasse, ça va un peu ensemble aussi, de toute façon.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Surtout à cette-heure-là.

M. Rochon: Plus la vue est belle, meilleure est la chasse. Ha, ha, ha!

Des voix: Oh! Oh!

M. Rochon: Oui, il y a des négociations qui sont en cours, M. le Président, pour voir si l'établissement peut être transféré, ce qu'on en fait dans l'avenir. Mais c'est des négociations qui ne sont pas terminées.

M. Williams: La bâtisse peut être transférée? C'est ça que vous avez dit?

M. Rochon: Ah! je pense qu'il y a des...

M. Williams: Est-ce que vous pensez que le gouvernement fédéral va transférer à un gouvernement péquiste qui veut briser notre pays sa bâtisse, là? Est-ce que c'est ça que vous avez dit?

M. Rochon: On peut être surpris, M. le Président, de ce qui peut arriver.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avec l'appui du député de Nelligan peut-être.

Une voix: Pas de problème.

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

Une voix: ...

M. Williams: Pardon, monsieur?

M. Rochon: Sérieusement, M. le Président, la plupart — effectivement, c'est probablement le dernier — des établissements qui étaient des hôpitaux de vétérans ont été transférés, vendus dans différentes conditions, du gouvernement fédéral au gouvernement provincial, à différentes époques. Ça s'est fait entre gouvernements qui peuvent collaborer ensemble, peu importent certaines difficultés à certains moments. D'ailleurs, un des pavillons du CHU à Québec, qui était connu, le pavillon du CHUL, a été la transformation de ce qu'était l'Hôpital des Vétérans à Québec précédemment. Alors, dans les scénarios qui sont...

Une voix: Côte-des-Neiges, à Montréal.

M. Rochon: C'est ça. À Montréal, il y a l'hôpital Côte-des-Neiges, je pense, qui a été la même chose aussi. Alors, dans les scénarios possibles, on peut, en fait, considérer, si on s'entend sur les conditions, qu'il peut y avoir un transfert de propriété dans les meilleurs termes. Ça pourra surprendre le député. On verra. De

toute façon, on va essayer de trouver... Nous, on est très ouverts, on est toujours prêts à collaborer avec tout gouvernement de ce monde pour le bien-être de la population du Québec, M. le Président.

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

Plan de redéploiement de la main-d'oeuvre

M. Marsan: Merci, M. le Président. J'aimerais maintenant aller à la page 207, sur le plan de redéploiement, 207, 208 et 209 peut-être. Ça va? Alors, j'aimerais savoir d'abord combien de personnes doivent être redéployées. À la page 208, ma compréhension, «c'est-u-826, le total pour les établissements de la page précédente et les établissements à la page 208? Ce serait 826 personnes qui ont été redéplacées?

M. Rochon: Bon. On parle de quelle page, là, de 207, 208 ou les deux?

M. Marsan: Non. Le total, à la page 208, on voit le chiffre 826 dans la colonne Redéploiements sur équipes de remplacement. Alors, est-ce que je comprends que c'est les trois centres hospitaliers, Saint-Laurent, Lachine et Saint-Michel, ces trois établissements-là? Je suis sous l'impression, mais on pourra vérifier, qu'il y a quand même beaucoup plus d'employés que ça. Si je prends pour Lachine, par exemple, il y a au moins 400 employés. La dernière fois que j'ai pu visiter l'établissement, il me semble que c'est le chiffre qu'on m'a confirmé. Qu'est-ce qui arrive, là? Est-ce qu'on peut partir de cet exemple-là, M. le ministre, pour nous dire clairement comment ça fonctionne le plan de redéploiement?

M. Rochon: Bon, voilà. Alors, si on prend le tableau de la page 208, M. le Président, les trois centres hospitaliers impliqués, Saint-Laurent, Lachine et Saint-Michel, il y en a deux, Saint-Laurent et Lachine, si on lit le tableau, qui sont des fermetures complètes, et Saint-Michel, comme on le sait, c'est une transformation, un changement d'oeuvre, comme on dit dans le tableau, pour devenir un hôpital de longue durée.

Les inscriptions. La colonne suivante nous dit que les inscriptions au 31 mars 1996 sont le nombre de personnes qui sont des réguliers, donc des sécuritaires qui sont affectés par la transformation, la modification de mission des établissements.

M. Marsan: Ce sont ceux qui ont la sécurité d'emploi...

M. Rochon: Voilà.

M. Marsan: ...qui ont les deux ans et plus. O.K.

M. Rochon: C'est ça. Alors, ceux qui n'apparaissent pas là et qui peuvent être en plus employés de l'hôpital, c'est ceux qui ne sont pas des employés sécuritaires, donc qui sont...

M. Marsan: Les deux ans et moins, ceux dont on a parlé tantôt.

M. Rochon: C'est ça.

M. Marsan: O.K.

• (18 h 50) •

M. Rochon: Voilà. Alors, il y a donc un total de 1 122. Et là on voit que, présentement, dans la première ronde, si vous voulez, du redéploiement des ressources, de ces gens-là, il y en a 126 qui ont été remplacés, réorientés, sur un poste. O.K. Il y en a 170 qui ont choisi le départ avec le programme assisté et il en reste 826 qui sont présentement dans la banque du personnel qui va être en remplacement dans différents établissements, dans différents programmes, pour différentes périodes de temps. Et ce 826 là, à mesure que les mois vont passer, va diminuer à mesure que les gens vont trouver un poste, un nouveau poste permanent. Alors, comme c'est un grand nombre, 1 000 personnes qui se déplacent, dans certains établissements qui conservent des postes, qui avaient des postes de libres, on remplace tout de suite. Mais les autres où il faut que les postes se libèrent ou que les transferts se fassent, il faut s'assurer que les gens ne restent pas... qu'ils ne sont pas renvoyés chez eux à ne rien faire et en leur disant: Ne nous appelez pas, nous vous appellerons un jour. Tout le monde est gardé avec un lien d'emploi avec le réseau et tout le monde fait partie d'un groupe d'employés qui vont être occupés le mieux possible et à meilleur escient tant que tout le monde ne sera pas remplacé sur un poste définitif. C'est comme ça qu'il faut lire le tableau.

M. Marsan: Alors, dans la colonne des 826, c'est 826 employés qui, maintenant, sont affectés dans d'autres établissements. C'est ça?

M. Rochon: Sur une base temporaire.

M. Marsan: Sur une base temporaire, en attendant qu'il y ait des postes qui s'affichent...

M. Rochon: C'est ça.

M. Marsan: ...pour qu'ils puissent réintégrer... O.K. Ma préoccupation, nous en avons déjà parlé ensemble, et je me suis permis d'en parler avec mes anciens collègues du réseau et avec différentes personnes, et ce que je reçois comme information, c'est que ces gens-là qui quittent des établissements qui ont fermé et qui ont été convertis, eh bien, ils sont en surplus dans les autres établissements.

Je comprends qu'il y a des programmes de départ assisté. Je comprends qu'il y a toujours un certain

déplacement habituel, soit que des gens vont prendre leur retraite ou d'autre chose. Mais, globalement, les établissements de santé font face à un surplus de personnel pour lequel ils n'ont pas les argents au niveau de leur budget, pour lequel le ministère n'a rien budgété. Donc, il y aurait une difficulté financière additionnelle au réseau de la santé ou à certains établissements qui ont été désignés pour recevoir ces employés-là.

M. Rochon: M. le Président, je ne sais pas s'il y a eu des difficultés momentanées, pointues, à un moment donné, dans un établissement ou l'autre, mais la situation n'est pas celle qui est décrite par le député de Robert-Baldwin.

Les gens qui sont sur les équipes de remplacement, ils ne sont pas en surplus. Ils sont en surplus quant au nombre de postes mais ils remplacent dans des établissements où ils sont, de façon temporaire... ils remplacent les TPO qui, eux, faisaient du remplacement avant. Alors, le remplacement est fait d'abord par les sécuritaires, ceux qui ont un poste sécuritaire, qui ne sont pas encore remplacés dans un autre poste définitif. C'est ces gens-là qui font le remplacement. Et je ne pourrais pas vous dire, de mémoire, le nombre total de personnes sur des postes occasionnels qui faisaient du remplacement, mais il est pas mal supérieur au nombre de personnes qui sont ici. Donc, il reste encore des TPO, même, qui font du remplacement.

On me rappelle que, dans l'ensemble de la main-d'oeuvre, les temps pleins occasionnels, ils sont 18 % de l'ensemble... Non.

Une voix: Les temps partiels.

M. Rochon: C'est ça, les temps partiels occasionnels, c'est 18 % de la main-d'oeuvre. Alors, le nombre de postes dans le réseau, on l'a dit tout à l'heure, c'est 160 000, 170 000. Alors, prenons le cinquième de ça, ça vous donne le nombre de personnes qu'il y a là. Alors, voilà. Donc, il y a moins de TPO qui font du remplacement, comme on l'a dit tout à l'heure. Il y a des sécuritaires qui font les remplacements à leur place. Il reste encore un certain nombre de TPO. Et, encore une fois, on espère que le roulement de la main-d'oeuvre va faire qu'on va pouvoir équilibrer et faire de la place aux jeunes au plus vite.

M. Marsan: Il y a des catégories d'emplois pour lesquelles c'est peut-être plus difficile à replacer. Je pense à soit des techniciens de laboratoire, radiologie, inhalothérapie, ou autres, et à ce moment-là qu'est-ce qui arrive? Est-ce qu'on demande à ces gens-là qui ont une formation dans un secteur technique bien précis de remplacer sur des postes pour lesquels ils ne sont peut-être pas nécessairement formés ou, je ne sais pas, sur un poste de préposé aux bénéficiaires? Comment ça fonctionne au niveau des catégorisations d'emplois?

M. Rochon: M. le Président, le député a donné l'exemple des techniciens de laboratoire. Les techniciens et les techniciennes de laboratoire, ce n'est pas un bon exemple de ce qu'est la situation de l'ensemble des gens qui sont affectés par la transformation parce que, pour les techniciens et les techniciennes de laboratoire, il y a un autre phénomène concurrent qui se passe, indépendamment de la transformation qu'on fait dans le réseau, qui est celui du développement technologique dans le domaine des laboratoires. Il y a toute la robotisation qui est possible dans le domaine des laboratoires, et partout dans le monde. Il y a effectivement un groupe de la population dont le travail, les conditions de travail sont en changement assez rapide présentement.

Maintenant, de façon générale, pour le réseau, ce redéploiement de personnel s'accompagne de programmes de formation et, comme le jargon dit, d'adaptation de main-d'oeuvre. Alors, selon les besoins... Prenons le cas, qu'on peut plus imaginer tout le monde, d'une infirmière. Alors, une infirmière, avec sa formation de base, peut s'orienter de différentes façons. On comprendrait qu'une infirmière qui aurait travaillé pendant 20 ans dans un bloc opératoire et qui choisit d'aller travailler dans un CLSC ou dans un établissement de soins de longue durée... elle a sa formation de base mais elle peut avoir besoin d'une période de réadaptation ou d'adaptation pour apprendre, être mise à jour sur ce qui est le développement technique de comment on procède aujourd'hui comparativement au moment où elle était en formation dans un domaine ou dans l'autre. Et, dans certains cas, ça pourrait être des programmes de formation plus importants, comme dans le cas des gens qui travaillent dans les laboratoires, si le redéploiement fait que, pour d'autres transformations en plus de celles du réseau, comme dans le cas des laboratoires, s'il fait qu'il y a moins de personnel, il y aura moins de personnel de disponible de ce côté-là.

Donc, le redéploiement de la main-d'oeuvre, ce n'est pas juste un jeu de blocs pour déplacer des gens, c'est vraiment un programme de planification de main-d'oeuvre, qui se fait pour la première fois de façon vraiment rigoureuse dans le réseau, pour réorienter les gens sur des profils de carrière qui tiennent compte des changements qui se sont faits au plan de la technologie et qui tiennent compte de la vision qu'on a maintenant, de plus en plus claire, de ce que sera ce réseau et comment il va se développer dans les prochaines années.

M. Marsan: À la page 211, je pense que c'est la page suivante, on a le sommaire des activités du SPSSS, le Service de placement, en 1995-1996, les salariés en sécurité d'emploi, et nous avons un solde, au 31 mars 1996, de 1 532 employés. Alors, est-ce que ces employés-là font aussi partie du plan de redéploiement, tel que vous l'avez mentionné tantôt? Est-ce que c'est, je vais utiliser une expression, le «club MED», qu'on a déjà appelé? Est-ce que ces employés-là se regroupent dans le Service de placement du secteur de la santé et des services sociaux?

M. Rochon: Oui, M. le Président. D'ailleurs, si on remarque bien, à côté du chiffre 1 532, il y a une petite étoile qui renvoie à la note au bas de la page qui dit que ces 1 532 personnes sont inscrites sur des équipes de remplacement. Alors, la réponse, c'est oui, ces gens-là font partie du programme de qualification de main-d'oeuvre et font partie des équipes de remplacement dans le réseau.

M. Marsan: Qu'ils soient inscrits, je comprends, mais est-ce qu'ils remplacent vraiment ou est-ce qu'ils sont chez eux payés à ne rien faire? Vous pouvez nous assurer que ces 1 532 personnes-là, employés, sont dans le réseau sur des postes de remplacement actuellement?

M. Rochon: Toutes les personnes... On n'a pas de situation de «club MED», c'est-à-dire de situation où des gens ont été envoyés à leur domicile en leur disant: Quand on vous aura trouvé une place, on vous rappellera. Tout le monde est sur les équipes de remplacement et, au total, on me dit que le volume nécessaire de remplacement occupe tout le monde. Peut-être qu'à certains moments une personne va faire quatre jours dans sa semaine au lieu de cinq, tous ne font pas nécessairement 40 heures par semaine, mais tout le monde est en remplacement. Il y a du volume de travail pour tout ce monde-là.

M. Marsan: Juste pour être certain. Il y a le programme de redéploiement, puis je le comprends, suite aux hôpitaux qui ont fermé, mais il y a toujours eu, au ministère, le Service de placement qu'on a connu. Les établissements, antérieurement, lorsqu'ils abolissaient un poste, envoyaient la personne ou l'employé sur le Service de placement et ce Service-là était payé par le ministère et non par l'établissement. Alors, vous nous dites qu'aujourd'hui les gens qui sont dans le Service de placement sont retournés dans l'établissement, c'est ça, ou dans d'autres établissements, je pense, ça peut être un ou l'autre, et que le budget, maintenant, est aussi transféré à l'établissement, c'est-à-dire que... O.K. D'une façon concrète, un administrateur abolit un poste dans tel secteur, il ne peut plus envoyer l'employé au Service de placement, il est obligé de le reprendre après. Il fait un beau plan de redressement, avec beaucoup de courage et beaucoup de difficultés, et il est obligé de reprendre tous les employés dont les postes ont été abolis, et c'est à ses frais. Ça ressemble à ça?

● (19 heures) ●

M. Rochon: Bon, voilà. Les établissements reçoivent leur budget et ont à gérer un budget pour les comptes de leur mission, donner les services qu'ils doivent donner, répondre à la demande, en répartissant ce budget-là, en le gérant, pour employer des gens, certains sur des postes, puis d'autres, en remplacement d'autres qui ont des postes et d'autres en occasionnel. Et ils fonctionnent à l'intérieur de leur budget en ayant du personnel qu'ils peuvent assumer avec leur budget. Les

gens qui, effectivement, étaient des gens qui étaient sur la liste de disponibilité et qui étaient sur ce qu'on appelle le «club MED», parce qu'ils attendaient qu'on les appelle, ne sont plus dans cette situation-là parce que les conventions collectives qui ont été modifiées, puis, comme on l'a dit souvent, on s'est vraiment donné... C'est plus que de la rhétorique, là, on s'est donné une mécanique, une approche de planification de main-d'oeuvre. Et alors que des sécuritaires, avant, ne pouvaient pas être utilisés pour faire du remplacement mais étaient en attente tant qu'ils n'avaient pas trouvé un poste, la différence actuellement, c'est qu'au lieu d'attendre ils font du remplacement à la place des occasionnels. Alors, c'est ce qui explique qu'on n'a plus de monde sur le «club MED», que tout le monde qui est en attente d'avoir son poste définitif est, dans la période transitoire, en remplacement.

Maintenant, il faut bien comprendre, c'est une période de transition, de rééquilibrage. Et c'est vrai de dire que, quand une personne doit quitter un établissement, son salaire doit être assumé par l'employeur, l'établissement d'où elle part. Et, avant, on en a connu certains qui ont géré des établissements du réseau de la santé à une autre époque, qui étaient dans une belle situation et qui, pour équilibrer leur budget, s'ils décidaient de diminuer le nombre de personnel, envoyaient du monde qui passait par le «club MED», comme on dit, puis l'établissement se lavait les mains, il n'avait plus rien à voir avec eux autres. Mais, de toute façon, leur salaire était payé par le réseau, était payé par le budget qui était donné à l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux. Là, la différence, c'est qu'au lieu d'avoir fait un autre compte à part, à côté, pour payer ces gens-là l'établissement continue à assumer le salaire de la personne tant qu'elle n'est pas replacée, et ça fait une énorme différence à plusieurs points de vue. Dans l'ensemble, c'est très positif.

Parce qu'on s'est aperçu que l'établissement qui, pour équilibrer son budget, réorganisait son personnel autrement et que ça impliquait qu'il y avait des gens qui partaient, il n'y avait aucune motivation pour l'établissement d'aider, de collaborer à trouver une place à des gens, aucune, parce qu'il n'assumait pas le salaire. Maintenant que les établissements assument le salaire, ça les amène à travailler plus ensemble avec la régie régionale dans le cadre du mécanisme qui est développé pour replacer tout le monde, soit que le salaire soit assumé parce que les gens font du remplacement ailleurs puis qu'il y a un autre établissement qui peut les payer à faire du remplacement, ou que les gens, le plus vite possible, retrouvent un autre poste. Alors, ça a été fait comme ça sciemment pour mettre les incitatifs aux bonnes places, sur les décideurs qui, s'ils décident de travailler ensemble, puis c'est ce qu'ils font présentement, peuvent rapidement trouver des décisions plutôt que de désresponsabiliser tout le monde dans une opération comme ça.

M. Marsan: Au moment où vous avez transféré ce qu'on peut appeler le Service de placement, quel était

le coût assumé par le ministère? Ce que je veux savoir, c'est combien le ministère a transféré aux établissements en termes de coût, peut-être en nombre de personnes aussi.

(Consultation)

M. Rochon: Je ne sais pas, là...

M. Marsan: O.K. Il y a eu, à un moment donné, une décision du ministère qui a changé les règles du jeu. Auparavant, le ministère assumait la responsabilité du Service de placement avec le nombre d'employés et les coûts. Vous nous dites que ça a été changé; maintenant, ce sont les établissements. Moi, ce que je veux savoir, c'est combien. Quelle est la facture que vous avez refilée aux établissements?

M. Rochon: Deux choses. Si on veut prendre un indicateur, le sous-ministre adjoint aux ressources humaines me dit que, par exemple, dans le tableau de la page 211, un solde, par exemple, au 31 mars 1995, de personnel, de 489 personnes qui n'étaient pas replacées...

M. Marsan: 1489?

M. Rochon: Non, non. Regardez à la page 211, qui est la page qui était...

M. Marsan: Je suis là. C'est là que je suis.

M. Rochon: ...que vous avez identifiée.

M. Marsan: Oui.

M. Rochon: Si on prend, pour avoir un indice, un point de repérage...

M. Marsan: Oui.

M. Rochon: ...la première colonne à gauche qui donne un total de 489 personnes qui, au 31 mars 1995, étaient en disponibilité, non replacées, ça, ça veut dire une masse salariale de 10 000 000 \$. Bon. Maintenant, au moment où on dit que les établissements doivent, en fait, porter la charge du salaire des personnes, pourtant, qui n'ont pas été retrouvées ailleurs, il faut bien dire qu'en même temps, dans la réorganisation du réseau, le ministère, à partir des sommes qu'il gardait auparavant pour faire des opérations comme ça, c'est des sommes qu'on retrouve maintenant dans les enveloppes régionales. Ça, il faut vraiment comprendre ça. Tout le financement du réseau se fait d'abord par une allocation aux régions — on l'a vu par une question antérieure — en s'assurant qu'on assure une équité entre les régions. On a des indices qui nous permettent de suivre ça. Donc, l'argent que le ministère avait pour payer ça avant, il le met dans les régions et les régions le répartissent en

fonction de leur plan de transformation aux établissements.

Alors, c'est un transfert, pas seulement d'une facture, c'est un transfert de responsabilité mais avec les ressources et la responsabilité de gérer ces ressources humaines là, qui peuvent être pas mal mieux gérées dans le cadre des programmes qu'on a sur une base régionale que dans le cadre d'un grand mécanisme, au niveau de l'ensemble du Québec, où on ne faisait pas vraiment... On faisait beaucoup plus de la gestion de listes de personnel. On réussissait à rejoindre les individus en cas par cas, mais il n'y avait pas la gestion d'une dynamique de planification de main-d'oeuvre comme il se passe actuellement. Donc, si le député craint qu'on ait transféré, décentralisé une facture, comme certains gouvernements ont déjà fait au Québec, dans un passé pas si éloigné, ce n'est pas ça qui s'est passé dans ce cas-là. L'argent est distribué et alloué sur une base de région, réparti entre les établissements, et la responsabilité va avec ceux qui ont l'argent.

M. Marsan: O.K. Si je comprends ce que vous me dites, le coût qui est assumé par le ministère pour le Service de placement a été transféré aux régies régionales.

M. Rochon: Avec les ressources, a été transféré dans les régies.

M. Marsan: En tout cas, si c'est 10 000 000 \$ ou 30 000 000 \$, à un moment donné, il y a eu une coupure. Ce n'est plus assumé par le ministère, le ministère n'a pas gardé l'argent...

M. Rochon: Non.

M. Marsan: ...dans sa grande bonté et il l'a donné aux régies. C'est bien ça?

M. Rochon: Mais pourquoi le député dit ça, M. le Président? Je lui donne une réponse, je lui explique, puis il répète ma réponse en disant juste le contraire.

M. Marsan: Non, je veux juste être sûr, parce que je vais vouloir savoir, M. le ministre, combien chaque régie a reçu du ministère dans le cadre de ce programme-là, et je veux savoir où je vais m'adresser pour avoir cette réponse-là.

M. Rochon: Écoutez. Si on veut avoir des réponses au compte à compte, où le salaire de M. Untel ou de Mme Unetelle...

M. Marsan: Mais non, c'est un programme.

M. Rochon: ...qui était assumé là, a été transféré à la régie puis la régie l'a remis à quel établissement, là, je ne pense pas que c'est une opération qui va nous faire mieux comprendre la situation. Ce qu'il

faut comprendre, c'est la façon dont on gère le réseau, qui est différente.

Il y avait une somme d'argent qui servait à assumer le salaire des gens qui étaient mis en disponibilité. L'établissement était complètement déresponsabilisé: dehors, fini, on vous oublie. Là, ce qui a été dit, ce n'est pas ça. Tout cet argent-là, comme beaucoup d'autre, a été intégré dans les enveloppes des régions et les régions, comme la loi leur en donne le mandat, font l'allocation de ces ressources-là aux établissements et aux programmes dans la région. Donc, l'argent qui était là est parti et on le retrouve dans le réseau maintenant. Ayant fait ça, il n'était que normal que la responsabilité qui était assumée à ce niveau-là soit aussi transférée, à ce moment-là, à ceux qui ont maintenant les ressources pour assumer la responsabilité et, en plus, ça met l'incitatif à la bonne place. Et, au lieu de gérer une liste de personnes, on est plus en position, localement, entre les établissements qui développent des réseaux intégrés de services entre eux, de voir comment le personnel peut être redéployé. C'est une opération de planification de main-d'oeuvre.

Alors, ça ne donne rien d'essayer d'insinuer que le ministère a transféré une facture de 10 000 000 \$; on utilise et on gère autrement les budgets. Ce qui était central n'est plus central et la responsabilité a suivi.

M. Marsan: Mais ce que je veux savoir, et je termine là-dessus, M. le Président, c'est... Vous avez transféré la responsabilité des employés aux établissements et est-ce que les établissements, soit par la régie, soit par le ministère, ont reçu les budgets équivalents? D'après mes informations, c'est non, ça a été une contrainte additionnelle. Vous semblez me dire que non... De votre côté, c'est oui, vous l'avez donné aux régies qui, elles, devaient le donner aux établissements. Je vais faire la vérification deux fois, M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, ce qu'il faut comprendre... Je ne sais pas où le député a pris ses informations. S'il veut qu'on réponde plus spécifiquement, il peut nommer des noms, citer des établissements, puis on va expliquer ce qui s'est passé. Si on veut aller micro, on va y aller, mais allons-y de façon qu'on puisse avancer.

• (19 h 10) •

Ce que je dis, c'est que les établissements, compte tenu du plan de transformation d'une régie régionale, donc pas compte tenu de ce qu'ils ont toujours fait dans le passé, de ce qu'on leur demande de faire maintenant et dans les prochaines années, ils reçoivent un budget qui correspond à la mission qu'ils ont et à celle qu'ils doivent développer pour l'avenir. C'est ça. Ils doivent aussi, les établissements, collectivement, dans une région, sur leur territoire, et avec la régie régionale en ce qui regarde la main-d'oeuvre, ils doivent travailler ensemble pour redéployer cette main-d'oeuvre. Alors, ils ont un budget qu'ils doivent gérer et ils doivent gérer une transition. Alors, s'il y a une période de temps où ils sont un peu corsés dans leur budget, parce que le

budget leur est donné pour l'avenir, puis qu'ils ont un passé à liquider en redéployant une main-d'oeuvre, oui, il y a des périodes de temps où ils doivent s'activer pour travailler avec d'autres, pour faire le transfert de personnel. Parce que ce budget-là n'existe pas ailleurs que dans le réseau, et on est après le répartition de façon nouvelle. Alors, évidemment, ça prend des gens, puis je pense que c'est ça qu'on a sur le terrain. Ce n'est pas des gestionnaires qui se plaignent, en général, qu'on rencontre, c'est des gens qui gèrent une situation, qui est un défi de refaire un changement du réseau, et là c'est la plus grande période de redéploiement de personnes, donc il peut arriver que, dans certains mois, ce ne soit pas facile de rencontrer le «payroll», comme on dit, effectivement, puisqu'on change de situation. Mais il n'y a pas eu une façon d'essayer de régler le problème en ne le réglant pas, en passant une facture à des gens qui n'avaient pas ce qu'il fallait pour le régler.

M. Marsan: À la page 226, c'est l'enveloppe budgétaire négociée avec les syndicats des employés du réseau pour le plan de retraite, le nombre d'employés qui peuvent en bénéficier. J'aimerais vous entendre parler sur les changements qu'il y a eu dans la dernière convention collective et, également, sur votre programme de départs assistés que vous avez mentionné tantôt.

M. Rochon: Je veux bien en parler, M. le Président, mais est-ce qu'on peut me préciser à certains égards? On a dit... bien, on va vous redire certains paramètres plus généraux.

On a un certain nombre d'objectifs en ce qui regarde la main-d'oeuvre, comme je l'ai déjà dit. Dans le rééquilibrage qu'on donne au réseau, on prévoit, avec l'évolution des budgets dans le domaine de la santé et des services sociaux... on a à peu près 10 % du produit intérieur brut, la tendance forte, si on regarde ce qui se passe dans différents pays avec lesquels le pays peut se comparer, notamment les pays de l'OCDE... c'est qu'on s'en va peut-être autour de 8 %, 8,5 % du produit intérieur brut qui va être la portion de notre richesse collective qu'on veut investir dans le réseau de la santé et des services sociaux. C'est le cas de l'OCDE, et on sait, encore une fois, pour se donner des points de repère, que le seul pays, si on exclut les États-Unis, qui est un peu un artefact dans ce genre de comparaison, le seul pays qui fait plus que le Québec, c'est la France, qui a à peu près 9 % de son produit intérieur brut dans le domaine de la santé et des services sociaux. Donc, on s'en va, on part de 10 % du produit intérieur brut vers une situation qui va être 8 %, 8,5 %, et on sait que, en faisant ça, ça va permettre de consolider certaines opérations qui se font même à l'extérieur de notre réseau, qui ont un impact très important sur la santé de la population, ne serait-ce que tout ce qui se fait et qu'on doit faire de plus dans le domaine de l'éducation, surtout en ce qui regarde les jeunes familles, l'enfant et le petit enfant.

Bon. Ce que je veux montrer par ça, c'est que cette diminution de la proportion relative de notre richesse collective dans le domaine du réseau de la santé et des services sociaux ne correspond pas à quelque chose qu'on enlève à la population indûment, parce qu'on reste encore dans le peloton de tête de tous les pays et que ça permet de développer d'autres services qui ont un impact direct sur la santé de la population spécialement visant des groupes parmi les plus vulnérables dans notre population.

Pour faire ce nouvel équilibre à un autre niveau, il y a plusieurs opérations qui ont été faites et qui sont encore en cours, opération de rationalisation dans la gestion qui donne une plus grande efficacité, les taux d'encadrement ont été revus, les services des soutiens sont encore en évolution puis il y a encore des économies à faire. Il y a donc depuis un certain nombre d'années — et le taux d'accroissement de nos budgets, d'ailleurs, dans le secteur de la santé et des services sociaux depuis 1992 a baissé régulièrement pour atteindre un zéro croissance l'année qu'on vient de finir et qui va passer sous la barre du zéro croissance, à peu près à moins 1,8 % dans l'année qu'on entreprend.

Alors, pour que ça baisse au-delà de ce qu'on peut gagner au niveau de l'efficacité, de la rationalisation dans l'organisation des services, on s'en va vers, et vu que les technologies qui se développent permettent de rendre les mêmes services de façon différente, vers un besoin et une capacité de moins de personnel. Et c'est ce que j'ai dit, on l'estime à peu près à 8 % à 10 % de la main-d'oeuvre du réseau, ce qui peut faire, compte tenu du nombre d'équivalents temps complet de postes qu'il y a présentement, quelque chose autour de 15 000 à 17 000 postes équivalents temps complet qu'il va y avoir de moins. On sait qu'en faisant cet équilibrage-là, 1 000 postes équivalents temps complet, c'est une masse salariale de 50 000 000 \$, si on veut avoir un point de repère de ce qu'on veut faire.

Alors, ça, c'est l'objectif, donc, d'atteindre un nouveau plateau en soustrayant ce nombre de postes là et, pour le faire, comme on a du personnel à 80 % qui a de la sécurité d'emploi, 75 %, 80 %, il fallait planifier de l'attrition normale dans le réseau, et ça, ça nous menait sur des plans de cinq à huit ans, dépendant des régions où l'attrition normale nous permettait d'atteindre le niveau qu'on veut rechercher. Parce que tout poste qui se libère ne peut pas être aboli. Il y en a qui doivent être remplacés, parce que c'est dans des endroits où on développe plus de services, par exemple, où on maintient des services. Alors, on était sur des cycles de cinq à huit ans.

C'est clair qu'avec les pressions actuelles, avec les objectifs au niveau de l'assainissement des finances publiques d'en arriver à un déficit zéro, zéro absolu en l'an 2000 — les périodes de temps sont complètement décalées, là — de rétablir nos budgets en dedans de quelques années, avec un roulement de main-d'oeuvre où, vraiment, par tranche de 50 000 000 \$ pour 1 000 postes équivalents à temps complet, c'est là qu'il faut

faire un certain nombre d'allocations différentes et d'économies, et on n'y arrivait pas.

Alors, ce qui a été trouvé comme approche de gestion, c'est le programme de départs assistés, qui nous permet de télescoper, d'accélérer, de télescoper sur une base d'une année ce qui aurait dû se faire autrement sur une période de cinq à huit ans. Tous ceux, en plus de ceux qui, pendant cette année-là, veulent quitter, tous ceux qui, dans les prochaines années, auraient quitté, on leur propose une prime de départ pour qu'ils quittent tout de suite, ceux qui sont intéressés, ceux qui veulent le prendre, c'est sur une base volontaire, et c'est ce qui permet, à ce moment-là, de faire un roulement de main-d'oeuvre plus rapidement. Bon.

Quel est le niveau possible? On sait qu'il y a à peu près, si on vise d'abord les personnes de 55 ans et plus, pour qui c'est possible et plus normal de faire un programme d'offre de départs assistés... ça représente à peu près 12 000 personnes, ça.

M. Marsan: C'est quoi, le coût, globalement, pour tout le monde, du programme?

M. Rochon: Bon, le coût pour tout le monde, on ne le sait pas encore, M. le Président. On veut se rendre à un taux de financement de ce programme-là qu'on va être capable de supporter. Idéalement, si, parmi toutes les personnes de 55 ans et plus, elles sont 12 000... tous ceux qui voudraient partir, le plus loin qu'on va pouvoir suivre le financement de ça, on va avoir intérêt à le faire, parce qu'on va aller plus vite au niveau du personnel qu'on doit avoir dans le réseau et, si on peut dépasser à la baisse ce niveau-là, on va faire de la place pour des jeunes. C'est ce que je disais tout à l'heure. Le programme vise d'abord à atteindre le niveau que nos budgets nous permettent d'avoir comme fonctionnement pour les prochaines années, mais le programme veut aller au-delà de ça, il faut qu'il y ait un roulement encore plus intensif de la main-d'oeuvre, de sorte qu'on puisse faire de la place aux jeunes et qu'il y ait un certain nombre de jeunes qui sont des temps-partiels occasionnels qui puissent avoir un poste, à plein temps ou à temps partiel.

Pour donner la réponse à: Ça va être combien, le programme? On a eu encore des discussions avec le Trésor pour voir quel niveau de capitalisation on peut absorber. Pour faire un programme comme ça, ça veut dire carrément un emprunt et, au lieu de payer sur le budget à chaque année les primes qui sont données aux gens, on les capitalise sur un certain nombre d'années et, plus on sera capable de capitaliser en assumant quelque chose de raisonnable sur nos budgets, c'est ce qui va nous donner notre point d'équilibre. Alors, ça, on va l'atteindre en cours d'année. C'est une question à gérer progressivement, à mesure qu'on avance.

M. Marsan: O.K. Un peu plus loin, à la page, je crois que c'est 363, c'est la ventilation des budgets pour la prévention, sûrement un domaine qui vous intéresse

aussi. Juste une remarque. Peut-être que vous pouvez réagir rapidement. Il semblerait qu'il y aurait trois régions où leur budget serait diminué au niveau de la prévention. C'est Chaudière-Appalaches, la région de Laval et Nord-du-Québec. Je ne sais pas s'il y avait une préoccupation...

(Consultation)

M. Marsan: Non, je ne veux pas la réponse par région. Je remarque qu'il y a des régions où ça a diminué...

M. Rochon: Oui, pour Chaudière-Appalaches, c'est une différence qui est très, très, très minime. Pour la région de Laval, c'est une différence, effectivement, un peu plus importante, de l'ordre du tiers à peu près. Il faudrait que je puisse vérifier, M. le Président, avec mes collaborateurs pour qu'on puisse expliquer ce que ça représente, ou est-ce qu'il y a des transferts de faits dans d'autres programmes, ou est-ce que, effectivement, il y a une diminution, dans ces régions-là, de programme de prévention.

M. Marsan: À la page 378...

(Consultation)

M. Rochon: Page 378. Oui, M. le Président.

• (19 h 20) •

M. Marsan: Excusez, M. le Président, je vais laisser la parole à mon collègue.

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

M. Williams: Avez-vous fini votre réponse, M. le ministre?

M. Rochon: Oui.

M. Williams: Ah! O.K.

M. Rochon: Je m'orientais vers la page 378, qui semblait être la nouvelle question.

M. Marsan: J'y reviens, M. le ministre.

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

Système d'approvisionnement sanguin

M. Williams: Merci, M. le Président. Il y a quelques jours, M. le ministre, jeudi passé, si ma mémoire est bonne, vous avez eu une chance de parler avec vos homologues à Ottawa, avec les ministres de la Santé provinciaux et fédéral, sur la question de notre système d'approvisionnement sanguin. Quelques jours avant,

nous avons tous reçu, je pense que vous avez reçu le sac de sang, votre bureau a reçu ça de la Société canadienne de l'hémophilie, parce qu'ils ont sorti une étude qu'ils ont faite qui dit — je vais vous citer quelque chose — que 22 % des personnes interrogées ont affirmé qu'elles seraient très inquiètes si elles devaient recevoir une transfusion pour une intervention mineure, alors que 37 % seraient quelque peu inquiètes. Ils ont parlé aussi que 28 % des répondants ont manifesté des inquiétudes au sujet de la sûreté des transfusions. Un autre chiffre, et je ne cite pas tous les chiffres, M. le ministre, mais ils ont dit: Juste 23 % des répondants ont indiqué qu'ils avaient donné du sang au cours des dernières années. Avec ça, ils disent que toute la confiance dans le système d'approvisionnement sanguin était en cause.

À l'Assemblée nationale, avec l'appui du côté ministériel, j'ai proposé une motion, ça a été passé unanimement, que nous allons demander que le gouvernement assure que les changements appropriés seront mis en vigueur immédiatement et qu'il prenne les mesures nécessaires afin de restaurer la confiance du public dans le système d'approvisionnement sanguin.

Je ne fais pas des questions partisans avec ça, M. le ministre, mais je me souviens, la dernière fois que nous avons parlé de cette question, c'était pendant les engagements financiers, et le seul item que j'ai trouvé, c'est tous les frais des avocats du gouvernement du Québec pour représenter le gouvernement du Québec.

Nous avons eu, dans les semaines précédentes, plusieurs articles sur cette question. *Le Devoir*, «Justice n'est pas vendetta»; «Enquête sur le sang, Québec se défend de chercher à protéger l'ancien ministre»; «Québec se ravise»; «Volte-face du Québec». Il y a plusieurs manchettes sur cette question assez importante et délicate. Je n'entre pas encore dans tout le drame humain que nous avons tous entendu, M. le ministre, parce que je sais que vous êtes au courant de ça, et je sais que vous êtes sensible à ça aussi.

Je voudrais, aujourd'hui, pendant les crédits, vous donner une chance, peut-être dans une façon un peu plus approfondie, de dire ce que vous êtes en train de faire pour restaurer la confiance en notre système. C'est une question assez claire et simple comme ça. Il me semble que ça dépasse complètement la partisanerie. Ça touche tout le monde, certainement la Société canadienne de l'hémophilie. Mais, pour toute personne qui a besoin de soins, pour tous les parents qui doivent envoyer leurs enfants dans les hôpitaux, chaque fois qu'on donne du sang, il y a la question. Avec ça, M. le ministre, je vous donne la chance de vraiment expliquer ce que vous êtes en train de faire pour restaurer cette confiance dans notre système.

M. Rochon: M. le Président, je remercie vraiment mon collègue, le député de Nelligan, de soulever cette question, parce que c'est vrai, comme vous le dites, on comprend très bien que la population soit inquiète, de façon générale, et encore plus les gens qui savent avoir besoin ou être à risque d'avoir besoin d'une

transfusion sanguine à cause d'un problème de santé ou d'une condition avec laquelle ils doivent vivre, d'autant plus, avec ce qui s'est passé dans d'autres pays — aujourd'hui, les nouvelles circulent à travers le monde... Alors, ça fait depuis un bon nombre d'années, depuis au moins quatre, cinq ans, je pense, qu'on sait qu'il y a eu une époque, il y a un certain nombre d'années, où des gens ont été contaminés par des transfusions et que ce n'est que quelques années après qu'on s'en est aperçu et qu'il y avait un mal qui était fait et qu'il fallait gérer une situation comme ça.

C'est important que la population réalise qu'au moment où on se parle il y a déjà énormément de progrès qui a été fait et que les risques, aujourd'hui, provenant d'une transfusion sanguine ne sont plus du tout ce qu'ils ont été quand ces problèmes-là sont arrivés ou ce que c'était il y a un certain nombre d'années. On sait que la commission Krever, le juge Krever, a produit un rapport préliminaire il y a à peu près une année, qui a indiqué déjà, a identifié un certain nombre de problèmes, certains d'un niveau assez technique et d'autres de façon plus... peut-être d'autres plus reliés à l'organisation de toute la gestion du sang dans l'ensemble du Canada, et, depuis ce temps-là, il y a un bon nombre de mesures qui ont été prises pour améliorer l'approvisionnement et la distribution du sang de façon beaucoup plus sûre.

Selon les connaissances qu'on a actuellement, la plupart des situations où il y aurait des donneurs à risque sont très, très, très diminuées. La surveillance a été très augmentée, et on calcule que la probabilité, le risque d'une contamination du sida, le virus du sida, par une transfusion sanguine est à peu près de un sur 1 000 000, présentement. C'est l'estimation qu'on a faite avec ça. Alors, je pense que c'est important que le monde sache ça. Ce n'est pas risque zéro, il n'y a à peu près pas de situations de risque nul qui existent, mais le risque est d'un niveau de un pour 1 000 000 de transfusions. Sur 1 000 000 de transfusions, il y a la probabilité qu'il y ait une... Malgré toutes les précautions qui ont été prises, malgré la surveillance, malgré tout ce qu'on a maintenant comme instruments, il y a encore un risque de un sur 1 000 000. Donc, il y a encore du travail à faire mais, déjà, là, on n'est pas dans une situation qui était celle des années passées.

Maintenant, il faut que les gens regagnent confiance en la situation actuelle, qui est loin d'être catastrophique et qui est une situation d'un niveau de risque comme n'importe quelle intervention dans le domaine de la santé. On sait que même des interventions chirurgicales les plus normales, les plus simples comportent toujours un petit risque; il y a quelque chose qui se complique à un moment donné. Alors, on est à peu près dans le même régime, dans le même registre.

Maintenant, il y a profondément... il y a plus à faire et il y a essentiellement, et le juge Krever l'a bien souligné dans son rapport préliminaire, il y a une situation où, dans la gestion du sang, dans l'ensemble du Canada, on a un système où les responsabilités sont mal identifiées, sont mal partagées, et que le système ne peut

pas être géré de façon efficace entre la Croix-Rouge, l'Agence canadienne du sang, les gouvernements des provinces et le gouvernement fédéral.

Il y a différentes formules qui ont été essayées. L'an passé, il y a un peu plus d'un an, c'était en avril, je pense, 1995, lors de la Conférence des ministres de la Santé des provinces à Vancouver, on a signé, l'ensemble des provinces, un nouveau protocole, une nouvelle entente pour réorganiser un peu le fonctionnement de l'Agence canadienne du sang, et ça, ça avait été fait sur la base d'un travail assez important qui avait été fait, où le Québec avait pris un leadership, d'ailleurs, qui a été remarqué, qui a été noté, et pour lequel le Québec a été remercié par l'ensemble des provinces, qui a amené vraiment des améliorations dans le fonctionnement de l'Agence canadienne du sang.

● (19 h 30) ●

Mais ce n'est pas satisfaisant. Malgré ça, il y a une certaine amélioration, mais on doit, un an plus tard, faire le constat que c'est loin d'être l'idéal, ce n'est pas l'optimal, et qu'il faut continuer, il faut trouver d'autres choses dans ce sens-là. Et c'est ce qui a été l'objet de la discussion, la semaine dernière, lors de la conférence fédérale-provinciale, où on a exposé le problème, discuté de la situation et convenu comment on va travailler au cours des prochains mois pour explorer différentes pistes. Au niveau du Québec, ce qu'on va faire et de façon très active dans les prochaines semaines sur la base maintenant de ce qu'on a comme information, d'une meilleure connaissance de la situation, sur la base du fait qu'il y a un certain nombre d'actions plus immédiates qui ont pu être faites pour s'assurer que la situation est sous contrôle en termes de risque... Là, il faut qu'on s'y mette et qu'on trouve la solution pour l'avenir. J'ai très précisément déclaré, lors de la conférence fédérale-provinciale, que le Québec entend bien là-dedans, comme dans tous les domaines, tous les aspects du domaine de la santé, prendre ses responsabilités et les prendre pleinement. Et, au cours des prochaines semaines, on aura des choses qu'on pourra annoncer, on va aller de façon encore plus systématique, on va mettre à contribution tout le monde au Québec qui connaît quelque chose là-dedans et qui peut aider, avec les équipes du ministère et des régies régionales pour certains aspects de la coordination du service, pour s'assurer que la façon de gérer le Centre, au Québec, est d'abord bien arrimée sur notre système de santé et de services sociaux. Ça, c'est important parce que, peu importe le système qu'on aura sur le plan pancanadien, il faut qu'on assure un arrimage efficace avec le réseau, parce que les donneurs sont identifiés dans le réseau, les dons se font dans le réseau et, surtout, la transfusion de sang se fait à des gens qui sont traités dans le réseau pour leurs problèmes. Alors, si on n'a pas un arrimage là et un réseau qui soit compétent et où on a bien distribué les responsabilités, on n'aura jamais une situation satisfaisante. Qu'on ait n'importe quoi de système en parallèle, ça ne va jamais nous donner l'assurance de sécurité, l'assurance de qualité qu'on cherche de ce côté-là.

Et ça, ça va nous amener à voir comment — ayant défini comment, au Québec, on peut assumer nos responsabilités dans ce domaine-là — définir des aspects où il faut établir une collaboration avec les autres provinces et, d'ailleurs, avec d'autres pays aussi, parce qu'il y a des aspects de développement de standards, de normes de pratiques dans le domaine, il y a des sources d'approvisionnement en sang maintenant qui, comme tout le reste, dépassent les frontières des pays. Dans la répartition, dans le cadre de la Constitution actuelle du Canada, il y a des éléments où le fédéral a une responsabilité, dans tout le domaine de la sécurité, par exemple. Alors, on entend bien que le fédéral assume ses responsabilités. Nous, on va assumer les nôtres. On ne laissera pas le fédéral jouer le rôle qu'on doit jouer, mais il faut qu'on travaille avec le fédéral pour la partie que lui doit assumer là-dedans. Et, moi, je pense que, sur l'horizon... d'ici la fin de l'année, on va être en mesure de vraiment avoir fait le tour de la question, d'avoir redéfini comment notre réseau peut assumer sa responsabilité là-dedans, ce qu'il faut développer en plus, s'il y a quelque chose à développer, au niveau du Québec et comment on va faire l'arrimage et sur quelle base on va établir une collaboration avec les gens.

Maintenant, ceci dit, ceci fait, c'est, un, la situation actuelle, où je pense que la population peut être raisonnablement confiante que la sécurité est bonne et est optimale, et, deux, on est vraiment en piste, sur la base des expériences, des tentatives de ce qu'on a fait dans les dernières années, pour mettre en place ce qu'il faudra pour nous porter pendant les prochaines années.

Là, il reste, évidemment — puis, là, vous parlez des hémophiles tout à l'heure — il reste les gens qui ont subi un dommage et pour lesquels j'ai une très grande sympathie à partager. Je pense que c'est spécial, dans une vie, quand il nous arrive un incident ou un accident de cette nature, qui change le cours d'une vie. On n'aura jamais assez de compassion pour des gens qui sont dans cette situation-là, et ça, il faut que la population sache qu'on est bien conscient de ça et que, là aussi, il y a des actions qui ont été faites et qu'on veut maintenir.

Il y a, pour tous les gens qui souffrent, pour tous les hémophiles qui ont été contaminés, un programme de compensation qui a été convenu et, pour l'année 1996-1997, on a de prévu dans l'ensemble du budget qui est prévu pour le programme du sang... la part du Québec est de l'ordre de 71 000 000 \$ au total et, là-dessus, il y a un 5 500 000 \$ de compensation qui est donné à des gens, des hémophiles qui ont été contaminés par le sang.

Une voix: ...

M. Rochon: Oui, c'est ça, il y a 71 000 000 \$ plus 5 000 000 \$. Au total, notre budget pour le sang, c'est 77 000 000 \$ et, là-dedans, il y a un 5 500 000 \$...

M. Williams: Pour compensation.

M. Rochon: ...qui est une compensation qui est donnée aux gens, aux hémophiles qui ont été contaminés. Alors, il y a ça aussi.

Donc, il y a les trois pans: la sécurité tout de suite, ce qu'on a à développer dans les prochains mois pour l'avenir et on maintient tout ce qu'on peut faire pour compenser au mieux. On ne peut pas réparer complètement. C'est malheureux quand une situation comme ça est arrivée, mais tout ce qu'on peut faire pour compenser en argent et en services sécuritaires qui sont assurés maintenant pour ces gens-là sera fait.

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

M. Williams: Merci, M. le ministre pour cette réponse. Deux petites questions. Est-ce que vous pouvez fournir aux membres de cette commission un bref sommaire de l'analyse du risque que vous avez mentionné, un sur 1 000 000, et, aussi, peut-être la documentation disponible au public ou aux députés, votre plan d'action? Parce que nous allons parler de transparence et nous allons parler de restaurer notre confiance. Effectivement, un sur 1 000 000, ce n'est pas beaucoup. Mais, si vous étiez le un, il y a un risque. Avec ceci, si vous pouviez au moins aux membres de la commission donner toute information utile, j'apprécierais ça beaucoup.

M. Rochon: M. le Président, si vous le permettez, je vais demander à Mme Christine Collin, qui est la sous-ministre adjointe à la santé publique, qui pourrait beaucoup mieux que moi vous dire: Est-ce que c'est ça, qu'est-ce qui a fait...

M. Williams: Non, plus tard.

M. Rochon: Ah!

M. Williams: Il n'y a pas urgence pour ce soir...

M. Rochon: Ah! bon, bon, bon. O.K.

M. Williams: ...mais, dans les plus brefs délais, juste l'envoyer à la commission, parce qu'il me semble que tous les membres de la commission vont être intéressés par cette information, et je préfère vous donner la chance de préparer une documentation comme il faut pour permettre aux députés de mieux comprendre. S'il vous plaît!

M. Rochon: O.K., on pourra envoyer une analyse de la situation pour expliquer comment le développement des nouveaux tests et des nouveaux moyens techniques a permis... et qu'on peut dire avec assurance que, quand on parle d'un sur 1 000 000, c'est vraiment un sur 1 000 000.

M. Williams: Oui, oui. Comme député, j'ai plusieurs questions, je présume, comme plusieurs autres députés. Je voudrais avoir plus ou moins les grandes lignes.

M. Rochon: O.K.

M. Williams: Je ne suis pas un expert là-dedans.

M. Rochon: O.K. Correct. Pas de problème.

Requête du Québec à la Cour fédérale relativement à la commission Krever sur le sang contaminé

M. Williams: Merci. Une dernière chose. Dans le but d'assurer que nous sommes en train de restaurer toute la confiance, je voudrais savoir c'est quoi le statut des interventions légales entre le gouvernement du Québec et la commission Krever.

M. Rochon: Oui, oui.

M. Williams: C'est quoi le statut, et est-ce que vous êtes prêt à retirer toutes les barrières légales que le gouvernement québécois a mises devant cette commission Krever?

M. Rochon: Là-dessus, M. le Président, on parle de quelque chose qui est de la juridiction ou du domaine de compétence du ministre de la Justice et du Procureur du Québec. Évidemment, on en a discuté ensemble et on a partagé l'information, mais c'est de décider quelle actions légales, juridiques sont prises ou pas et comment elles sont conduites. Ça ne relève pas de la responsabilité ni de la compétence, d'ailleurs, du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Maintenant, ce que je peux dire comme information à la commission, et je voudrais dissiper tout ce qui a pu porter à croire peut-être à un moment donné que le Québec, d'une façon ou d'une autre, tentait de retarder ou de nuire aux travaux de la commission Krever, ce qui n'est vraiment pas la situation... Et là il faut rappeler où se situe là-dedans le Québec. Lorsque la commission Krever a été formée en 1994, en 1993 même, le gouvernement de l'époque a pris une décision qui était la décision qu'on aurait prise, je pense, si on avait été au gouvernement à ce moment-là, qui a été de rappeler au fédéral que, en décidant de mettre une commission d'enquête sur cette question-là, il, encore une fois, venait dans les platebandes des provinces et se mêlait de ce qu'il ne devait pas se mêler, et que, si on voulait rapidement corriger la situation, il fallait laisser les provinces prendre leur place, les responsabiliser au besoin et leur demander de corriger la situation. Bon, le fédéral, comme c'est déjà arrivé, n'en a fait qu'à sa tête et il a lancé sa commission. Alors, le gouvernement du temps a correctement décidé que, dans ces circonstances, on ne s'embarquerait pas dans une commission parallèle pour faire des dépenses deux fois pour ça et qu'on

assurerait une participation pour que les intérêts du Québec soient protégés, comme on fait toujours dans ces situations-là, et qu'on bénéficie au maximum des informations qui se dégageraient de ça. Le gouvernement a donc mandaté des procureurs qui ont suivi les travaux de la commission, spécialement quand la commission est venue au Québec, quand elle a fait ses auditions à Montréal, et dans la finale pancanadienne à Toronto.

● (19 h 40) ●

Ce qui est arrivé, qui a déclenché la poursuite que le Québec a faite avec l'ensemble des autres provinces canadiennes d'ailleurs, et avec le gouvernement fédéral vis-à-vis sa propre commission qu'il a créée, ça a été de ne pas accepter la procédure qu'a décidé de prendre la commission, le 22 ou 23 décembre, qui était en vertu de l'article 13, je pense, des commissions d'enquêtes fédérales, et d'envoyer un avis à un certain nombre de personnes, qui visait essentiellement tous les ministres de la Santé et des Services sociaux depuis 1985, 1986, je pense, dans toutes les provinces en même temps, vraiment un avis de blâme. Et, quand on lit ces avis-là, je vous avoue, c'est impressionnant, il y en a quatre ou cinq pages en format légal, et les blâmes, ils sont excessivement lourds, où on reproche tout ce qu'on peut penser reprocher à des gens qui ont été ministres, de tout ce qui est arrivé ou qui aurait pu ou qui aurait dû arriver. C'est un blâme très sévère et très détaillé.

On est au 22, 23 décembre, et cet avis de blâme dit qu'il y a une possibilité que, dans la rédaction de mon rapport final que je m'appête à faire, je confirme un blâme sur une ou l'autre de ces questions-là, et même des accusations ou quoi que ce soit. Et vous avez — on est au 22 décembre — vous avez jusqu'au 10 ou au 15 janvier pour manifester votre opposition ou pour donner de l'information à la Commission. Et ça, c'est après deux ans de travaux, 250 auditions, je ne sais plus combien de mille pages. Alors, on dit: Ce n'est pas possible qu'en l'espace de 15 jours, dans le temps des fêtes, que n'importe qui, qu'on interpelle en qualité d'ex-ministre, puisse prendre connaissance, d'abord, des cinq pages de l'avis de blâme et qu'il puisse voir ce qu'il s'est passé dans le temps où il était ministre — il y a des documents pour remplir la chambre ici.

Alors, l'opposition est strictement là-dessus, du Québec comme celle des autres provinces, c'est d'interpeller le tribunal pour dire: On n'interpelle pas des gens comme ça. Si le commissaire ou la Commission pensait avoir des raisons de blâmer ces gens-là, c'est pendant son enquête qu'il fallait qu'elle les interpelle, qu'elle les fasse venir devant la Commission et qu'on leur donne une chance, à ces gens-là, de répondre, de répliquer et de se défendre au besoin. Mais pas à la dernière minute, dans une espèce de blitz comme ça. C'est strictement ça qui a été l'intervention du Québec, c'est de dire qu'on ne laisse pas faire ça.

Par ailleurs, il n'y a aucune attaque, contrairement à ce que ça a pu donner l'impression actuellement, contre la constitutionnalité de la Commission, contre la constitutionnalité de ses travaux. Il n'y a aucun désir,

aucune manoeuvre. Et, dans la présentation du mémoire du Québec, le ministre de la Justice, mon collègue, a reconnu que, peut-être, O.K., s'il y avait des paragraphes ou des phrases dans notre mémoire qui pouvaient être interprétés comme une attaque à la constitutionnalité de la Commission... on ne va pas faire un débat sur l'interprétation, on va les retirer puis on va dire autrement ce qu'on veut dire, pour que ce soit très clair, ce qui est notre intention, ce qui a été fait. Alors, là, c'est très clair. Et ce qu'on souhaite, c'est vraiment que la commission Krever puisse, maintenant qu'elle est rendue là, terminer ses travaux au plus vite, qu'on ait son rapport au plus vite et qu'on puisse, comme je l'ai dit, prendre nos responsabilités, faire ce qu'il y a à faire et assurer les Québécois qu'ils vont avoir le système de santé qu'il leur faut, le système de santé qui est efficace...

M. Williams: Merci, M. le ministre.

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

Délais pour examens dans les laboratoires du réseau

M. Marsan: Merci, M. le Président. J'aimerais aller un peu plus loin, M. le ministre, à la page 183, du tome II toujours, et c'est la question concernant soit les agences privées...

M. Rochon: Le tome II?

M. Marsan: Oui, oui, le tome II, page 183. Alors, ce sont les établissements du réseau qui ont eu recours à des agences privées d'infirmières, de laboratoires, de buanderies. Ma première question concerne les laboratoires, d'une façon plus particulière. On sait qu'il y a une certaine proportion des tests qui sont effectués en laboratoires privés ou dans les bureaux de médecins. Est-ce que le gouvernement entend fermer ces laboratoires privés et forcer les patients à avoir leurs tests dans les établissements publics?

M. Rochon: Oui, M. le Président. Vous vous rappellerez qu'il y a près d'un an, peut-être, maintenant, il y a eu une situation un peu tendue et aiguë à un moment donné, où on a rapporté, on a fait les manchettes avec des situations où des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ne parvenaient pas à donner des services aux gens dans un délai raisonnable et que des gens devaient de plus en plus s'adresser à des agences privées, et il y a un tas de choses qui s'est dit sur les échanges de services ou de bons procédés qui pouvaient se faire là-dedans. Il y a eu une action qui a été prise à ce moment-là pour rapidement intervenir et bien s'assurer qu'il n'y avait pas là de situation carrément illégale, par exemple, qu'il n'y avait pas, comme certains avaient interprété, ou allégué, c'est-à-dire, de médecins qui avaient des ententes quelconques avec des laboratoires,

ou des établissements qui avaient des ententes quelconques avec des laboratoires pour nous créer un système à deux vitesses et hors contrôle. Une fois cette situation-là réglée rapidement, sur la base de travaux qui avaient été faits au cours des dernières années, et il y a beaucoup de travaux... J'ai avec moi M. Phaneuf, qui a été très impliqué dans des études qui ont été faites, il y avait eu une autre série d'études faites par M. Brassard...

Une voix: Brazeau.

M. Rochon: Brazeau, qu'est-ce que je dis? auparavant. Donc, on avait là une base d'information très claire pour savoir que, dans le réseau de la santé et des services sociaux, la capacité de production de laboratoires était suffisante pour répondre aux besoins de la population. Mais, là, que, clairement, il y avait, là aussi, comme dans d'autres situations, besoin de regrouper tous ceux qui connaissent la situation et de mettre au service de l'ensemble du réseau des régies régionales et des établissements des capacités techniques pour être capable de voir comment chacun des laboratoires fonctionnait, était géré, était administré pour donner des services à la population et améliorer, au besoin, le fonctionnement de ces laboratoires-là. Et ça, c'est ce qui est en cours depuis ce temps-là. Il y a donc cette équipe... il n'y a pas une équipe, puis ce n'est pas un comité d'études, comme je l'ai déjà dit; les études ont été faites par les deux rapports antérieurs, Brazeau et Phaneuf. C'est une équipe d'action, sur le terrain, qui réunit, du ministère et de tout le réseau, toutes nos compétences dans ce domaine-là et qui ont commencé à travailler sur le court terme pour améliorer le fonctionnement et sur le moyen terme, aussi, pour modifier les indices de calcul de coût, d'évaluation dans ce domaine-là, puis vraiment transformer ce qu'on fait là-dedans.

Juste une indication qu'on m'a remise, là, où on en est rendu présentement, qui est très encourageante, qui fait voir qu'on a une situation qui s'améliore très rapidement. Sur un nombre total d'endroits, des laboratoires où on fait des examens, de 317, qui couvre l'ensemble du réseau dans toutes les régions, il y avait, en novembre 1995, des délais d'attente de plus de 15 jours dans 110 de ces endroits-là, et c'était un pourcentage de 34 %. Aujourd'hui, en date du 15 avril 1996, c'est dans 23 de ces places-là qu'il y a des délais d'attente de plus de 15 jours pour 7 % de l'ensemble de ce réseau-là. Alors, ce n'est pas une situation complètement réglée. Mais ce qui devait être fait à très court terme pour s'assurer qu'il ne se faisait pas des choses, disons, pour le moins irrégulières, ça, ça a été fait depuis longtemps, et là on a déjà un changement de fonctionnement dans le réseau qui a déjà changé complètement la nature du problème.

Alors, en cours d'année, avec le travail qu'a fait le comité au niveau de chacune des régions, je pense qu'on va vraiment être dans une situation où les gens n'auront pas besoin de compter puis de payer dans un système parallèle privé pour avoir leurs examens de

laboratoire, que le réseau va être synchronisé avec les établissements, les CLSC, les cabinets de médecins pour assurer ces services-là et dans des délais raisonnables.

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

M. Marsan: Juste un oui ou un non. Est-ce que le gouvernement ou le ministère entend terminer les laboratoires privés?

(Consultation)

M. Rochon: Il y a deux genres de choses qui peuvent exister. D'abord, les gens, normalement, doivent avoir un permis pour opérer un laboratoire, même privé. Alors, ceux qui n'ont pas de permis ne devraient pas fonctionner, puis on ne les laissera pas fonctionner. Et on n'a pas besoin de donner de permis à des établissements privés pour des examens de laboratoire. Maintenant, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas certains types d'examen très particuliers qui, comme d'autres services, seraient requis pour des raisons autres que ce qui fait partie du médicalement requis. Je ne sais pas quel exemple je pourrais avoir.

Une voix: Pour les assurances.

M. Rochon: Par exemple, M. Phaneuf me rappelle, s'il y a des examens à faire pour fins d'assurances et qui sont payés d'une autre source, là, qui ne sont pas vraiment pour fins de services de santé, il peut y avoir certains petits laboratoires spécialisés qui donnent ce genre de service là. Mais les services qui font partie du médicalement requis, le réseau peut les donner, il va les donner, et il n'y aura pas de laboratoires qui vont avoir des permis pour dupliquer ce service-là.

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

M. Marsan: Oui. J'aimerais peut-être passer à la page 110 et sûrement poser une question sur les régies régionales.

M. Rochon: Page 110 du tome II?

M. Marsan: Attendez, là. Non, non, non, non. Excusez, c'est le même tome?

Une voix: Oui.

M. Marsan: Excusez. Oui, semble-t-il.

M. Rochon: Même tome?

M. Marsan: Oui.

M. Rochon: Même bouquin?

M. Marsan: Page 110.

M. Rochon: Page 110.

M. Marsan: Pages 110 et 138. C'est bien ça.

M. Rochon: Pages 110 et 138.

Budget de la santé publique

M. Marsan: La question. J'ai seulement une difficulté, M. le ministre... O.K. À la page 110, nous voyons des dépenses pour 115 000 000 \$, évidemment, avec la colonne des revenus au début, et c'est quoi l'autre page?

Une voix: 138.

● (19 h 50) ●

M. Marsan: À la page 138, nous avons aussi le sommaire des régies mais concernant le budget de santé publique. Je voudrais seulement savoir, de façon claire: Le 52 000 000 \$ dépensé par la santé publique est exclu du 115 000 000 \$ de la page 110...

Une voix: Non, ça fait 160 000 000 \$.

M. Marsan: Si j'additionne les deux, ça va me donner le budget total des régies. «C'est-u» ça? Non. Ha, ha, ha! Aïe! qu'est-ce que c'est ça? Qui a demandé le quorum encore?

(Consultation)

M. Rochon: M. le Président, ce que j'ai comme information, c'est qu'à la page... ce n'est pas des tableaux complémentaires. Il y a une partie de budget de santé publique qui est dans le tableau de la page 110, dans le 115 000 000 \$, puis il y a une partie qui n'y est pas. Mais, tout de suite, là, je ne saurais pas vous dire quelle partie y est et quelle partie n'y est pas. Attendez une minute, on va peut-être avoir le...

M. Marsan: Oui.

(Consultation)

M. Rochon: Alors, approximation assez fidèle, au tableau de la page 110, dans le 115 000 000 \$, il y aurait une trentaine de millions du budget de santé publique qui est inclus là-dedans, dans le 115 000 000 \$. Dans le 52 000 000 \$ de la page 138, il y a le 30 000 000 \$ qui est déjà dans le 115 000 000 \$, il y a donc 20 000 000 \$, 22 000 000 \$, là, qu'il faut rajouter. Si on veut le budget total qu'il y a dans les régies régionales, l'ensemble de l'administration plus la santé publique, il faut prendre le 115 000 000 \$ plus une partie du 22 000 000 \$...

(Consultation)

M. Rochon: Si vous voulez quelque chose de très ventilé, on va l'écrire puis on va vous le donner, mais, pour l'information générale... Dans le 115 000 000 \$, il y a 30 000 000 \$ de santé publique; dans le 52 000 000 \$ — on retrouve donc 22 000 000 \$ de plus — il y a le 30 000 000 \$ qui est dans l'autre et, dans le 22 000 000 \$ de plus, ça comprend le laboratoire provincial et un certain nombre de... certains montants pour différents programmes qui sont en fiducie dans différents établissements...

(Consultation)

M. Rochon: Bon, voilà. Le total des régies régionales, c'est 115 000 000 \$, y compris 30 000 000 \$ de santé publique. Le total de santé publique, c'est 52 000 000 \$ qui comprend le 30 000 000 \$ qu'on retrouve dans les régies régionales plus 22 000 000 \$. Là, si vous voulez une ventilation de ce que ça peut représenter, je vais demander, si vous êtes d'accord, M. le Président, à Mme Collin de vous donner les principaux éléments, items, qui sont ceux de ce 22 000 000 \$ de santé publique hors budget de régies régionales. Êtes-vous d'accord, M. le Président?

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

Mme Collin (Christine): Merci. Alors, M. le Président, en fait, dans ces 22 000 000 \$ là, il y a 15 000 000 \$ — en tout cas, j'arrondis pour faire un chiffre rond, 15 000 000 \$ — qui sont, en fait, des budgets de santé publique, qui sont en fiducie dans des centres hospitaliers dans quatre régions du Québec qui ont choisi ce mode d'organisation régionale de la santé publique. Évidemment, on sait que c'est en grande partie à Montréal, un peu à Québec et, également, à Saint-Jérôme et à Rimouski. Et, par ailleurs, de plus, s'ajoutent à ce 15 000 000 \$ à peu près 7 000 000 \$, c'est une somme qui correspond à la gestion des laboratoires provinciaux de santé publique, puisque vous savez qu'il y a des laboratoires qui ont le mandat, en fait, de protéger... dans le fond, de s'assurer que les tests de protection de la santé publique sont assumés sur une base provinciale. Il y a également le Centre anti-poison et le Centre de toxicologie du Québec, qui ont une mission de santé publique provinciale et qui, donc, à ce moment-là, évidemment, ne sont pas dans les régies régionales mais bien confiés à des établissements.

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

M. Marsan: O.K. Pour ma compréhension, Mme la sous-ministre, c'est 115 000 000 \$ plus 22 000 000 \$: 137 000 000 \$. Ce serait ça, le budget global de toutes les régies, incluant la santé publique?

M. Rochon: Non.

M. Marsan: Non? O.K. Alors, ce que je vais vous demander, M. le ministre, ce serait la ventilation: d'abord, le coût total incluant la santé publique puis aussi en excluant la santé publique, et, si c'est possible...

M. Rochon: Le coût total, mais ça, on l'a donnée, la réponse, M. le Président.

(Consultation)

M. Marsan: Mon autre question, M. le ministre, sur ça...

M. Rochon: Non, mais ça, cette information-là, tout de suite, là, je la redis. Dans le 115 000 000 \$ des régies régionales de la page 110, il y a 30 000 000 \$ de santé publique. Donc, les régies régionales sans la santé publique, ça coûte 75 000 000 \$.

M. Marsan: Oui, mais la ventilation, on ne se trouve pas à l'avoir, là. C'est ça.

M. Rochon: Bien, c'est-à-dire, on a la ventilation des dépenses. On a une ventilation, là. Qu'est-ce qu'on veut avoir comme ventilation...

M. Marsan: Non, non, mais les salaires, les charges sociales, les frais de déplacement, tout ça, là, en tout cas, sont...

M. Rochon: Bien, je ne sais pas ce qu'on veut comme ventilation. Là, on a une ventilation des revenus et une ventilation des dépenses, mais dans lesquelles sont intégrés... à moins qu'on veuille pour chacun des items: salaires, charges sociales, frais de déplacement, distinguer ce qui est santé publique...

M. Marsan: O.K.

M. Rochon: ...et ce qui est pour chacune d'elles, là.

M. Marsan: O.K.

M. Rochon: Bien, ça, on peut le donner.

M. Marsan: Mais où je veux en venir, M. le ministre...

M. Rochon: Mais ce qu'il est important de savoir...

M. Marsan: M. le ministre?

M. Rochon: Si on veut savoir ça coûte combien les régies régionales moins la santé publique...

M. Marsan: C'est exactement ça.

M. Rochon: ...c'est 75 000 000 \$.

M. Marsan: Et combien de postes équivalents temps complet dans les régies, cette année? Je pense que c'est important.

M. Rochon: Excusez, ce n'est pas 75 000 000 \$, c'est 85 000 000 \$ au total.

M. Marsan: Oui, c'est ça.

M. Rochon: Bon.

M. Marsan: Et c'est à peu près le même montant que l'an passé, si je me souviens.

M. Rochon: C'est ça.

M. Marsan: O.K. Et le nombre de postes équivalents temps complet pour l'ensemble des régies, aussi, c'est un chiffre qui est important.

M. Rochon: Dans toutes les questions qui ont été posées, ce n'est pas en quelque part là-dedans, ça? Ça a dû être posé comme question dans tout ce volume-là. Ce n'est pas possible, là.

M. Marsan: Alors, je veux juste m'en assurer...

M. Rochon: Ça fait qu'il faudrait peut-être commencer à s'assurer que la réponse est en quelque part là-dedans, M. le Président, puis, si elle n'y est pas, là...

M. Marsan: Vous allez nous la donner.

M. Rochon: ...qu'on repose la question en tenant compte du tableau, puis on va vous donner l'information qu'il faut.

M. Marsan: Ce que vous nous avez donné, c'est à la page 128 et, là aussi, c'est difficile à suivre, à la page 128, le nombre d'équivalents temps complet.

M. Rochon: Même bouquin, page 128.

M. Marsan: Oui, c'est ça. Étant donné qu'on inclut la santé publique aussi, alors j'aurais voulu savoir combien d'équivalents temps complet avec et sans la santé publique?

(Consultation)

M. Rochon: Alors, je ne sais pas ce qu'on cherche comme information, mais ce tableau-là nous donne, à droite, le total de ce qu'on retrouve comme effectifs, cadres supérieurs, intermédiaires, cadres-conseils, et le reste, dans les régies régionales, et c'est réparti en deux groupes. Il y a la partie de gauche, qui est l'administration, ça

veut dire l'ensemble des fonctions de la régie régionale, moins la santé publique, qui apparaît dans la partie centrale du tableau sous le titre «santé publique». Alors, c'est la ventilation pas mal détaillée de tous les postes de personnel, régies, santé publique, total.

M. Marsan: Il y aurait 2 500 employés dans les régies, c'est ça?

M. Rochon: Avec santé publique.

M. Marsan: Avec santé publique. C'est ça?

M. Rochon: Employés de toute nature, là. Oui, c'est ça.

M. Marsan: Dernière question sur les régies.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je m'excuse, à ce moment-ci, on devrait normalement terminer nos travaux. Alors, j'ai besoin du consentement unanime pour qu'on continue jusqu'à 20 h 28. Consentement?

M. Rochon: Il reste combien? Il reste 10 minutes?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vingt-huit minutes...

M. Rochon: Vingt-huit minutes!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...pour reprendre le temps de ce midi. Pour passer nos 20 heures, consentement?

Une voix: Ça fait combien...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: M. le Président, excusez-moi. Si je comprends bien, dans ces 28 minutes, ça comprend le temps qu'on prend pour prendre le vote...

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

M. Rochon: ...sur notre opération?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Effectivement. Ça nous donne deux trois questions rapides, deux trois réponses rapides, puis...

M. Marsan: Puis deux minutes aussi...

M. Rochon: Les questions seront...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...avec la grande collaboration habituelle de tout le monde.

M. Rochon: Les réponses vont être ajustées aux questions.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, si je comprends bien, on a le consentement. M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Ça va nous permettre de compléter. J'ai beaucoup de questions, ça pourrait durer fort longtemps, mais je comprends que nos règlements nous empêchent d'aller plus loin.

M. Rochon: On n'empêche quoi, nous autres, là, M. le Président?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Non, on n'empêche rien.

M. Marsan: Si vous me permettez d'aller...

M. Rochon: On «empêche-tu» quelque chose?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Non, non, on n'empêche rien, c'est tout simplement...

M. Marsan: Si vous permettez...

M. Rochon: On fait pas mal d'efforts pour ne rien empêcher, on essaie même de se dépêcher.

● (20 heures) ●

Des voix: Ha, ha, ha!

Autres sujets

M. Marsan: M. le ministre, je vous ai questionné sur le décès d'un patient de l'hôpital Chauveau, et la conjointe de ce patient a écrit une lettre à votre attention; on m'en a envoyé une copie. L'assurance qu'elle nous demande et qu'elle vous demande, c'est de s'assurer qu'il y aura une réponse à la lettre. C'est la conjointe d'un patient qui était sur la liste d'attente pour une chirurgie cardiaque à l'hôpital Laval et pour laquelle il y a eu, semble-t-il, des délais, et le patient n'a pas pu recevoir la chirurgie à temps. Alors, l'engagement que je souhaiterais, c'est qu'il y aura réponse de votre part à cette dame. Elle nous a indiqué qu'elle vous avait envoyé la lettre. J'en ai une copie ici.

M. Rochon: M. le Président, on répond pas mal à toutes nos lettres et on va sûrement répondre à cette lettre-là. Et j'ai déjà eu la chance d'exprimer mes très sincères et profondes sympathies pour la dame dont le mari est décédé.

Maintenant, vous me permettez d'apporter une couple de précisions, parce que je trouve qu'on utilise la situation pas mal, là aussi... par respect pour tout le monde, y compris les médecins impliqués là-dedans et les établissements... pour mettre les choses à leur place, parce que c'est déjà malheureux quand ça arrive, une

situation comme ça et que quelqu'un décède, qu'il faut faire bien attention, parce qu'il y a pas mal de monde qui a été impliqué et qui a donné des services là-dedans. Bon.

Ce qu'on m'a expliqué de la situation, c'est que la personne, le monsieur a été hospitalisé à Chauveau, que, sur la base de son examen, on l'a référé à l'hôpital Laval où on a fait des examens complémentaires, ils ont pris une coronographie, je pense, et que la conclusion de cet examen est que la personne devait être hospitalisée et que, compte tenu de l'évaluation clinique, à ce moment-là, on a fixé l'intervention à une date qui était... je ne me rappelle pas, peut-être 15 jours, une semaine ou 15 jours après l'examen. Je ne me rappelle pas des détails. Mais c'est que l'examen a été fait et la conclusion de l'examen était que l'intervention était indiquée et dans une période de temps qui a été décidée à ce moment-là. Le patient est retourné à Chauveau et il y a eu une complication, m'explique-t-on, qui arrive dans ce genre de situation, parfois, où il y a eu un infarctus qui est arrivé, alors qu'on n'avait pas, d'après l'évaluation clinique, évalué qu'il y avait un risque à ce point d'infarctus, dans les jours qui suivaient, et qui a fait que l'infarctus a été assez important que le patient est décédé et, donc, que l'intervention n'a pas pu avoir lieu.

Alors, qu'on fasse bien attention pour ne pas inférer de ça qu'à Québec, à l'hôpital Laval, il y a un problème de temps opératoire et de cédule opératoire qui fait que les gens sont en risque de ne pas avoir une intervention selon l'état de santé et des besoins qu'ils ont. Mais toute complication peut toujours survenir, et ça, ce n'est pas facile de parer à ça. Et là où il y a eu des difficultés à l'hôpital Laval, c'était plus pour recevoir et satisfaire à des transferts d'autres régions, entre autres, la Mauricie, où on en a aussi parlé dans les journaux, où l'occupation du temps du bloc opératoire à l'hôpital Laval ne permettait pas de desservir dans des temps acceptables, aussi, d'autres régions. Et là on a vu récemment... Je pense que des arrangements ont été faits avec la région de Montréal, entre autres, l'Hôpital général de Montréal, et que le problème de la Mauricie va être aussi réglé.

Donc, le seul but de mon intervention, tout en exprimant toute ma sympathie à la conjointe, qui est très réelle, c'est de bien réaliser qu'il ne s'agit pas là d'une situation pour laquelle la population devrait être très inquiète parce que ça risque d'arriver à tout le monde. C'est un déroulement qui ne s'est pas passé comme ça pouvait être prévu ou prévisible sur le plan clinique et qui a mené à cette situation-là un peu malheureuse.

Madame va avoir une réponse satisfaisante et on va s'assurer qu'elle a toute l'information et qu'elle peut très bien comprendre ce qui s'est passé dans ce cas là.

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

M. Marsan: Je vous remercie, M. le ministre. M. le ministre, dans le dossier de l'anorexie, on nous

indique, par un article de presse, qu'il y aurait un manque de lits au Centre hospitalier de l'Université Laval...

M. Rochon: Un manque de...

M. Marsan: De lits...

M. Rochon: De lits.

M. Marsan: ...pour les patients et patientes qui souffrent d'anorexie et qui auraient une condition assez pénible, parce qu'on sait que c'est souvent des jeunes qui peuvent souffrir de cela. Je voudrais attirer votre attention sur le fait qu'il y aurait des besoins assez importants et rapides à combler pour ces patients et ces patientes-là.

M. Rochon: On prend bonne note, M. le Président.

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

M. Marsan: Oui. À l'hôpital Champlain de Verdun, utilisation illégale des fonds publics par la direction du manoir Verdun et de l'hôpital Champlain pour la clinique privée Physergo. Il semblerait aussi que les membres du conseil d'administration ou certains membres auraient obtenu des contrats pour la construction. Il faut souligner également qu'il y a trois membres du personnel qui ont été mis à pied pour avoir dénoncé la situation. En juillet 1995, vous avez envoyé votre équipe de vérificateurs pendant cinq semaines au manoir Verdun et à l'hôpital Champlain. Je voudrais savoir quelles mesures sont prises par vous, par la régie envers la direction du manoir et envers l'hôpital Champlain.

M. Rochon: M. le Président, vous allez comprendre qu'on va vous envoyer une réponse, un état de situation. Je n'ai pas, en mémoire, l'information précise. Je ne pense pas qu'on l'ait ici.

(Consultation)

M. Rochon: On a un peu d'informations, M. le Président. Là, on est rendu dans le pointu. Il y a effectivement l'enquête qui a été faite, comme on l'a dit, et on me donne l'information à l'effet que le rapport, comme c'est la procédure, a été transmis à l'établissement impliqué pour qu'il puisse en prendre connaissance, et au niveau de leur conseil d'administration, qu'ils puissent réagir, donner leurs commentaires, ce qui a été fait. Et, dans les prochaines semaines ou... rapidement, le rapport sera à sa phase où... et c'est la phase terminale où il peut être rendu public. Est-ce que ça répond à la question du député, M. le Président?

M. Marsan: Oui. Je voudrais savoir si on va pouvoir prendre connaissance, un, du rapport, et souligner

que l'utilisation illégale des fonds publics par la direction, ça a été relaté dans un article de la *Gazette*, qui a vraiment donné tous les détails.

M. Rochon: Oui, ça, on a vu ça dans le temps, là. Mais je viens de dire qu'on va rendre le rapport public. Alors, je pense que tout le monde va pouvoir en prendre connaissance, ceux qui sont intéressés à la question.

M. Marsan: Mais c'est bientôt. C'est ce que vous nous dites?

M. Rochon: C'est ce que je viens de dire, que c'est bientôt. Oui, M. le Président.

M. Marsan: Merci, M. le ministre. Le Centre jeunesse de Montréal, il y a un congédiement qui semble, à notre avis, injustifié. C'est un employé qui souffre, qui a un problème avec ses yeux, qui est aveugle, et qui fait l'objet, semble-t-il, de pressions pour déposer sa démission. Là aussi, il y a eu beaucoup d'articles de journaux. La question, M. le ministre: Comment se fait-il que les centres jeunesse n'ont toujours pas de plan d'embauche de personnes handicapées, en 1996?

(Consultation)

M. Rochon: M. le Président, comme beaucoup de ces questions-là, il y a une situation d'une personne où peut-être qu'il y a un congédiement. Je ne sais pas si c'est là-dessus qu'on veut de l'information, mais il y a l'autre question, c'est: Est-ce qu'il y a un plan d'embauche ou pas? Je pense que ce qui apparaît peut-être plus directement pertinent pour les travaux de la commission, pour pouvoir...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député, voulez-vous préciser votre question?

M. Marsan: Ma question était claire: Comment se fait-il que les centres jeunesse n'ont toujours pas de plan d'embauche pour personnes handicapées, en 1996?

M. Rochon: Alors, M. le Président, comme le sous-ministre connaît très bien cette région et ce type d'établissement, si vous êtes d'accord, je pense qu'il pourrait nous donner un peu d'information là-dessus.

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

M. Malo (Luc M.): M. le Président, vous savez sans doute que les centres jeunesse de Montréal sont issus d'un regroupement de 12 établissements qui est encore relativement récent. Il y a un an, lorsque j'ai quitté cet établissement, effectivement, le plan d'embauche des centres jeunesse n'était pas encore fait. Il y avait

des plans d'embauche par un certain nombre des établissements qui ont constitué les centres jeunesse, c'est-à-dire, des centres d'accueil et de réadaptation et un CPEJ. Il y avait donc des plans d'embauche.

Que le plan d'embauche des centres jeunesse de Montréal ne soit pas encore réalisé, c'est possible. Je n'ai pas fait de vérification, je pourrais en faire une. Mais je sais que ça faisait partie du plan de travail que les centres jeunesse avaient dans leur constitution, ou le regroupement, ou l'intégration des 12 établissements, c'est progressif.

Maintenant, la personne à laquelle on a fait allusion, c'est une personne qui oeuvrait en Centre de services sociaux du Montréal métropolitain depuis de nombreuses années, le Centre de services sociaux du Montréal métropolitain qui est devenu Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et qui, maintenant, fait partie intégrante des centres jeunesse de Montréal. Je pense que c'est un cas type de relations professionnelles et qui devrait se traiter par les instances concernées au niveau des relations professionnelles. J'ai fait moi-même la vérification et je connais très bien la personne. Je ne crois pas qu'il y ait eu discrimination. Je pense que c'est une situation malheureuse qui se situe dans le temps et qui a été traitée avec beaucoup de considération.

• (20 h 10) •

M. Marsan: M. le Président, un autre dossier, la Maison de l'Île, de Laval. On projette d'avoir une maison de soins palliatifs, s'occuper des patients en phase terminale. On nous indique que les gens qui ont souhaité, ou ceux qui s'occupent de l'organisation de cette maison, eh bien, ont été invités à aller à la commission régionale sur la souveraineté, la commission de Laval, je suppose, et qu'ils ont participé, et que, pendant le référendum, plusieurs députés de la région, étant donné qu'on sait que c'est majoritairement des gens du Parti québécois, des députés du Parti québécois, et même ceux du Bloc québécois, ont signé leur support à une pétition pour supporter le développement de la Maison de l'Île, de Laval. Aujourd'hui, on nous indique que ces gens-là n'ont plus de soutien et qu'ils ne peuvent pas aller jusqu'au bout de leur projet.

Alors, M. le ministre, j'aimerais attirer votre attention sur cette Maison de l'Île, de Laval, de soins palliatifs aux patients, et vous souligner que notre seul député de la région de Laval, M. Tom Mulcair, et moi-même donnons notre support le plus entier au développement de cette organisation, et souhaiter qu'on puisse apporter dans l'immédiat, conformément aux ententes qui avaient été signées, semble-t-il, un support certain pour développer une telle maison à Laval.

M. Rochon: M. le Président, c'est agréable de voir qu'autour d'un projet éventuel dans ce domaine-là il y a maintenant la formation des deux partis qui a été sollicitée et qui accorde son appui au projet. Alors, ça devra probablement aider les promoteurs du projet à le réaliser.

Il y a présentement un développement. On se rappellera qu'il y a eu, pendant une longue période de temps, un moratoire ou ce qu'on a appelé un moratoire sur le développement des soins palliatifs pour des personnes qui ont besoin de soins dans la dernière période de leur vie. Ce moratoire a été levé et, maintenant, chacune des régions régionales est occupée, en tenant compte des ressources qu'elle a sur son territoire, de la possibilité de développement à partir des établissements du réseau et des groupes communautaires, du genre de collaboration qui existe entre eux, à voir au développement optimal de différents types de ressources en soins palliatifs. Alors, c'est une question qui va se... tout est en place pour que ça puisse se régler. Au niveau de la région, au niveau de la région, par la région régionale en collaboration avec ses établissements, il y a des orientations qui ont été données, il y a une politique qui est en voie de développement, et je pense que le réseau, par son fonctionnement normal, va être capable de répondre et de régler ce problème-là.

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

Dossier des centres hospitaliers universitaires

M. Marsan: J'aimerais demander à M. le ministre... Dans le dossier des centres hospitaliers universitaires, il reste beaucoup de questions. Mais, comme on vous le dit, le temps presse. J'aimerais, si vous le pouvez, faire le point sur la situation à Montréal et à Québec particulièrement. Pour Montréal, on nous indique qu'il y aurait une difficulté majeure au CHU Centre-ville avec l'hôpital Saint-Luc actuellement. Je voudrais savoir si on peut penser qu'à court terme on aura une décision définitive quant aux centres hospitaliers périphériques. Et comment va le dossier, de la même façon, dans la région de Québec?

M. Rochon: Bon. Dans l'ensemble, M. le Président, le dossier des CHU, qui est un dossier majeur, un des éléments de la réorganisation du réseau, est parmi ceux qui sont très importants pour l'avenir, surtout pour le développement de la recherche et pour redonner au Québec une place, la place qui lui revient au niveau nord-américain et même au niveau international dans le domaine de la recherche et du développement et, aussi, comme réseau des CHU, comme réseau de renforcement, d'appui à l'ensemble des services de santé et services sociaux, en assurant, sur des campus beaucoup mieux structurés, beaucoup mieux coordonnés, les services surspécialisés qui doivent être planifiés et distribués à l'ensemble des citoyens du Québec.

On sait qu'il y a essentiellement cinq sites, cinq projets de centre hospitalier universitaire. Il y en a un dans la région de l'Estrie, qui est fait, qui est consommé, qui est le fruit du regroupement de trois hôpitaux, de ce qui était connu avant sous le nom du CHUS, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, avec

deux autres établissements. Il y a eu une intégration, et cet établissement a ses nouvelles lettres patentes depuis presque un an maintenant, c'est depuis juin ou juillet dernier, en 1995.

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

M. Rochon: À Québec...

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

M. Rochon: À Québec, il y a un autre CHU qui est aussi le produit de l'intégration de trois établissements. Ça aussi, ça n'a pas été un dossier qui a toujours été facile. C'est énorme, quand on demande à des établissements qui sont déjà des gros hôpitaux, qui ont toute une histoire, qui ont toute une sous-culture, de venir à bout de voir l'avenir ensemble et de vraiment s'intégrer comme établissement universitaire à un niveau beaucoup plus élevé que ce qu'ils étaient dans le passé. C'est des changements énormes. À Québec, ça a aussi été fait, et les lettres patentes du nouveau CHU de Québec ont été données en décembre dernier.

À Montréal, la situation évolue assez bien aussi, malgré certaines difficultés qui se sont rencontrées à différents moments. De complété, il y a le CHU pédiatrique, qui est bâti à partir de l'hôpital Sainte-Justine; ça aussi, c'est fait, c'est complété, c'est en voie de développement pour l'avenir. Et il reste les deux autres CHU des deux réseaux universitaires de Montréal, soit celui de l'Université de Montréal et celui de l'Université McGill, qui évoluent très bien présentement, et il y a, effectivement, à différents moments, des soubresauts, des ajustements. Il y a eu quelques moments difficiles qui se sont passés au cours de la dernière année, mais, à chaque fois, on a trouvé une solution. Et, moi, je suis convaincu, par toutes les informations que je reçois constamment, parce qu'on se tient très, très en lien et très près de ces projets-là, parce qu'ils sont terriblement structurants pour l'avenir du réseau, qu'on est rendu à un point dans les deux CHU à Montréal, et toutes les parties le conviennent et le disent d'ailleurs, où la grande majorité des gens impliqués là-dedans comprennent, sont convaincus que la solution, c'est de réussir le projet du CHU et de trouver le moyen de régler toutes les difficultés qui vont se présenter. Alors, au cours des prochaines semaines, j'ai bien confiance qu'on aura un redressement de la situation, qu'on va continuer à progresser.

On a comme objectif pour le CHU de l'Université de Montréal de voir si, autour du mois de juin, on peut avoir les nouvelles lettres patentes de l'établissement. C'est sûrement une possibilité très sérieuse, sinon ce sera sûrement avant la fin de l'année, parce que tout le monde a convenu, toutes les parties, qu'au plus tard — on s'est fixé une date butoir — au 1er octobre 1996 on aura terminé l'opération. La dernière fois où

j'ai rencontré le comité, qui est le comité de la société provisoire, la société d'implantation qui travaille au projet du CHU, il y avait vraiment une volonté commune bien partagée de tenter, par tous les moyens, de finir pour le mois de juin, mais que, si c'était trop brusquer les choses, on prendra quelques mois de plus. Et du côté McGill, ce que j'ai comme information de la situation, c'est que ça évolue aussi, ça évolue très, très bien. Et probablement, sur le même horizon de temps, d'ici la fin de l'année, qu'on aura la possibilité d'avoir terminé complètement la mise en place des cinq CHU, quatre CHU adultes, comme on dit, et un CHU pédiatrique au Québec.

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

M. Marsan: Combien de questions il me reste, M. le Président?

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

M. Marsan: Un des critères extrêmement importants pour les CHU, M. le ministre, c'est le critère du plan de pratique. Est-ce que le critère du plan de pratique va être atteint par l'ensemble des CHU dans les délais que vous prévoyez?

M. Rochon: Les plans de pratique sont, comme on l'a dit en réponse à d'autres questions, une des transformations importantes aussi qui vont se faire en ce qui regarde la rémunération des médecins dans les CHU; ils font partie des critères, c'est un des 19 critères essentiels qui définissent ce qu'est un CHU. Alors, les plans de pratique vont être mis en place. Donc, il faut comprendre que l'intégration de tous les médecins qui se retrouvent présentement dans les centres hospitaliers qui sont intégrés pour devenir un CHU devra se faire sur une période de temps qui va être convenue avec toutes les parties concernées. Mais il n'y a pas de doute que les plans de pratique vont se faire, et, d'ailleurs, le travail à ce niveau-là se fait non seulement avec les établissements qui sont impliqués mais avec les universités elles-mêmes qui ont, évidemment, un intérêt très important à s'assurer que ça peut se faire, parce que le plan de pratique, c'est le produit de l'intégration des ressources, et du réseau de l'éducation des universités pour toute la recherche, et du réseau de la santé pour les soins aux malades.

● (20 h 20) ●

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

M. Marsan: Oui, M. le Président. Je pense que c'est le temps de remercier d'une façon particulière ceux qui ont participé aux travaux de la commission parlementaire sur les crédits. Je pense, d'abord, aux

fonctionnaires qui ont donné beaucoup de leur temps, les sous-ministres. Je me permets aussi d'avoir une pensée pour un fonctionnaire qui est gravement malade, c'est M. Jacques Robitaille, qui nous a toujours habitués à donner des services loyaux et d'une compétence reconnue.

Je voudrais aussi remercier les membres de la députation pour leur collaboration, les membres des cabinets, M. le ministre, M. le Président, Mme Lamontagne qui nous a écoutés religieusement, on apprécie aussi vos conseils, tous ceux qui sont associés à cette commission. Je pense qu'on termine un 20 heures important qui nous permet, je pense, d'avoir renseigné le public d'une très bonne façon. Alors, merci à tout le monde.

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

M. Rochon: M. le Président, vous me permettez aussi de remercier les collègues de la commission et toutes les équipes du ministère. Si les membres de la commission ont pu apprécier, et je suis content qu'on le réalise, la valeur du travail et des efforts qui ont été faits, vous pouvez comprendre que celui qui est dans le siège que j'occupe a été placé pour le réaliser encore beaucoup plus dans les semaines qui ont précédé et dans les heures qu'on a passées ensemble aussi.

Parmi toutes les équipes du ministère, il y a une personne qui a parfois été avec nous, qui a assisté à plusieurs égards dans plusieurs de ces dossiers au cours de la dernière année, qui, ce soir, au moment où on est ici, est avec un bon nombre de ses collègues du ministère — d'autres n'ont pas pu ou ont trouvé le moyen d'aller la rejoindre... Je pense que plusieurs ont dû connaître Me Laurence Demers qui a décidé de prendre sa retraite et qui quitte le ministère, et à qui nous sommes redevables, après 30 ans de loyaux services, de plusieurs développements qui se sont faits au ministère.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Comme président de la commission, moi aussi, je voudrais vous remercier, chacune et chacun. Je pense qu'il y a eu une collaboration tout à fait exceptionnelle.

Adoption de l'ensemble des crédits

Est-ce que le programme 1, intitulé Services des centres locaux de services communautaires, est adopté?

Des voix: Adopté.

Une voix: Non, non.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le programme 2.

M. Marsan: Non, non, non, non. Attends une minute, là, Rosaire.

Une voix: Wo! Wo!

Une voix: Une minute!

M. Marsan: S'il vous plaît!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le programme 1 est adopté...

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...sur division. Est-ce que le programme 2, intitulé Soutien des organismes bénévoles, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Une voix: Unanime, unanime.

M. Marsan: Sur division, Rosaire.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que le programme 3, intitulé Services des centres hospitaliers, est adopté?

Une voix: Unanime.

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'aimerais ça avoir seulement... Est-ce que le programme 4, intitulé Services des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et des centres de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté, est adopté?

Une voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que le programme 5, intitulé Services des centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle ou physique et pour personnes toxicomanes, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que le programme 6, intitulé Services des centres d'hébergement et de soins de longue durée, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que le programme 7, intitulé Coordination de la recherche, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que le programme 8, intitulé Fonctions nationales et activités connexes au fonctionnement du réseau, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que le programme 9, intitulé Office des personnes handicapées du Québec, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que le programme 10, intitulé Régie de l'assurance-maladie, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que les crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1996-1997 sont adoptés?

Des voix: Adopté.

M. Marsan: Sur division, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Les travaux sont ajournés sine die. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 20 h 24)

