



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 (2)

Le mercredi 23 avril 1997 — N° 75

Président: M. Jean-Pierre Charbonneau

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 23 avril 1997

Table des matières

Discussion générale	1
Fermeture d'établissements de santé	1
Budget discrétionnaire (suite)	3
Déplacement d'une borne électrique dans le bureau du ministre	4
Participation de l'ex-directeur de cabinet du ministre à une mission commerciale à Paris	5
Résultats de la mission commerciale à Paris	7
Ateliers de transition pour les personnes atteintes de maladie mentale	8
Services offerts aux personnes âgées	8
Services à domicile (suite)	9
Budget alloué aux CLSC en Montérégie	10
Compressions budgétaires	10
Diminution appréhendée du nombre d'infirmières	12
Pénurie d'anesthésistes au Centre hospitalier de Granby	15
Réorganisation des services de santé mentale au Bas-Saint-Laurent	16
Réorganisation des services hospitaliers à Lac-Mégantic	17
Transformation des services de santé en Estrie	19
Transformation des services de santé dans Lanaudière	21
Fusion de CLSC et de centres de soins de longue durée	22
Dossier du sang contaminé	23
Produits sanguins	23
Patients contaminés par le virus de l'hépatite C	25
Questions déposées	27
Commission Krever	27
Remarques préliminaires (suite)	28
Mme Nicole Loiselle	28
M. Jean Rochon	29
Discussion générale (suite)	
Nombre de médecins	30
Réorganisation des services hospitaliers dans les Laurentides	31
Transformation des services de santé à Laval	32
Réorganisation des services hospitaliers en Montérégie	33
Réorganisation des services de santé mentale en Montérégie	34
Dossier des centres jeunesse de la Montérégie	35
Création du Centre hospitalier universitaire de Montréal	36
Modification de la présentation des crédits	40
Réallocation de crédits aux organismes communautaires	42
Réorganisation des services de santé mentale dans les Bois-Francis	48
Transformation des services de santé dans la région de Mauricie—Bois-Francis	51
Utilisation des services de santé de l'Ontario	52
Budget alloué à la santé publique	55
Création d'un institut de santé publique	55
Accessibilité des soins de santé (suite)	58
Services offerts aux itinérants	59

Table des matières (suite)

Autres intervenants

M. Rosaire Bertrand, président

M. Pierre Paradis

M. Jean-Claude St-André

M. Léandre Dion

M. Rémy Désilets

M. Bernard Brodeur

Mme Solange Charest

Mme Madeleine Bélanger

M. Russell Williams

M. Régent L. Beaudet

M. Joseph Facal

Mme Fatima Houda-Pepin

M. Jean Campeau

M. Jacques Baril

- * **Mme Cécile Cléroux, ministère de la Santé et des Services sociaux**
- * **M. Claude Boily, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie**
- * **M. Pierre-André Bernier, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent**
- * **M. Jean-Pierre Duplantie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie**
- * **M. Raynald Bergeron, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière**
- * **M. Michel Léger, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides**
- * **Mme Michèle Auclair, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval**
- * **M. Paulin Dumas, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Mauricie—Bois-Francs**
- * **M. Janel Lehoux, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec**

- * **Témoins interrogés par les membres de la commission**

Le mercredi 23 avril 1997

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

(Neuf heures quarante-cinq minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous reprenons nos travaux en vous disant: Bonjour, tout le monde. Mme la secrétaire, est-ce que le quorum est constaté?

La Secrétaire: Oui, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Parent (Sauvé); Mme Malavoy (Sherbrooke) par M. Boulerice (Sainte-Marie—Saint-Jacques).

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Je vous rappelle le mandat de la commission: 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 1997-1998. Je vous rappelle qu'il a été convenu hier entre le porte-parole de l'opposition et le ministre qu'on avait des discussions d'ordre plutôt général. J'en profite pour vous rappeler que, quand on dit ça, on peut inviter tous les membres de la commission à poser des questions aussi d'ordre régional. On vous a dit hier, M. le ministre l'a dit, que les directeurs, en particulier des régions, sont ici. Si j'ai bien compris, ils sont ici jusqu'à ce soir, je pense. Alors, si vous avez des questions d'ordre régional, vous voulez en savoir un peu plus, les membres de la commission, à la fois et M. le ministre et les directeurs sont ici pour discuter avec nous.

Discussion générale

Alors, nous reprenons avec M. le député de Brome-Missisquoi, qui sera suivi des députés de Saint-Hyacinthe, Maskinongé et Rimouski.

M. Paradis: Oui, M. le Président. Je peux le faire dans un bloc de 20 minutes ou le diviser, comme la commission préfère, ce matin. Ça serait plus logique de le faire en deux blocs, il y a un bloc qui touche des réponses qui ont été accordées, demain. Ça se fait tout en 20 minutes, par exemple; il n'y a pas de débordement sur le plan...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): En autant que je ne dépasserai pas 20 minutes; ça, c'est évident.

M. Paradis: Ça va. Simplement. Je sais que le ministre de la Santé sort d'un petit déjeuner avec le premier ministre, et pendant ce temps-là la population du Québec tente de décoder les réponses qu'il a données hier, autant en commission parlementaire qu'à l'Assemblée nationale.

Fermeture d'établissements de santé

Les titres de journaux ce matin sont éloquentes: *Journal de Québec: Fermeture d'hôpitaux* — vous me permettez de citer le titre — *Rochon refuse de s'engager*; dans *Le Soleil*, à Québec aussi: *Pas question de fermer un autre hôpital, selon Rochon*; dans *La Presse: Rochon refuse de s'engager à ne pas fermer d'autres hôpitaux*; dans *La Presse* également: *Les fermetures pratiquement inévitables, selon l'Association des hôpitaux du Québec*; en Estrie, *Des hôpitaux en danger en Estrie*; la presse anglophone: *No more hospital cuts, Rochon predicts*; et dans le *Journal de Québec*, une caricature où on voit le ministre avec une clé en main: *On va tirer à la courte paille pour savoir quel hôpital ne fermera pas*. Je pense que c'est peut-être le caricaturiste qui a le mieux compris.

Si le ministre peut apporter des précisions, parce que je veux vous le dire, là, ce matin, le téléphone sonne, et les gens sont inquiets dans le réseau. C'est peut-être la faute du ministre, ce n'est peut-être pas la faute du ministre, mais les gens veulent savoir. Des gens de Fleury et de Jean-Talon veulent savoir s'ils sont sur la liste des fermetures ou s'ils n'y sont pas. C'est la même chose pour Saint-Sacrement et l'Hôtel-Dieu, la question a été posée directement à l'Assemblée nationale, hier. À Trois-Rivières, les gens de l'hôpital Saint-Joseph se demandent ce qui va arriver. Oui, M. le député, on a avantage à suivre ces dossiers-là de proche. À Montréal, Sainte-Justine et le Children's se demandent s'ils vont être fusionnés ou s'ils vont demeurer des entités comme telles. Dans l'Estrie, vous avez eu hier la question — c'est Montérégie, Estrie — du député de Shefford quant à l'hôpital de Granby. On identifiait également ce matin les hôpitaux suivants en Estrie: la menace de voir l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke perdre ses lits d'hospitalisation ou encore des hôpitaux de périphérie comme Asbestos, Magog et Lac-Mégantic mettre fin à leurs activités de courte durée redevient plus que jamais d'actualité. Et on cite Normand Simoneau, qui est directeur général du Centre universitaire de santé de l'Estrie.

Et tout ça dans un contexte — et vous comprendrez l'inquiétude des gens — où les propres tableaux du ministère, les propres réponses du ministère nous indiquent que les listes d'attente, au 31 mars 1997, dans les centres hospitaliers de courte durée, s'élèvent à 42 275. Au total, dans l'ensemble des établissements, c'est 53 000, mais

pour les centres hospitaliers, c'est 42 275. Simplement donner l'opportunité ce matin de façon à ce que les gens sachent à quoi s'en tenir: «C'est-u» vrai ce qui est écrit dans les journaux? Ou qu'est-ce qui est vrai et qu'est-ce qui n'est pas vrai dans tout ça, M. le ministre?

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

● (9 h 50) ●

M. Rochon: Est-ce qu'il y en a qui doutent que les journaux écrivent d'autre chose que la vérité? Non. M. le Président, je crois réentendre vraiment le discours d'il y a deux, trois ans qui recommence. Se mettre à se demander si on ferme ou pas des hôpitaux, ce n'est vraiment pas là qu'est la question. J'ai pensé être assez clair dans ma présentation au tout début de cette commission pour rappeler que les plans de transformation qui ont été faits par toutes les régies régionales pour le réseau de la santé et des services sociaux étaient une première phase que j'avais qualifiée de plûtôt macro, qui a permis de redéployer des ressources autant matérielles, budgétaires que des ressources humaines et de réorganiser le réseau pour consolider une première ligne de services, de s'assurer qu'il y aurait une bonne intégration des services curatifs mais aussi des activités de prévention et de promotion, de consolider une deuxième ligne de services au niveau régional ou des services qui doivent être développés pour une population plus grande que la population locale sur le territoire de la MRC et que ce rééquilibrage et ce redéploiement des ressources a été fait. Les choses qui sont encore à compléter sont déjà prévues dans les plans de transformation. On continue...

M. Paradis: Pour ne pas que les titres soient mélangés, M. le ministre, est-ce qu'on doit comprendre que la liste des hôpitaux et des établissements que j'ai donnée, ça s'applique également aux autres? Il n'est pas question de fermeture, puis ceux qui ont titré: Rochon dit qu'il n'y aura pas de fermeture, ils avaient raison? «C'est-u» ça, là?

M. Rochon: On entreprend des deuxièmes périodes de trois ans. Les régies régionales préparent une deuxième vision — tout ça doit se faire en voyant un peu plus loin que juste au bout de notre nez — qui va nous projeter vers l'an 2000. Et comme j'ai bien dit, si on écoute ce que j'ai dit, la prochaine étape va être plus micro, et c'est à l'interne des établissements qu'on va travailler beaucoup plus pour faire ce dont on parle depuis quelques années. Ce n'est pas de la génération spontanée...

M. Paradis: Est-ce qu'on comprend que ça veut dire que ce n'est pas des fermetures d'établissements comme telles, mais c'est des reconversions d'établissements, c'est-à-dire qu'un centre de courte durée peut devenir un centre de longue durée? Est-ce que c'est ça que vous dites?

M. Rochon: Alors, comme je l'ai dit au début de ma présentation, à l'intérieur des établissements et au niveau des territoires, le travail va se concentrer sur

l'organisation, la transformation, la modification des pratiques professionnelles, une meilleure interface plus efficace entre les établissements et les médecins dans leur cabinet à différents niveaux, d'une part, et d'aller encore plus loin après avoir fait une bonne rationalisation dans les dernières années dans nos services de soutien administratif. Il y a des possibilités, il y a des scénarios possibles qu'on peut discuter où on peut avoir d'autres gains d'efficacité de ce côté-là. C'est ça qu'on va faire. Alors, je n'ai jamais parlé...

M. Paradis: Ça, on comprend tout ça, M. le ministre. Mais aux gens qui nous appellent ce matin, aux gens de Fleury, de Jean-Talon, du Saint-Sacrement, de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital Saint-Joseph, de Sainte-Justine, du Children's, de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, d'Asbestos, de Magog, de Lac Mégantic et de Granby, on envoie une copie de votre discours puis vous pensez qu'ils vont comprendre?

M. Rochon: Si les gens écoutent ce que je dis, peut-être qu'ils ont des chances de comprendre. Est-ce qu'il y a quelqu'un dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui est en autorité au niveau d'une région ou pour l'ensemble du Québec, du ministère, qui a parlé de fermeture d'hôpitaux? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui a parlé de ça? On entend ici et là des gens qui se demandent peut-être...

M. Paradis: M. le ministre, je veux qu'on se comprenne, là. Moi, je ne veux pas de ce côté-ci en parler, je veux juste classer le dossier. Puis tout ce dont on a besoin comme réponse, c'est de dire: Les gens n'ont pas besoin de s'inquiéter, la fermeture des hôpitaux, il y en a eu, c'était dans la phase I, mais dans la phase II, il n'y en a plus, de fermeture d'hôpitaux puis il n'y a plus de transformation d'hôpital de courte durée en longue durée. On rappelle tous ces gens-là, on les rassure, on passe à d'autre chose. Si c'est ça, c'est facile à dire, il me semble.

M. Rochon: Je vais donner un exemple pour voir que c'est facile à dire parce qu'essentiellement c'est ce je dis. Ce qu'il y avait de prévu au niveau du redéploiement des ressources et de fermeture, de transformation d'établissements, ça a été essentiellement fait.

Maintenant, prenons un exemple de la situation du Centre hospitalier universitaire de Québec. Juste pour être bien sûr de comprendre. Et là je n'annonce rien, mais je veux que les gens voient comment les gens soulèvent des questions, et comment vite il y en a qui sautent sur des conclusions à partir de ça.

Si on compare le CHUQ, le Centre hospitalier universitaire de Québec, avec la situation du CHUM, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, dans les deux cas, on a trois établissements universitaires qui ont été intégrés, fusionnés pour former un établissement maintenant qui est un CHU. À Montréal, on le sait, les gens sont arrivés à l'hypothèse et la conclusion, et ce sur quoi ils travaillent, ç'a été de répartir les lits parce que dans les

deux cas il y avait et il y a un objectif de diminution de lits. Le nombre précis, à ma connaissance, n'est pas encore tout à fait déterminé, mais dans les deux cas on a parlé de quelques centaines de lits.

À Montréal, on a une situation où les gens ont pris l'orientation de concentrer les lits qui vont demeurer, tel qu'envisagé il y a deux ans, sur deux pavillons et de transformer un des pavillons, donc un ancien hôpital, en un centre hospitalier de services ambulatoires.

À Québec, il n'y a pas eu d'orientation de prise comme ça. Récemment, des gens ont soulevé la question: Est-ce que l'orientation de Montréal pourrait être une bonne chose pour Québec aussi? Les quelques centaines de lits qu'on prévoit diminuer, est-ce qu'on serait mieux de concentrer sur les enlever tous à une place, transformer ce pavillon-là, ou si on fait autrement à Québec?

Si les gens décidaient de prendre une approche style Montréal, est-ce qu'on va dire qu'on a fermé un hôpital? S'il y avait un des trois pavillons qui était transformé en centre ambulatoire, est-ce qu'on aurait fermé un hôpital? Alors, pris d'un certain point de vue, on peut faire une manchette avec ça, qu'on ferme un hôpital. Mais, si on regarde l'établissement qui est devenu le CHUQ, qui répartit ses ressources autrement sur ses trois pavillons, l'établissement n'a rien fermé, il a réorganisé ses ressources autrement; au lieu de diminuer partout, il a concentré.

Alors, c'est pour ça que je veux que les gens fassent bien attention. Quand on dit que les cibles de nombre de lits... Ce qui est important, c'est les cibles de nombre de lits de soins de courte durée qu'on aura. Les cibles de nombre de lits, de places en soins de longue durée qu'on aura, elles sont très claires, et ça, ça n'a pas changé. C'est là-dessus qu'on s'en va, et essentiellement les moyens pour le faire sont déjà prévus.

Alors, il n'y a pas de plan. Ce n'est pas une stratégie du tout, pour la prochaine phase budgétaire, de fermer des établissements dans différentes régions pour rencontrer la cible budgétaire. Absolument pas. On va travailler, je l'ai dit et je le redis, au niveau de l'organisation, de la transformation des pratiques, d'une meilleure interface avec la pratique professionnelle dans les cabinets et sur toute la partie administrative et les services de soutien du réseau. Il y a là un élément très important d'organisation qui va être la prochaine étape.

Alors, là, je pense que tout le monde qui s'amuse à faire des scénarios puis à dire qu'il n'y a pas d'autres moyens de faire face à la situation que de fermer des hôpitaux, moi, je dis qu'il y a plein d'autres moyens que de fermer des hôpitaux puis qu'on n'a pas de stratégie pour fermer des établissements, présentement.

M. Paradis: Moi, je prends la réponse du ministre à sa valeur, à ce que ça vaut, là. Le ministre me dit qu'il n'y a pas de scénario de fermeture d'établissement. Donc, moi, ce que je vais faire, s'il y a des gens qui nous appellent, je vais dire: Prenez la parole du ministre, là. Vous comprendrez que ce n'est pas facile de plaider pour quelqu'un qui en a déjà fermé pas mal, mais je vais tenter l'impossible.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paradis: Non, non, mais de les convaincre. Maintenant, la deuxième série...

M. Rochon: M. le Président, je voudrais juste qu'on soit très clair sur une chose.

M. Paradis: Bien, je ne veux pas manquer la deuxième série de questions.

M. Rochon: C'est exactement ce que j'ai dit. La façon de faire face à la prochaine étape pour nos compressions budgétaires n'est pas une stratégie qui est établie sur des fermetures d'établissements, c'est clair. Si dans six mois, dans un an ou dans cinq ans...

Une voix: Ça n'exclut pas.

M. Rochon: Non, mais, si à un moment donné quelqu'un... Je voudrais juste que la population comprenne que, si quelqu'un veut soulever une hypothèse, veut poser une question, veut explorer une voie d'avenue qui pourrait être de transformer un établissement, de faire quelque chose, qu'on puisse intelligemment discuter dans des cas ad hoc, pointus, particuliers, de possibilités alternatives de faire des choses, on n'élimine pas toute considération éventuellement d'examiner une avenue qui pourrait être une meilleure solution que de faire autrement.

Mais on n'est pas du tout parti pour fermer des établissements comme stratégie pour la prochaine étape budgétaire. Ça, c'est très clair, et à ma connaissance sur aucune table de travail présentement, au ministère ou dans les régies régionales, il n'y a personne qui travaille sur des scénarios de fermeture d'établissements comme solution à la situation.

Je ne pense pas que je peux être plus clair que ça, là. C'est ça la situation présentement. C'est ça qu'on prévoit. S'il y a d'autre chose qui arrive, on considérera ça en temps et lieu, mais on n'est pas du tout parti pour se mettre à fermer des établissements.

● (10 heures) ●

M. Paradis: En tout cas, M. le Président, on ne blâmera pas les journalistes ce matin de ne pas avoir compris le message puis on va féliciter le caricaturiste qui avait un petit peu deviné la réponse du ministre ce matin: on va tirer à la courte paille pour savoir quel hôpital ne fermera pas. Il est peut-être en avant de l'actualité, mais il semble décoder mieux que tout le monde.

Budget discrétionnaire (suite)

Hier, on a eu une difficulté de compréhension au niveau du budget discrétionnaire du ministre de la Santé. Moi, j'ai tenté hier soir de réconcilier certaines des réponses. Peut-être qu'on trouve en partie, M. le ministre, dans le cahier explicatif des crédits une partie des éclaircissements qu'on recherchait. À la page 9, on se rend compte qu'il y a deux marges ministérielles au niveau des crédits du

ministère: il y a une marge ministérielle dite discrétionnaire de 500 000 \$ et il y a une marge ministérielle normée de 4 508 900 \$, et la compilation des subventions versées était intégrée à ces deux listes. Donc, la première question, c'est le dépôt de deux décrets du Conseil du trésor.

Et par la suite les pages 61 à 64 du cahier à travers duquel on a passé hier nous en donne pour 2 749 300 \$; il en manque la moitié. Ça nous paraît, là, assez important comme lacune. Est-ce qu'on pourrait obtenir l'autre moitié du budget discrétionnaire du ministre, qui ne nous a somme toute pas été remise? À moins que le ministre ait périmé à l'intérieur de son budget discrétionnaire.

Et dans la même ligne de pensée, là, sur les questions administratives, on prenait connaissance de la masse salariale du cabinet, qui nous a été remise hier matin, pour se rendre compte qu'on est loin des directives, là, de M. Parizeau, à l'époque: cinq attachés politiques par cabinet. On peut comprendre que le ministre de la Santé, c'est quand même un ministre qui accapare un tiers du budget de la province, mais on en est à une liste assez... une vingtaine d'attachés politiques, une masse salariale tout près d'un million, là, 900 quelques mille dollars.

J'ai une question spécifique qui touche votre ex-chef de cabinet. Si mes renseignements sont exacts, M. Jean Fournier, qui a été votre chef de cabinet, était rémunéré pour 96 339 \$ jusqu'au 28 février dernier. Et j'ai su — l'information est peut-être erronée — qu'il avait continué à travailler pour vous accompagner à l'occasion d'un voyage que vous avez fait après cette date-là. À quel titre il vous accompagnait? Et puis on «peut-u» avoir un compte de dépenses de ce voyage-là, après qu'il ait eu terminé ses fonctions de chef de cabinet comme telles?

Déplacement d'une borne électrique dans le bureau du ministre

Et une question qui nous vient normalement et naturellement à l'esprit en prenant connaissance... Parce que, quand on est à des périodes de compressions budgétaires, il n'y a pas de petites économies, et tous les gestes administratifs se doivent de trouver une réponse satisfaisante. Dans le tome I de réponses aux questions particulières, à la page 16, on trouve une dépense qui a été faite au mois de septembre: déplacer un monument dans le bureau du ministre, local 3.03. Et à la page 492, du même cahier...

M. Rochon: M. le Président, on «peut-u» les prendre une par une?

M. Paradis: Ah, moi, je n'ai pas d'objection. Hier, ça allait bien une par une, mais là vous avez semblé choisir...

M. Rochon: Je pense qu'on va les prendre une par une, là, puis on va les vider.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): On va prendre celles que vous pouvez répondre au fur et à mesure puis les autres on les prendra en note.

M. Rochon: J'ai l'impression qu'on est après refaire la dictée, là, comme c'est là.

M. Paradis: O.K., mais à la page 492 vous trouvez le prix du déménagement de la statue comme telle, c'est un montant de 525 \$. C'est quoi, cette histoire-là, dans une période de compressions budgétaires?

M. Rochon: O.K. Bon, ça a l'air qu'on peut-être commencer par le monument. Il y a des affaires dans mon bureau que je ne dois pas voir, M. le Président. Je ne me rappelle pas d'avoir vu de monument dans mon bureau. Ça m'apparaît assez technique, si on utilise le terme monument pour quelque chose qui existe dans mon bureau. Peut-être que je vais demander à...

M. Paradis: Mais ça a coûté 500 \$ à déménager, ce n'était pas une bibliothèque, là.

M. Rochon: Bien, je vais demander à la sous-ministre adjointe qui a l'air d'être capable de décrypter ce terme technique pour nous expliquer de quoi il s'agit dans la réalité, M. le Président.

M. Paradis: Est-ce qu'elle l'a fait déménager dans son prochain bureau à Montréal?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Cléroux.

Mme Cléroux (Cécile): Alors, M. le Président, un monument, c'est un terme malheureusement de jargon technique. C'est une borne électrique qui est installée dans un plancher et borne électrique que vous retrouvez... la boîte grise que vous voyez assez fréquemment dans des édifices qui n'ont pas de plafond suspendu ou pour laquelle on ne veut pas avoir, ce qu'on appelle en jargon courant, une colonnette, c'est-à-dire ce qu'on fait maintenant dans les édifices à bureaux qui ne sont faits que de béton, qui nous permet de descendre les fils électriques pour permettre l'accès.

Alors, généralement dans les bureaux de ministres, dans tous les bureaux officiels au gouvernement du Québec, nous ne mettons pas de colonnette. Et nous avons ces bornes électriques au plancher. Lorsque ça a été installé dans le bureau, la borne était placée à un endroit tout à fait encombrant et absolument pas utile pour être capable d'aménager correctement le bureau; nous avons dû faire déplacer la borne. C'est une borne électrique. Alors, la raison du coût est liée au fait que c'est de l'électricité qu'on doit déplacer. Le terme monument est un terme de jargon. Ce n'est pas une statue, c'est purement un utilitaire électrique au plancher.

M. Paradis: Bien, c'est parce que ça pourrait tout être vrai ça, si, à la page 492, on n'avait pas, dans la dépense suivante: installer une colonnette et le filage nécessaire. Parce que, ça, on l'avait lu aussi et on trouvait que c'étaient des aménagements qui étaient normaux. Mais

ça, c'est tout de suite après la dépense de déplacer un monument. Je ne voudrais pas que l'un confonde l'autre ou, si c'est tout la même chose, pourquoi l'avoir divisé en deux?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Cléroux.

Mme Cléroux (Cécile): M. le Président. Alors, le point suivant, on est toujours dans l'édifice du 201 Crémazie, à Montréal.

M. Paradis: Tout le temps.

Mme Cléroux (Cécile): On a dû faire un aménagement, installer une colonnette et du filage supplémentaire à l'intérieur de la salle de réunion, qui est la salle 3.02. Le bureau du ministre, c'est la pièce attenante, et comme c'est un édifice...

M. Paradis: Mme Cléroux, on va simplifier les affaires, là. Si, dans la salle de conférence, ça s'appelle «installer une colonnette», pourquoi, dans le bureau du ministre, la même affaire, ça s'appelle «déplacer un monument»?

Une voix: ...dans le bureau du ministre.

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

M. Paradis: C'est assez simple comme question, là.

Mme Cléroux (Cécile): Parce que dans les bureaux de ministres...

Des voix: ...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît! Mme Cléroux, allez-y.

Mme Cléroux (Cécile): ...dans les bureaux de ministres, nous n'installons pas de colonnette, nous installons l'électricité au mur ou au plancher. Tandis que dans les salles de travail, pour éviter ce type de déplacement là, c'est dans des endroits très particuliers qu'on fait ça, donc dans les salles de réunion, on le fait par colonnette. C'est sur le plan esthétique. C'est très différent.

M. Paradis: On va demander au ministre: Y a-t-il eu un monument de déplacé dans votre bureau? Parce que vos fonctionnaires nous disent qu'il y en a eu un. Si vous nous dites que non, on va vous croire.

M. Rochon: Bien, il y a l'air d'y avoir un monument électrique qu'on a déplacé. S'il y en a qui doutaient que le siège du ministre de la Santé et des

Services sociaux était une chaise électrique, ils vont être rassurés.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paradis: Ce n'est peut-être pas une chaise électrique, mais parfois, dépendant des décisions qui y sont prises, ça peut être un siège éjectable, comme tout siège en politique.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'il y a d'autres questions qui ont déjà été posées et que vous aimeriez répondre tout de suite ou si vous avez pris la liste et vous y reviendrez?

Participation de l'ex-directeur de cabinet du ministre à une mission commerciale à Paris

M. Rochon: Il y avait une question au sujet du directeur de cabinet. Effectivement, M. Fournier a terminé ses fonctions comme directeur de cabinet à la fin de février, mais il a terminé une tâche, un dossier qu'il avait piloté comme directeur de cabinet, qui était la préparation de la mission économique que j'ai accompagnée à Paris et qui impliquait évidemment un travail de coordination avec le ministère des Relations internationales et le ministère de l'Industrie, Science et Technologie. Et, comme il avait terminé — il avait pris ce dossier-là — même s'il avait quitté formellement ses fonctions de directeur du cabinet, il a complété le travail de ce dossier-là jusqu'à la mission et son suivi immédiat.

M. Paradis: Est-ce que ses dépenses étaient payées?

M. Rochon: Oui, sûrement, il était un des membres de la mission.

M. Paradis: On ne peut pas assimiler ça à un cadeau de départ?

M. Rochon: Oh! non, non, du tout, là. Ça serait une allusion tout à fait déplacée, qui ne correspond absolument en rien à la réalité. C'est que cette mission-là s'est préparée pendant des mois, de façon assez intensive à partir des mois de janvier et de février, et la mission se faisait à la fin de mars, je pense, fin mars, début avril. Alors, il est apparu tout à fait normal que M. Fournier, qui était en relation avec les gens des deux autres ministères, avec la délégation à Paris... Comme tout travail normal de préparation d'une mission comme ça, qui implique énormément de contacts avant pour préparer les rencontres, parce que c'est une mission où il y avait plus d'une quarantaine d'entreprises québécoises qui ont fait énormément de contacts...

M. Paradis: Je ne discute pas de la mission, mais...

M. Rochon: ...où on a signé une douzaine d'ententes de coopération, des jumelages d'institutions. Alors, M. Fournier n'a pas eu un cadeau, il a complété le travail qu'il avait présenté. Et de la façon dont il a travaillé pendant qu'il était là il n'a sûrement pas considéré ça comme un cadeau, je peux vous l'assurer.

M. Paradis: Bien, M. le ministre, habituellement quand quelqu'un a à coeur de compléter son travail, au lieu de démissionner le 28 février puis de s'en aller en voyage en Europe après ça avec le ministre de la Santé, pour des raisons qui appartiennent au ministère, il garde son emploi, il fait son travail puis il y va à titre... Il y est allé à quel titre, lui, sur ce voyage-là?

● (10 h 10) ●

M. Rochon: Il est allé à titre de directeur de cabinet, mais ça permettait...

M. Paradis: Il ne l'était plus.

M. Rochon: Je peux répondre, si on me laisse le temps.

M. Paradis: Non, mais il ne l'était plus.

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

M. Rochon: Bon, il y aurait eu, comme dans une course à relais, un couloir où les gens ont couru ensemble et se sont passé le bâton. Ça a permis, à partir de la fin du mois de février, pour les quelques semaines qui ont suivi, au remplaçant de M. Fournier de prendre les différents dossiers, d'assumer la charge de directeur de cabinet en laissant... Alors, celui qui était formellement le directeur de cabinet, c'était son remplaçant, M. Jean-Claude Filion, mais M. Fournier est venu, si vous voulez, comme représentant du directeur de cabinet nouvellement en fonction pour compléter la mission. C'est tout.

M. Paradis: Juste fournir à la commission le coût des dépenses de M. Fournier, qui n'était plus directeur de cabinet.

M. Rochon: Ça, on peut tout déposer ça. Il n'y a personne de plus qui est venu sur la mission, qui serait venu autrement. Sauf qu'au lieu que ce soit le nouveau directeur de cabinet qui vienne sur la mission il a délégué cette responsabilité-là, pour finir le dossier, à celui qui l'avait préparé et coordonné jusque-là, qui est venu au nom et représentant le directeur de cabinet nouvellement en fonction.

M. Paradis: Est-ce qu'on doit comprendre que vous aviez un directeur de cabinet en Europe et un directeur de cabinet à Québec?

M. Rochon: Non, non, j'avais un directeur de cabinet à Québec et le directeur de cabinet qu'on prenait là

comme ça... C'est peut-être plus clair, au lieu de venir lui-même, le nouveau directeur de cabinet a demandé à celui qui avait terminé ses fonctions — d'ailleurs, il est venu sans salaire; on a payé ses dépenses, mais il n'a pas eu de salaire pour faire ce travail-là — qui a accepté...

M. Paradis: Il n'a pas eu de prime de séparation, il n'était pas sur une prime de séparation.

M. Rochon: ...de terminer ce dossier-là, je ne sais pas ce qu'on veut... qui a tout simplement accepté de terminer le dossier, qui est venu plutôt que ce soit le nouveau directeur qui vienne. C'est tout.

M. Paradis: Avez-vous demandé à quelqu'un d'autre s'il était intéressé, non?

M. Rochon: Je ne sais pas ce que veut dire la question...

M. Paradis: Un petit voyage, c'est correct.

M. Rochon: Non, non, non, ça, c'est des allusions qui sont complètement malsaines, qui ne veulent rien dire.

M. St-André: Question de règlement, M. le Président.

M. Rochon: Il n'y a pas de cadeau, pas de petit voyage qui a été fait...

M. Paradis: O.K., un grand voyage, je vais changer le mot.

M. Rochon: Ça se faisait peut-être...

M. St-André: M. le Président...

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

M. Paradis: Un grand...

M. St-André: M. le Président, question de règlement, s'il vous plaît.

M. Rochon: Non, je «peux-tu» finir, là?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Pas besoin de crier, pas besoin de crier personne, là. Quelle est votre question de règlement?

M. St-André: J'aimerais simplement, M. le Président, vous soumettre une question de règlement, calmement. Ça fait à plusieurs reprises que le député de Brome-Missisquoi s'adresse directement au ministre. Je pense que la tradition en cette commission veut qu'on s'adresse au président pour poser nos questions et je pense que ça permettrait de tenir le débat de façon plus modérée.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avec l'expérience qu'a le député, la note est prise. Alors, nous reprenons. M. le ministre, est-ce que vous avez d'autres réponses?

M. Rochon: Non, non, non, je voulais juste dire qu'il faudrait faire attention. Si le député de Bromemissisquoi se réfère à une époque où des affaires du genre se faisaient, qu'il apprenne que ça ne se fait plus, ce à quoi il fait allusion.

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

M. Paradis: M. le Président, par votre entremise, j'aimerais dire au ministre que c'est la première fois dans des crédits qu'on voit qu'un chef de cabinet qui a terminé ses fonctions se fait payer un voyage à l'étranger.

M. Rochon: Non, mais ce n'est pas ça du tout. Le directeur de cabinet qui était nouvellement en fonction, qui a pris des fonctions comme directeur de cabinet, on a convenu que celui qui avait quitté les fonctions formellement quelques semaines auparavant m'accompagnerait pour cette visite-là, vu que c'est lui qui connaissait le dossier, qui l'avait préparé, qui l'avait coordonné et qui était en coordination avec les gens des autres ministères qui étaient impliqués dans le dossier. C'est tout ce qui s'est fait. Alors, c'est quelqu'un qui, sur une base bénévole, sans salaire, a terminé l'opération qu'il avait commencée. C'est tout ça. Et les frais de voyage qui auraient été payés pour le nouveau directeur de cabinet n'ont pas coûté plus cher que pour celui qui est venu à la place. Franchement, là, qu'un directeur de cabinet se fasse représenter par quelqu'un dans ces termes-là, je ne vois absolument pas là-dedans quoi que ce soit qui pourrait être une allusion à une espèce de cadeau qui aurait été fait à quelqu'un. Ça n'a rien à voir.

M. Paradis: Est-ce que le ministre peut fournir à la commission les précédents dans ce type d'exercice, où des directeurs de cabinet auraient fait ça puis le cadeau de départ.

M. Rochon: Non, mais je ne vois pas...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Dion: M. le Président, j'ai quelques questions à poser. Je ne voudrais pas abuser du temps. Cependant, je pense que vous allez être compréhensif à mon égard étant donné que vous êtes conscients que, depuis le début de l'après-midi, hier, j'attends mon tour pour poser une question. Je voudrais commencer par là où nous a laissés la situation antérieure. Je ne veux pas être mesquin, M. le ministre est rentré dans toutes sortes d'insinuations ou de questions sur des choses assez secondaires, je veux seulement commencer par une réflexion.

Je pense que c'est assez exceptionnel qu'on voie des gens offrir du temps gratuitement à l'intérieur d'une cause ministérielle. Je pense que ça suppose qu'il y a dans votre ministère une espèce de foi dans ce qui se passe, c'est-à-dire dans cette transformation du réseau et tout ce que ça comporte. Je pense que ça suppose un esprit et une confiance entre les gens qui travaillent là, ce qui fait qu'ils apprécient le travail qu'ils font, et je pense que c'est dû au leadership que vous manifestez, M. le ministre, qui fait que les gens aiment travailler avec vous. Et même s'ils doivent parfois quitter, parce que pour toutes sortes de raisons ils doivent le faire, quand on voit qu'ils donnent du temps gratuitement, moi, ça m'impressionne, et je ne peux que féliciter celui qui est responsable de cet esprit-là.

Résultats de la mission commerciale à Paris

Mais est-ce que ce serait possible dans un premier temps de nous donner quelques précisions sur les résultats de la mission? Et après ça j'aurais d'autres questions à vous poser sur les services de première ligne. Mais d'abord sur les résultats de la mission, M. le ministre.

M. Rochon: On se rappelle qu'il s'agissait, M. le Président, d'une mission vraiment économique, commerciale qui profitait de l'occasion d'une très importante exposition, qui s'appelle INTERMEDICA, qui a lieu à Paris à tous les deux ans, mais qui attire des gens d'une bonne partie de l'Europe. Ça vise les différents domaines où se commercialisent des produits de la recherche dans le domaine de la santé soit dans le domaine des biotechnologies, dans le domaine de l'instrumentation médicale et dans le domaine des systèmes d'information qui très souvent sont reliés aux instruments qui sont développés dans le domaine médical et dans le domaine de la santé de façon générale.

On sait qu'au Québec, dans le domaine des biotechnologies, on a acquis maintenant une position assez intéressante. Par hasard, quelques semaines avant la mission, on apprenait par un rapport sur les activités qui sont faites en Amérique que le Québec se situe au dixième rang parmi les endroits qui produisent dans le domaine des biotechnologies et qu'on retrouve, pour l'ensemble du Canada, 40 % des entreprises de biotechnologie au Québec. Alors, ce potentiel-là avait été identifié lors de la visite de M. Juppé et des rencontres avec M. Bouchard, et c'est ce qui a donné suite à l'organisation de cette mission.

Les résultats immédiats de la mission, ça a été la signature à la Délégation générale du Québec à Paris, au moment de la mission, d'une dizaine d'ententes de coopération entre des entreprises québécoises et des entreprises françaises, ça a été le jumelage d'un parc technologique du Québec avec un équivalent français et un bon nombre... Il y a eu au total plus de 400 échanges de gens de la quarantaine d'entreprises qui accompagnaient avec des entreprises françaises.

Dans le suivi à moyen terme, il y a, avec les partenaires qui étaient à la mission — les ministères de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la

Technologie et des Relations internationales — des discussions présentement pour voir comment, possiblement l'automne prochain, il pourrait s'organiser une mission retour, une mission française en retour, probablement à l'occasion aussi d'une activité d'exposition dans le domaine des industries de la santé et possiblement d'autres missions comme ça qui pourraient s'inscrire par la suite.

L'objectif — et je pense que c'est bien enclenché — c'est de voir comment pour le Québec on peut augmenter, intensifier la coopération commerciale dans le domaine des industries de la santé et comment la France peut assurer une entrée sur l'Europe, faciliter une entrée sur l'Europe pour le Québec et vice-versa. En retour, dans les domaines où on est complémentaires, qu'on puisse avoir des coopérations avec l'industrie française, ici, au Québec, et comment aussi on peut, comme c'est déjà le cas, mais le faire de façon beaucoup plus développée, être aussi pour la France une entrée en Amérique du Nord et aussi même faciliter certaines coopérations des deux pays pour des activités commerciales en Amérique latine. C'est ça qui est l'horizon à moyen terme et de façon immédiate. On a déjà eu une bonne manne qui a été collectée sur place même.

• (10 h 20) •

M. Dion: Je vous remercie, M. le ministre. Je voudrais continuer sur une question qui vient à la suite de ce dont vous avez parlé hier à la suite d'une question de ma collègue députée où il était question de toute la question de déploiement des services de première ligne. Et je voudrais parler de deux aspects. D'abord, la question des malades mentaux et des gens qui ont des problèmes de maladie mentale et ensuite de ça des personnes âgées.

Ateliers de transition pour les personnes atteintes de maladie mentale

Concernant les personnes atteintes de maladie mentale et qui essaient de se réinsérer dans la société, un des mécanismes qui est utilisé à l'intérieur des processus de réinsertion, c'est le travail. Et vous connaissez très bien l'existence d'un grand nombre, un peu partout au Québec, d'ateliers de transition qui permettent à ces gens-là de retrouver une place dans la société, retrouver confiance en eux, développer peut-être des forces même physiques et psychologiques pour affronter plusieurs heures de travail par jour, et tout ça ne peut pas se faire du jour au lendemain.

Évidemment, il y a des processus qui sont relativement longs, c'est-à-dire que ça peut prendre plusieurs mois avant que quelqu'un soit capable vraiment de passer d'une situation où il sort de l'hôpital à une situation où il peut affronter un travail régulier de sept ou huit heures par jour.

Ce que j'aimerais que vous nous expliquiez, c'est... J'entends parler qu'il y a des contraintes supplémentaires qui seraient indiquées à ces ateliers-là pour réduire les périodes d'adaptation pour passer, par exemple, d'une capacité de travailler trois heures par jour à travailler sept heures par jour, qu'on aurait raccourci des

délais. La directrice chez nous s'inquiétait que le fait de raccourcir de façon un peu autoritaire ou enfin absolue les délais risque de mettre en cause l'efficacité du processus. C'est que, s'ils n'ont pas assez de temps pour se préparer, qu'ils tombent trop rapidement dans un travail à temps plein, il y ait des rechutes et retours à l'hôpital. Alors, j'aimerais avoir des précisions à ce sujet-là.

Est-ce qu'il y a vraiment une réduction des fonds pour les ateliers de transition et est-ce que c'est exact qu'il y a un resserrement des contraintes sur les processus d'apprentissage et de transition?

M. Rochon: M. le Président, pour vraiment répondre à la question du député de Saint-Hyacinthe, je vais être obligé de la prendre en délibéré pour voir: Est-ce qu'il s'agit d'une décision prise localement ou est-ce que c'est un phénomène au niveau de la région ou de l'ensemble du Québec? Je ne saurais pas vous dire là, présentement.

M. Dion: Donc, il n'y a pas de politique claire qui a été établie là-dessus.

M. Rochon: Non, il n'y a pas, à ma connaissance, de politique qui a été modifiée, mais je veux bien m'en assurer avant de vous confirmer une réponse finale. Alors, je comprends bien qu'on parle...

M. Dion: Des ateliers de transition pour les personnes atteintes...

M. Rochon: ...des ateliers de transition pour des gens qui sont atteints de maladie mentale.

M. Dion: Oui, c'est ça.

M. Rochon: Alors, on va vérifier, M. le Président, et on va vous donner l'information.

Services offerts aux personnes âgées

M. Dion: Dans le même ordre d'idée, en ce qui touche les services de première ligne, je voudrais parler surtout des personnes âgées. On sait qu'actuellement il existe un patrimoine. Il existe des façons de faire qui sont l'héritage antérieur et qui ont leur valeur, mais qui ont besoin à certains égards d'être ajustées et réorganisées pour s'assurer que les ressources sont utilisées au mieux étant donné que les fonds sont limités.

Alors, il y a des centres d'accueil pour personnes âgées où on retrouve des gens, plus ou moins pêle-mêle, qui ont besoin de soins de deux heures par jour, de deux heures et demie, trois heures, trois heures et demie par jour. Avec la réorganisation, on tend à concentrer dans les hôpitaux, dans les institutions, ceux qui ont besoin de plus d'heures de service et peut-être à faire en sorte que ceux qui ont besoin de moins d'heures soient dans des maisons d'accueil à l'extérieur. Mais actuellement il y a des gens qui sont déjà dans les institutions. Comment on va faire la transformation? Est-ce qu'on va les sortir de là? Est-ce

qu'on va les sortir des institutions et on va dire: Maintenant, allez vivre dans des maisons d'accueil. Parce qu'on sait que pour les personnes âgées, évidemment tout changement est inquiétant, est angoissant.

Alors, comment va se faire cette transformation et cette élévation de niveau de service pour s'assurer que les ressources sont utilisées au meilleur escient?

M. Rochon: M. le Président, pour les services aux personnes âgées, il faut bien se rappeler que les services sont développés en assurant le plus possible une continuité entre ce qui se fait au domicile et dans l'institution de soins de longue durée, avec toute la gamme qu'on peut développer selon les besoins, selon les ressources qu'on peut avoir localement ou dans différentes régions, toute la gamme qui peut vouloir dire de l'hébergement de courte durée pour donner un peu de répit à une famille par exemple, qui peut par ailleurs garder un parent âgé avec eux, mais pour les vacances d'été, par exemple, pour pouvoir partir en laissant la personne en toute sécurité pour un court séjour. Il y a des activités de centre-jour, d'hôpital de jour qui se font aussi, des pavillons qui sont des ressources intermédiaires qui peuvent fournir un encadrement pour un hébergement pour des gens qui ont conservé une plus grande autonomie. Il y a toute la gamme, là, qui existe et il n'y a pas présentement à ma connaissance — je serais surpris que ça soit le cas — d'opération le moins généralisée de transfert de personnes d'un niveau à l'autre. À mesure que les gens ont des besoins, se présentent, expriment une demande, on essaie d'avoir la gamme et la continuité la plus complète pour que les gens retrouvent le bon niveau de services dont ils ont besoin.

Et ça serait vraiment des cas isolés, parce que des gens qui présentement sont dans des institutions où les soins sont les plus lourds, si vous voulez, parce que la perte d'autonomie est grande, c'est dans les établissements de soins de longue durée. Les personnes qui sont là, à 60 % au moins, ont une perte d'autonomie qui est due à une perte des capacités cognitives de façon beaucoup plus importante que physiques.

Le niveau de service qui est donné a monté. Maintenant, en hébergement plus léger, on sait que c'est à peu près une heure et demie de soins donnés à une personne par jour et dans des établissements de soins de longue durée, maintenant on parle de trois heures, trois heures et demie, et il y en a même qui sont peut-être à quatre heures de soins par jour. Alors les gens qui sont là en général ont une perte d'autonomie assez importante que ça serait vraiment des cas très précis pour qui le niveau d'intensité de services serait mieux adapté dans un pavillon, par exemple, que dans un centre de longue durée.

Alors, le mouvement est plutôt pour renforcer les services et les soins à domicile, pour que les gens puissent le plus longtemps possible, selon ce qu'ils désirent, rester dans leur famille, dans leur propre résidence et qu'ils puissent aller vers un centre d'hébergement, un pavillon ou vers un centre de soins prolongés seulement quand ce n'est vraiment plus possible pour la personne soit pour des

raisons physiques, mais aussi des fois pour des raisons d'environnement social où on préfère avoir ce qu'on appelle dans notre jargon, là, une formule de substitution à la résidence.

M. Dion: O.K. Mais pour les services à domicile, je vois que... dans le document ici, à la page 21.3, on voit, pour le soutien aux organismes communautaires...

M. Rochon: Excusez, M...

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

M. Rochon: Là, je vous ai donné la réponse pour le tableau général. Est-ce que vous aviez à l'esprit une situation plus particulière pour la région? Parce que vous savez que les directeurs généraux des régions sont ici, alors, s'il y a quelque chose de plus particulier que le directeur général de la Montérégie pourrait connaître, on va tout faire pour vous donner l'information qu'il vous faut.

M. Dion: Bien, dans la question que j'allais vous poser, il est justement fait référence à des choses concrètes chez nous, mais dans un premier temps je voulais vérifier si pour les services à domicile il y a une partie des services qui vont être assurés par le CLSC, mais il y a peut-être aussi une partie des services qui vont être assurés par les groupes communautaires. Je ne sais pas. Je vois que dans le livre des crédits, on voit que les groupes communautaires, il y a eu un passage de 123 000 000 \$ à 154 000 000 \$. Est-ce que ce montant-là est attribuable en partie à ce réajustement?

• (10 h 30) •

Et deuxièmement, pour ce qui est de la région de chez nous, j'aimerais savoir dans quelle mesure il y a des fonds supplémentaires qui ont été versés pour les CLSC. Parce que je sais que toute la réorganisation et certaines coupes de dépenses ont amené des déplacements de fonds, en particulier à Saint-Hyacinthe. Qu'est-ce qu'il y a eu de plus pour les services de première ligne pour le CLSC de Saint-Hyacinthe en particulier?

Services à domicile (suite)

M. Rochon: Alors, à la première question, il y a effectivement des groupes communautaires qui, comme les CLSC, sont impliqués dans le maintien à domicile. Mais le maintien à domicile, ça comprend deux parties: il y a des services domestiques à domicile, et c'est ce que les groupes communautaires font. C'est aussi dans ce domaine-là — on se rappellera — qu'il y a un développement d'entreprises d'économie sociale qui commence, qui, au-delà de ce qu'un petit groupe communautaire peut faire, sont des entreprises qui vont permettre de convertir des subventions qui existaient sur des programmes d'employabilité, comme on le disait auparavant, comme EXTRA, PAIE ou d'autres, où les gens avaient un travail

pendant six mois, neuf mois ou un an au maximum, et, s'ils ne trouvaient pas vraiment un emploi permanent, les gens retombaient sur le chômage et, après le chômage, souvent revenaient sur la sécurité sociale. Alors, ces entreprises d'économie sociale là vont recycler une partie de l'argent de ces anciens programmes là et vont créer des emplois stables; donc, groupes communautaires et entreprises d'économie sociale pour la partie services à domicile, services domestiques. Le CLSC peut donc cibler de plus en plus sa mission sur les soins qui peuvent être donnés par l'infirmière, le travailleur social, l'ergothérapeute ou d'autres professionnels de la santé, et les deux deviennent complémentaires, à ce moment-là.

La ligne de budget, à la page 21-3 à laquelle vous faites référence, c'est effectivement l'augmentation... Le virage ambulatoire a voulu dire ça, entre autres. Il y a deux ans, avant le début du virage ambulatoire, c'était un peu moins de 100 000 000 \$ que les groupes communautaires avaient. On était monté l'an passé à 123 000 000 \$, et là on va aller jusqu'à 154 000 000 \$. Je pense qu'on a là un des indicateurs de transfert réel de ressources. Maintenant, ce n'est pas que du maintien à domicile. Je ne pourrais pas vous dire la proportion. Il y a une forte proportion. On sait que, dans l'économie sociale, le nouveau fonds de 80 000 000 \$ qui a été identifié va avoir au moins 72 000 000 \$, 75 000 000 \$ de ce 80 000 000 \$ qui va être pour les services domestiques. Dans le 154 000 000 \$, je ne saurais pas vous dire, mais il y a une forte proportion qui est du maintien à domicile pour les personnes âgées.

Budget alloué aux CLSC en Montérégie

M. Dion: Est-ce que c'est possible de savoir quelle a été l'augmentation en Montérégie à ce chapitre-là?

M. Rochon: Bon, la Montérégie spécifiquement, je ne sais pas. M. Boily, là, avec l'information que vous avez en main...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous pourriez vous nommer, et le poste, pour fins d'enregistrement? M. Boily, directeur de la Régie de Montérégie.

M. Rochon: M. Boily est le directeur général de la Régie régionale de la Montérégie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y, M. Boily.

M. Boily (Claude): M. le Président, dans le domaine du maintien à domicile, des CLSC, durant les deux premières années qui viennent de se terminer, quand on a fait le bilan, on a ajouté une somme nette de 5 000 000 \$ pour le maintien à domicile en support à la transformation du réseau. Pour la région de Saint-Hyacinthe, ce qu'il faut comprendre, c'est que l'approche qu'on a développée en Montérégie, compte tenu de la

grande diversité des sous-régions qu'on y retrouve... C'est que tous les acteurs d'un même milieu, d'une sous-région sont appelés à configurer ensemble un projet qui va tenir compte de la meilleure organisation possible de soins, en partant des soins hospitaliers, des soins de CLSC, des ressources alternatives, des centres d'accueil, et actuellement la sous-région de Saint-Hyacinthe a présenté un modèle de configuration et il y a des discussions qui ont eu lieu. J'ai rencontré le président et le directeur général de l'hôpital, entre autres, qui touche le centre d'accueil Andrée-Perrault que vous connaissez bien. Il y a des hypothèses qui sont étudiées, et le dossier devrait se terminer dans les semaines qui viennent, au moment où le conseil d'administration sera appelé à adopter les budgets pour l'an prochain.

Il faut comprendre que le conseil d'administration de la Montérégie, les deux dernières années et encore cette année, a donné comme orientation de ne pas compresser les CLSC. Ça ne veut pas dire qu'ils ne devront pas assumer leurs coûts de croissance, mais il n'y aura pas de compressions parce que ça nous apparaît être nécessaire de supporter l'opération des CLSC.

M. Dion: Oui, mais qu'est-ce qu'il y aura comme ajout pour permettre de développer la première ligne au niveau des CLSC? Mais actuellement il n'y a pas de décision de prise?

M. Boily (Claude): M. le Président, ce sera des décisions qui seront prises par le conseil d'administration, qui se réunit le 5 mai prochain en comité plénier et qui adoptera finalement le budget 1997-1998 le 5 juin prochain.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Maskinongé. Pour l'information des membres, je voudrais quand même donner l'occasion au plus de membres possible de poser des questions. Alors, plus vos périodes de questions sont longues... Du côté ministériel, le ministre a quand même jusqu'à 20 minutes. À l'heure actuelle, on s'en tient pas mal égal, mais je voudrais quand même la collaboration des membres de la commission. M. le député de Maskinongé.

Compressions budgétaires

M. Désilets: Merci, M. le Président. Je m'en tiendrais à une question. Ha, ha, ha! M. le ministre, moi, j'aimerais connaître si possible l'ampleur des compressions, présentement. C'est quoi, la différence de... Est-ce que les compressions ou l'entente qu'on a eue avec la fonction publique, c'est ça qui crée un remous important dans tout ce qu'on voit dans le remue-ménage dans les journaux présentement? C'est quoi qui fait que la perception des gens du milieu a tant de remous? C'est quoi, les éléments nouveaux?

M. Rochon: Bon, revenons au début de notre opération. Les plans de transformation — parce que c'est la

Pierre angulaire de départ — ont été faits, on se rappellera, sur une période de trois ans, et à ce moment-là la stratégie budgétaire du gouvernement — on est à ce moment-là à l'automne 1994, fin de l'automne, tout début de 1995 — c'est croissance zéro pour les dépenses de programmes du gouvernement. Donc, partout les dépenses de programmes doivent absorber ce qu'on appelle «le coût de système», ce que ça coûte de plus cher à chaque année. Ne serait-ce que la progression dans les échelons des employés du réseau de la santé, ça représente un montant énorme.

Juste pour se donner un indicateur, là, moi, j'avais été surpris quand on avait eu une année bissextile et qu'on avait dû prévoir une journée de plus de rémunération: ça coûte de 22 000 000 \$ à 23 000 000 \$, ça, une journée de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. Alors, on peut voir que juste la progression dans les échelons, tel que le prévoient les conventions collectives, et vous ajoutez à ça l'augmentation du coût de la vie pour l'achat d'équipement ou de fournitures qui sont utilisés dans les établissements, alors, ça, globalement, ça a voulu dire... Au total, pour l'ensemble du système, si on prend le réseau, la Régie d'assurance-maladie, pour tout le système — c'est les proportions qui sont importantes, je pense — c'est à peu près 400 000 000 \$ par année. Donc, les plans de transformation ont été faits là-dessus en prévoyant ces compressions-là à faire dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux.

Quelques mois après, lors du dépôt du premier budget du gouvernement actuel — c'était le budget Campeau — la stratégie budgétaire du gouvernement s'est précisée encore plus, et là le budget Campeau annonçait que, en plus de la croissance zéro, les deux années qui suivraient verraient aussi une diminution des crédits pour pouvoir atteindre l'objectif de déficit zéro, qu'on devrait faire en plus une diminution de crédits, une diminution de dépenses de l'ordre d'à peu près 500 000 000 \$ à chaque année — l'année qu'on vient de terminer, 1996-1997, et celle qu'on commence, 1997-1998. Alors, ça, ça rajoutait déjà là quelque chose de nouveau par rapport à ce qui avait été l'orientation de stratégie budgétaire lors de la conception et de la préparation des plans de transformation.

L'an passé, pour faire face à cet élément nouveau qui était de l'ordre d'à peu près 325 000 000 \$, qui s'est rajouté au 400 000 000 \$, pour l'ensemble du secteur encore... Je ne parle pas seulement du réseau, là. Si vous voulez avoir les chiffres précis du réseau, on vous donnera la proportion du réseau par rapport à ça. Mais, encore là, vous voyez les proportions. Pour le 325 000 000 \$ qui se rajoutait, on a dit: Il faut faire quelque chose de plus comme stratégie budgétaire, parce qu'on ne va pas y arriver avec le plan de transformation de base qui, lui, est prévu pour absorber 400 000 000 \$. Et là se sont rajoutés deux éléments pour pouvoir gérer cette situation-là l'an passé: un, ça a été un premier programme de départs assistés spécifique pour la santé et les services sociaux et, deux, ça a été la réorganisation qu'on a faite en ce qui regarde le médicament, la création du programme d'assurance-médicaments, où on a décidé, pour équilibrer les compressions dans

l'ensemble du réseau, d'en prendre un peu, côté médicalement. Mais, pour ne pas faire simplement une coupure sèche de certains types de médicaments ou à certaines clientèles, c'est là qu'est venue l'idée de créer le programme d'assurance-médicaments pour répartir le coût du programme de la façon la plus équitable possible entre tout le monde, chacun faisant une contribution, mais ajustée selon ses moyens et ses revenus.

Alors, ces deux moyens-là additionnels ont permis, l'an passé, de faire face à la situation. Mais il y a un montant de l'ordre d'à peu près 137 000 000 \$ qui a été fait comme économie l'an passé, mais pas de façon récurrente, c'est-à-dire qu'on a fait des économies, mais qu'elles sont à refaire cette année parce que ce n'était pas comme... Quand on fait une économie récurrente, c'est du personnel en moins, par exemple. Bien, ça, ça veut dire qu'à chaque année c'est enregistré pour la suite. Mais, si c'est une économie ad hoc sur une dépense qu'on ne fait pas, mais qu'on doit faire l'année suivante, ou une dépense qu'on a reportée, bien, évidemment il faut trouver un autre moyen de faire une autre économie. Alors, je mentionne ça parce que ça permet de comprendre ce qui se passe cette année.

● (10 h 40) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Shefford... Est-ce que votre réponse est finie, M. le ministre?

M. Rochon: Non, il me reste un dernier élément à répondre. Je vous donne la trame parce qu'il faut voir qu'il y a nouveau puis nouveau, là-dedans, là, hein? Bon. Cette année, on est dans la situation où l'objectif budgétaire... Puis là je rappellerai quand même, quand les gens parlent de nouveau, que, il y a quelques mois, on avait fait des titres partout au Québec disant que la compression attendue pour le réseau de la santé et des services sociaux serait en quelque part entre 900 000 000 \$ et 1 000 000 000 \$. Quand on a connu que l'effort budgétaire serait de l'ordre de 3 000 000 000 \$, il y a beaucoup de gens qui ont fait la règle simple, comme on voit certains raisonnements un peu directs puis un peu simples qui se font présentement à d'autres égards, que, comme les dépenses de programmes dans le domaine de la santé représentent quasiment le tiers des dépenses de programmes du gouvernement, le tiers de 3 000 000 000 \$, ça fait 1 000 000 000 \$. C'est un peu moins que le tiers, donc, ça va être entre 900 000 000 \$ et 1 000 000 000 \$. Alors, un premier élément nouveau qui est plutôt positif, c'est que ce n'est pas 900 000 000 \$, c'est 760 000 000 \$ par rapport à 724 000 000 \$ l'année passé.

Ce qui n'était pas connu pour l'ensemble du réseau jusqu'au moment du dépôt des crédits serait: Quelle sera cette proportion de plus sur le 400 000 000 \$ de base du gel? On savait que, l'année qu'on finissait, ça avait été 325 000 000 \$; on s'attendait que ça pourrait être quelque chose d'à peu près pareil. Moi, comme ministre, je souhaitais que ça ne soit pas beaucoup plus, en tout cas. C'est 760 000 000 \$, finalement. Alors, c'est ça qui se rajoute.

Maintenant, se pose la question comme pour l'année passée: Comment on fait face à ça? Parce que le plan de transformation ne prévoit pas ça, lui. Les plans de transformation prévoient, pour l'année qu'on commence, 160 000 000 \$ de compressions qui sont prévues, qui sont là. On a notre 137 000 000 \$ de l'année passée qui a été fait en économies, mais non récurrentes, donc qu'il faut refaire. Alors, ça, on s'est dit: On va voir comment on va le faire. Au besoin, on fera la partie qu'on peut faire, parce qu'il y a des mesures qui peuvent être prises et souvent il y a un temps de latence avant que ça commence à payer, comme on peut dire ça. Alors, dépendant de ce qui... Parce que là il faut les faire de façon récurrente, pour de bon. Alors, ça, ça pourra être au besoin étalé sur quelques années pour absorber complètement ce 137 000 000 \$ là, dépendamment des moyens qu'on va prendre pour faire ça, parce qu'on a toujours l'objectif de consolider les services plutôt que de couper dans les services. C'est pour ça que j'ai beaucoup dit: On travaille sur les pratiques professionnelles pour améliorer et consolider nos services directement à la population et sur tout ce qui est administration, soutien pour faire des économies le plus possible de ce côté-là.

Alors donc, 160 000 000 \$, 137 000 000 \$. Il reste à peu près, si on regarde le réseau comme tel, pour le réseau, une proportion de 282 000 000 \$. Parce que, sur le 760 000 000 \$ cette année, je peux vous donner la proportion du réseau: c'est 579 000 000 \$ cette année parce que... Oui, c'est ça. Je pense qu'on n'a pas besoin d'aller dans les détails. C'est 579 000 000 \$ qu'il faut réaliser, donc calculez 160 000 000 \$ plus 137 000 000 \$, il reste à peu près 282 000 000 \$, 283 000 000 \$. Ce 282 000 000 \$, 283 000 000 \$, c'est ça, ce qui est prévu pour être réalisé par le nouveau programme de départs qui a été négocié pour l'ensemble. Cette fois-ci, ce n'est pas seulement le réseau de la santé, c'est aussi l'éducation, c'est aussi la fonction publique, pour 15 000 emplois dans l'ensemble. Et la proportion du domaine de la santé et des services sociaux est de 7 700, je pense, comprenant les employés plus les cadres qui devront partir. Alors, ce 282 000 000 \$ là doit venir de ces départs-là non remplacés, ceux qui ne seront pas remplacés. Alors, dans l'ensemble des départs qui vont se faire, il y en a qui vont être remplacés, et là on va cibler où on peut ne pas remplacer.

Je termine en disant, pour que les gens voient comment ça va se passer, qu'on s'est dit: Sur la base de ce qui est déjà prévu... Parce que, dans les plans de transformation en place, le 160 000 \$ qui va être fait, ça veut dire des départs aussi, ça, pour une partie de cette économie-là. Il y en avait pour 3 300 déjà prévus qui se feraient. Rajouter 7 700 là-dessus, ça n'apparaissait pas possible de faire ça dans un an; là, ça ferait trop. Alors, ce 7 700 comme cible a été étalé sur deux ans. On va en faire 3 000 cette année et 4 700 l'an prochain en trouvant les moyens qu'il faudra à ce moment-là pour le faire. Alors donc, cette année on avait 3 300 départs de prévus qui vont se faire, plus 3 000 nouveaux, et c'est avec ça qu'on devrait aller chercher notre économie du 282 000 000 \$. En résumé, là, c'est à peu près ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Shefford.

Diminution appréhendée du nombre d'infirmières

M. Brodeur: Merci, M. le Président. Ce matin, le journal *La Voix de l'Est*, à Granby, que probablement le ministre connaît bien depuis quelque temps, titre: *Pénurie d'infirmières à l'horizon*. À l'intérieur, on peut lire: *Baisse d'inscriptions et menace de pénurie dans les soins infirmiers*. C'est une entrevue...

M. Rochon: J'ai manqué le tout début. En quel endroit, ça, monsieur?

M. Brodeur: *Pénurie d'infirmières à l'horizon, baisse d'inscriptions et menace de pénurie dans les soins infirmiers*, titrait *La Voix de l'Est*, à Granby, ce matin.

M. Rochon: Ah! j'aurais dû y penser, oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Brodeur: Lorsque interrogée sur la formation des infirmières, la directrice des soins infirmiers au collège de Granby disait que cette année il y a 30 % de moins d'inscriptions dans les programmes d'études d'infirmiers et d'infirmières au Québec. Elle dit également que ce n'est pas simplement une situation qui perdure à Granby, mais elle dit même que c'est moins problématique à Granby qu'à Montréal, par exemple. Donc, elle s'inquiète. Elle se demande ce qui va advenir d'ici deux ou trois ans, parce qu'elle prévoit, elle, comme directrice au cégep de Granby, une baisse d'effectif dangereuse, dans deux ou trois ans, d'infirmières et d'infirmiers. Semble-t-il que c'est un manque d'intérêt dû aux compressions dans la santé qui fait en sorte qu'il y ait beaucoup moins d'inscriptions; je parlais tantôt de 30 % de moins d'inscriptions. Il n'y a pas seulement cette directrice de département là qui a affirmé ça, il y a aussi l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec qui dit que, d'ici quelques années, il est possible que ce facteur tende à s'accroître et qu'on manque, en fin de compte, d'infirmiers et d'infirmières au Québec.

Je comprends bien que le ministre a peut-être fermé des hôpitaux; je ne sais pas si c'est ça qui va faire en sorte qu'on ait besoin de moins d'infirmières. Ou va-t-il prendre des mesures pour faire en sorte que ce cri d'alarme qu'on voit ce matin dans les journaux, non seulement dans *La Voix de l'Est*, suite à l'entrevue avec Mme Juarez, mais aussi avec l'entrevue de Mme Chabot, à l'Ordre des infirmières... Donc, M. le Président, il y a des questionnements qui doivent être répondus le plus tôt possible, puisqu'on parle de pénurie dans deux ou trois ans.

Aujourd'hui, on pouvait aussi lire dans *Le Journal de Montréal* que les infirmières... Ceux qui sont là présentement sont découragés. Je vous cite juste un petit passage pour illustrer ces propos-là: «La tâche est tellement lourde. Auparavant, quatre patients sur 12 avaient

des solutés; maintenant, ils sont tellement malades que huit malades sur les 12 demandent des soins majeurs, et nous sommes deux fois moins de personnel. Nous n'avons pas le temps de parler aux malades. Oubliez cela, le contact humain. Les infirmières trouvent les malades patients.» En plus de manquer de personnel, on nous dit ce matin qu'on aura une pénurie d'infirmières et que dans deux ou trois ans la situation sera pire. Donc, M. le ministre, je me demande ce que vous avez à répondre à ce cri d'alarme des infirmiers et des infirmières.

M. Paradis: Il n'y a pas de problème.

M. Rochon: Vous me permettez peut-être une petite observation, M. le Président. Je comprends que la situation immédiate n'est pas trop inquiétante, on voit qu'on va bien s'en tirer, de sorte que ceux qui veulent mettre de l'inquiétude... On regarde ce qui va se passer possiblement dans trois ans puis on lance l'alarme. C'est déjà mieux, ça nous donne le temps de gérer la situation encore plus.

La situation des infirmières, dans mes informations que je vérifie rapidement... La diminution du nombre d'infirmières en formation, c'est une décision qu'a prise récemment le ministère de l'Éducation de diminuer de l'ordre de 30 % les inscriptions dans les programmes de soins infirmiers dans les cégeps. D'après les données qu'on a présentement, il y aurait en surnombre quelque chose de l'ordre de 10 000 infirmières sur le marché comparativement à l'offre d'emploi qui est faite. Alors, là, je ne pense pas qu'on va me suggérer de bâtir des hôpitaux pour employer des infirmières. C'est une question de rééquilibrer le marché du travail. Alors, tenant compte de cette situation-là, on va former moins d'infirmières s'il y en a 10 000 en surplus qui cherchent un travail.

Sur les listes de personnel qu'on a présentement en disponibilité depuis les deux premières années de la transformation, il y a, là aussi, 1 000 infirmières qui ont la sécurité d'emploi et qui vont devoir être replacées dans le réseau de la santé et des services sociaux. On est plutôt dans une situation où on n'a pas une pénurie appréhendée d'infirmières. On a un réajustement dans les programmes de formation pour que les programmes de formation aient le nombre d'étudiants, d'étudiantes qui correspond à ce qui est la demande sur le marché du travail.

● (10 h 50) ●

Bon, si certains font des projections et prévoient que peut-être on aurait diminué de trop... Est-ce que c'est ça qu'on veut suggérer, qu'il ne faudrait peut-être pas diminuer autant, compte tenu de ce que peuvent être les orientations des infirmières qui cherchent du travail présentement et qu'on devra peut-être rajuster cette cible-là? Ça, c'est peut-être une question, mais je pense qu'on peut voir d'année en année, là, chaque année suivre l'évolution du marché, la demande d'offres d'emploi pour des infirmières, le nombre d'infirmières, celles qui restent des infirmières actives ou des infirmiers qui continuent, et, au besoin, comme on fait pour la formation médicale, rajuster la formation. Alors, de prime abord, je ne vois pas qu'il

y ait sujet là à appréhender dans trois ans une crise et une catastrophe si, au contraire, on essaie de faire un ajustement pour corriger une situation qui révèle un déséquilibre présentement.

M. Brodeur: Si j'ai bien compris, M. le ministre, vous me dites même qu'il y a trop d'infirmières présentement, contrairement à la nouvelle d'aujourd'hui, et vous me dites aussi qu'il y a une diminution de 30 % des inscriptions, que ce n'est pas l'affaire du ministère de la Santé, mais c'est l'affaire du ministère de l'Éducation. Est-ce que je comprends bien votre réponse dans ce sens-là?

M. Rochon: J'ai compris que la question faisait référence au fait qu'on avait décidé de former moins d'infirmières. Le ministère de l'Éducation a effectivement — c'est ce que je dis, oui, selon l'information que j'ai — pris la décision de diminuer de l'ordre de 30 % le nombre d'entrées de candidats admissibles dans les programmes de formation en sciences infirmières parce que l'information qu'il y a, par ailleurs, c'est qu'il y a un surnombre d'infirmières comparativement aux emplois d'infirmière qui existent.

M. Brodeur: Si je comprends bien, M. le ministre, donc la nouvelle qui est apparue ce matin, là, ce que les infirmières disent, ce que l'Ordre des infirmiers et des infirmières dit, qu'il va manquer de personnel d'ici l'an 2000, est fautive et que c'est une décision du ministère de l'Éducation et aucunement une décision du ministère de la Santé de baisser de 30 % les soins infirmiers. Donc, vous devriez leur dire peut-être: Baissez encore plus, on en a trop. Je ne le sais pas, là. C'est très contradictoire.

M. Rochon: Non, non. Non, non. Non, non. Pourquoi baisser encore plus? Je viens d'expliquer, là, je vais réexpliquer que le ministère de l'Éducation a jugé que, s'il y en avait 10 000 de trop, d'après les études qui ont été faites, baisser de 30 %, ça va être une façon de réajuster. Je ne sais pas pour quoi faire le député nous suggère de couper plus. Il a peut-être d'autres données plus précises. S'il a des avis à donner à cet égard-là au ministère de l'Éducation, je suis sûr que ça va être bien reçu. On peut toujours leur faire des propositions puis des suggestions. Mais je vous explique qu'il y a un déséquilibre sur le marché du travail et qu'il y a une décision qui a été prise pour corriger ça.

Maintenant, là on me dit que... Parce que je n'ai pas vu le contexte. J'essaie de comprendre le plus possible comment le député résume le contexte de cette déclaration. Mais, tu sais, c'est toujours la même chose, hein? Sortez une phrase de son contexte, et on peut faire pendre n'importe qui qui l'a dite, cette phrase-là. Bon. Alors, j'essaie d'apprécier le mieux possible.

Ce à quoi les gens font peut-être référence, surtout de l'Ordre des infirmiers et infirmières — parce que je les ai rencontrés il y a à peu près une semaine ou 10 jours, et il y avait une question dans ce sens-là, mais qui était beaucoup plus précise — ce que les gens disent qu'il faut

surveiller dans les trois prochains mois au moment où vont se faire les départs... Puis on ne sait pas présentement qui va partir, où. Ça va se savoir, ça, dans les prochaines semaines et dans les prochains mois, exactement où se font les départs. La question est: Est-ce que c'est possible qu'on ait à gérer des situations où, dans un hôpital X, t'as une concentration d'infirmières qui décident de partir — comme une des questions qui ont été posées à la période de questions — et que, si on imagine aussi, pour mettre le scénario vraiment le pire pour que ça fasse la «shot», t'as un bloc opératoire où toutes les infirmières veulent partir? Alors, est-ce qu'on peut trouver demain matin des infirmières dans l'hôpital ou dans la région ou des infirmiers qui sont capables de travailler demain matin dans le bloc opératoire? Donc, il va y avoir une période — et, selon les types de fonctions, ça peut peut-être être quelques semaines ou quelques mois, là, je ne connais pas assez le détail là-dessus — d'adaptation. Mais c'est connu, ça. Dans du transfert de personnel comme ça, ça prend un programme d'adaptation du personnel. Maintenant, il peut y avoir une infirmière qui pourrait être intéressée, ou un infirmier, à venir travailler pour remplacer ceux qui quittent et qui aurait besoin d'une période de quelques semaines, quelques mois; ça dépendra du type de service.

L'adaptation, donc, c'est ce à quoi je faisais référence en disant qu'une de nos stratégies importantes l'an prochain avec ce programme de départs assistés, ça va être de refaire les équipes. Et c'est aussi une opportunité pour modifier, parfois améliorer dans le sens de ce qui est discuté beaucoup par les ordres professionnels depuis quelques années... Il y a beaucoup de travail qui se fait entre les ordres. Il y a beaucoup de groupes et de tables conjointes entre les ordres professionnels qui veulent être capables de développer des façons de travailler où l'interdisciplinarité est beaucoup plus favorisée. Alors, il y aura aussi cette opportunité-là de remonter les équipes, peut-être différemment, en ayant le partage de tâches et de responsabilités différentes dans le sens de ce qui se discute beaucoup et de ce que les gens voudraient essayer, et, au besoin, d'adaptation que le personnel devra faire.

Donc, c'est peut-être à ça qu'on fait référence, que dans certains secteurs on risque d'avoir un rouveau un peu serré, mais je pense qu'il ne faut pas s'affoler avec ça. Il faut comprendre que, oui, ça peut être une réalité, oui, ça va être une difficulté, mais il va falloir que ce soit géré par les gens qui sont là, et ça va être différent... Ça ne sera massif partout, là, on n'aura pas toutes les salles d'opération qui vont se vider au Québec. Ça peut arriver à un endroit, à un autre établissement ça peut être dans un autre service où il y a un ajustement à faire, et pour ça il va falloir que ça se fasse vraiment, ça, dans les régions, dans les établissements. Moi, je fais confiance. Je pense que les directeurs de ressources humaines, les directeurs généraux et leurs collègues en général, on a des gens qui ont de la compétence. Avec une bonne collaboration du syndicat, je ne vois pas pourquoi on n'y arriverait pas. Je ne vois pas pourquoi il n'y aurait pas une bonne collaboration.

On a des ententes signées. C'est précieux, ça, M. le Président. On n'a pas été obligés de prendre des décrets

puis d'imposer ça au monde, il y a des ententes signées de partenaires qui ont convenu que la façon de régler notre problème de dépenses et d'atteindre notre déficit zéro, c'est de diminuer le coût de la main-d'oeuvre. Le moyen choisi de faire partir du monde plutôt qu'un autre moyen pour diminuer le coût de la main-d'oeuvre, c'est la proposition des syndicats. Le gouvernement a ajusté, a modifié la proposition qu'il avait faite pour s'enligner sur celle des syndicats, et on a convenu d'une façon de le faire. Alors, moi, je pense qu'on a tous les éléments en main, et là ce qu'il faut faire, c'est plus de se mettre à la tâche, de faire le boulot, puis, dans les prochains mois, je pense que ça va progressivement rentrer dans l'ordre.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que c'est toujours sur le même sujet, M. le député?

M. Brodeur: Toujours sur le même sujet. Moi, qu'est-ce que je dois répondre à mes gens chez nous, à Granby, lorsque vous dites... Ils me disent déjà, eux autres, qu'ils vont manquer d'infirmières. Vous me dites que, oui, il va y avoir restructuration, déplacements. On sait tous qu'ils n'iront pas plus loin que 50 km. Je pense que dans les règlements c'est prévu qu'on peut les déplacer, mais de pas plus que 50 km.

M. Rochon: À moins qu'ils soient d'accord pour aller plus loin que 50 km.

M. Brodeur: C'est ça.

M. Rochon: Ce n'est pas défendu d'aller plus loin que 50 km.

M. Brodeur: Je vous explique que Granby est au-delà de 50 km, par exemple — je prends l'exemple de Granby — de Montréal, au-delà de 50 km de Sherbrooke, au-delà de 50 km de partout où il y a des grands hôpitaux. Comment vous allez combler ce vide-là? Vous me parlez du mois de juin. Ici, j'ai un titre d'article dans *Les Affaires: Hôpitaux: été catastrophique en vue à cause des concessions accordées à la CSN*. Il m'apparaît, moi, que chez nous... En plus de manquer d'anesthésistes, on «va-tu» manquer d'infirmières, maintenant?

Ça fait que qu'est-ce que je vais répondre ou qu'est-ce que vous allez répondre aux gens chez nous qui disent ça, ce matin, qu'on va manquer d'infirmières? Hier, on vous disait qu'on a un problème d'anesthésistes pour le mois de juin. À cause de ces règles-là du 50 km, comment on va faire pour répondre à ces centres-là qui sont relativement éloignés — c'est très relatif, éloignés — des grands centres?

M. Rochon: Deux petits commentaires, puis je vais demander, si vous permettez, M. le Président, à M. Boily, le directeur général de la Montérégie, qui pourra peut-être donner des informations plus précises en ce qui regarde Granby...

De façon générale, l'article auquel on fait référence... C'est le journal *Les Affaires*, ça, qui a fait un grand titre, *La catastrophe appréhendée*, après avoir fait une entrevue avec une personne, essentiellement, qui a donné sa vision de l'affaire, une personne qui a dit ce qu'elle pensait de la situation. Quand on regarde le raisonnement, on peut le résumer. C'est à peu près de la façon suivante: Ça pourrait aller mal, ça pourrait même aller plus mal, ce n'est pas impossible que ça aille très mal, et, si ça va assez mal, ça pourrait peut-être être une catastrophe. Là, tu regardes ça et tu dis: Ça fait un beau titre, ça. Tu mets le titre puis là tu résumes ça en dessous. C'est essentiellement ça qu'il y a dans cet article-là. Il n'y a rien d'autre. Il n'y a pas d'analyse sérieuse, il n'y a pas d'option alternative de regardée, il n'y a pas d'autres personnes qui ont été interviewées pour voir s'il n'y a pas d'autres façons de voir l'affaire, surtout pas. On a pris ça puis on a fait une nouvelle avec ça. Ça fait que ça, là, ça ne me m'apparaît pas tellement, tellement sérieux, et c'est ça, je trouve qui est vraiment malsain, d'essayer de créer un climat de panique sur quelque chose où il n'y a même pas de faits pour supporter ça. C'est des choses. C'est sûr que, si ça va mal, ça va aller mal. Bon. Mais ça n'ira pas nécessairement mal.

Deuxièmement, M. le Président, le député me demande ce qu'il va dire à son monde. Je «pourrais-tu» suggérer qu'il essaie d'expliquer ce que je viens de dire? Peut-être bien que ça va faire faire un bout de chemin.

M. Brodeur: Je peux essayer.

M. Rochon: Bon. Oui. Puis, si ça ne fait pas faire un bout de chemin suffisamment puis les gens ont peut-être d'autres questions, et si le député ne peut pas y répondre, peut-être qu'il pourrait référer ces gens à des gens qui connaissent ça et qui connaissent bien la région, entre autres à la Régie régionale et à l'établissement. Et là-dessus peut-être que M. Boily tout de suite pourrait donner certaines indications de plus qui aideraient à éclairer la lanterne du député, M. le Président.

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

• (11 heures) •

M. Brodeur: Juste un petit instant. J'ai justement glissé une invitation au ministre de la part des intervenants locaux pour lundi prochain; on n'a pas eu de réponse. C'est encore dans le journal *La Voix de l'Est*, ce matin. Peut-être qu'il pourrait venir dire à la population, lui-même, ce qu'il a comme projets pour Granby.

M. Rochon: M. le Président, on a appliqué depuis deux ans une décentralisation assez importante. Il y a une grande accessibilité à l'information. Je suis entièrement d'accord, ça va me faire plaisir de rencontrer la population, mais, si je ne peux pas être disponible à quelques jours d'intervalle, il y a dans la région des gens qui assument des responsabilités dans l'établissement aussi. On les a même avec nous en commission parlementaire. Alors,

peut-être que, déjà ce matin, le député pourrait avoir encore plus d'information et qu'il pourrait, dès ce soir, rassurer son monde en bonne partie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): En complément de réponse, M. Boily.

Pénurie d'anesthésistes au Centre hospitalier de Granby

M. Boily (Claude): Claude Boily, directeur général à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. M. le Président, si je prends la dernière partie de l'intervention touchant l'anesthésiste, la situation est la suivante. Le ministre hier, à l'Assemblée nationale, a déclaré que le problème est en voie de solution. Le problème est en voie de solution. J'ai rencontré les autorités de l'hôpital de Granby, des représentants du CMDP, du monde chez moi ont rencontré des autorités de l'hôpital Brome-Missisquoi, parce que la solution, à notre point de vue, va devoir passer par une solution terrain d'hôpitaux qui sont capables, face à un problème commun touchant une clientèle, touchant nos citoyens, d'en arriver à trouver des solutions satisfaisantes.

J'ai la garantie ce matin que l'urgence du 1er mai est maintenant reportée au 1er juin, c'est-à-dire qu'il y a, par entente avec les autorités de BMP, couverture, qu'il y aura couverture des salles de l'hôpital de Granby pour tout le mois de mai au niveau des anesthésistes. Et il y a d'autres rencontres de prévues pour tenter, avec l'Association des anesthésistes, de trouver une solution plus permanente. Il y a des hypothèses très intéressantes dans l'air et, pour le moment, les discussions vont bon train. Demain matin, il y a une autre réunion de prévue et, si nécessaire, le président-directeur général de la Régie avec les présidents des hôpitaux, les directeurs généraux, les présidents des CMDP auront une rencontre pour finaliser une entente à plus long terme.

Alors, le problème est en voie de solution. Les citoyens de Granby peuvent être rassurés par rapport à la présence d'anesthésistes due à l'accord et à la collaboration de l'hôpital de Brome-Missisquoi. Il y a dans ce secteur-là des solutions à long terme permanentes qui devraient rassurer et la population et les gens qui les représentent.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, M. le Président.

M. Rochon: La solution est littéralement à côté du député, si je comprends bien.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Je suis...

M. Paradis: M. le Président, je ne peux pas laisser passer ça, là. C'est correct qu'il y ait du dépannage temporaire.

Mme Charest: M. le député de Brome-Missisquoi, c'est mon droit de parole.

M. Paradis: Non, mais le ministre m'a posé une question. Ne soyez pas déplaisante ce matin. M. le ministre, nous, ça nous fait plaisir quand on peut le faire avec les voisins, mais, à un moment donné, t'éti-res tes ressources. On est déjà en pénurie de ressources. On dépend d'une situation où il faut le faire, mais il faut également trouver pour les autres centres hospitaliers des solutions qui sont plus permanentes que celle-là.

Ce qui m'inquiète de la réponse qui nous a été donnée, c'est que là c'est fait pour un mois, puis les répercussions autant à Granby, qu'à Brome-Missisquoi—Perkins, qu'à Montréal, que dans l'Estrie, que partout, là, c'est à partir du moment où on va vivre le 2 juillet, là. Et je pense que vous l'avez admis tantôt, il n'y avait pas de planification. Ça fait que, si on ajoute ce stress-là et qu'on nous demande du dépannage, à un moment donné, des ressources on en a comme il y en a de mises à la disposition de la population, puis pas plus. Ça fait que le cas de Granby demeure un cas...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Il faudrait peut-être rappeler au député de Brome-Missisquoi que, si on est en pénurie de ressources, c'est peut-être dû en grande partie à toutes les folies passées que le gouvernement précèdent a faites dans le domaine de la santé, comme sa tentative de déménager l'Hôtel-Dieu de Montréal à Rivière-des-Prairies et qui avait coûté 2 000 000 \$ dans le temps, le show de Charlesbourg avec Marc-Yvan Côté qui annonçait des grandes restructurations qu'il n'a pas faites et qui ont coûté 631 000 \$, et également je pense qu'il faut...

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

Mme Charest: M. le Président, c'est mon droit de parole et j'ai le droit de dire ce que j'ai à dire. Je voudrais rappeler aussi...

M. Paradis: Pas Rochon!

Mme Charest: Point d'ordre, M. le Président. C'est mon droit de parole et je l'exerce.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît. S'il vous plaît, j'aimerais quand même qu'on reste sur la santé. S'il vous plaît. Allez-y, Mme la députée.

Mme Charest: Je suis toujours sur la santé, M. le Président, et j'aimerais rappeler...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Un instant, Mme la députée. Question de règlement.

M. Paradis: Oui. Simplement, je ne voulais pas qu'un autre député intervienne de son côté pour lui rappeler tantôt qu'il y a eu un rappel à l'ordre qui est bien facile à comprendre, là, on s'adresse à la présidence.

Mme Charest: Je m'adresse toujours au président de l'Assemblée.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Rimouski, allez-y.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Je voudrais terminer ce petit topo en rappelant aussi de la publicité payée aux Nordiques, parce qu'on a des copains dans le domaine, de la publicité à 250 000 \$. Alors, ça, c'est juste trois faits qui rappellent que 3 000 000 \$ ont été littéralement garrochés par les fenêtres et qu'aujourd'hui on est obligé de faire des efforts supplémentaires pour rééquilibrer les choses.

Je rappellerais aussi que l'opposition réclame depuis plusieurs mois de faire comparaître les régies régionales devant la commission des affaires sociales, parce qu'il semble que, dans la restructuration, on ait beaucoup de questions à leur poser. Ces régies ont été, à plusieurs reprises, devant la commission parlementaire, malmenées et je pense que ce serait le temps de leur poser certaines questions.

Réorganisation des services de santé mentale au Bas-Saint-Laurent

À cet effet, j'aimerais, M. le Président, profiter de l'occasion que le président de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent soit ici pour m'enquérir auprès du ministre de la Santé et également, s'il y a lieu, auprès du président de la Régie du Bas-Saint-Laurent de ce qu'il en est rendu du dossier de la santé mentale pour notre région. On sait très bien que le dossier a fait l'objet de discussions et que la restructuration des services en santé mentale est en cours dans la région du Bas-Saint-Laurent.

Moi, ce que j'aimerais savoir, c'est: De qui vont relever les différents mandats à l'intérieur de ce dossier-là? Et comment va s'articuler la répartition des ressources, autant humaines que financières, sur le territoire pour le dossier de la santé mentale? Dans le fond, grosso modo, c'est quoi le dossier? Où on en est rendu? Et qu'est-ce qui s'en vient dans ce secteur-là?

M. Bernier (Pierre-André): Alors, M. le Président, Pierre-André Bernier, je suis le directeur général de la Régie de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

La réorganisation des services au niveau de la santé mentale, le service de psychiatrie, se fait en deux étapes.

Dans un premier temps, on consolide l'organisation des services spécialisés alentour du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de Rimouski. Il y a eu un partage de responsabilités qui a été discuté et accepté maintenant par l'Hôpital de Mont-Joli et l'hôpital de Rimouski. La prise en charge de l'ensemble des services spécialisés va se faire pour le 1er septembre par le Centre hospitalier régional de Rimouski. Le transfert des ressources humaines et financières va se faire à cette date-là.

Dans un deuxième temps, ce à quoi on travaille actuellement, c'est d'organiser, dans chacun des territoires de MRC, une équipe de base qui va être supportée par un psychiatre de l'équipe de Rimouski, de façon à ce qu'un plus grand nombre possible de personnes soient traitées dans chacun des territoires de MRC et qu'on réfère aux services spécialisés pour l'hospitalisation soit à Rimouski pour le secteur est de la région, soit à Rivière-du-Loup pour le secteur ouest de la région.

Actuellement, tous les travaux se déroulent pour que ces dates-là soient respectées et que, d'ici trois ans au maximum, à la lumière des orientations ministérielles, le redéploiement des ressources se fasse en traitant, le plus proche possible de la résidence des personnes, les personnes qui ont besoin d'aide. Il y a des réinvestissements qui se font au niveau des CLSC et également au niveau des organismes communautaires.

Mme Charest: J'aimerais savoir: Est-ce que la régie régionale, avec les partenaires de la santé mentale de la région, va assurer des services en quelque sorte suprarégionaux? Est-ce que la Gaspésie va avoir aussi des liens avec nos services? La Côte-Nord?

M. Bernier (Pierre-André): La Gaspésie a ses propres organisations de services du côté de...

Mme Charest: Et on ne desservira plus une partie de cette clientèle-là?

M. Bernier (Pierre-André): Peut-être au niveau de la longue durée, mais, au niveau de la courte durée et des services communautaires, c'est propre à la région du Bas-Saint-Laurent.

Mme Charest: O.K. Mais la longue durée, elle?

M. Bernier (Pierre-André): La longue durée, je pense que déjà la Gaspésie est également autosuffisante.

Mme Charest: Suffisamment équipée avec Gaspé, le sanatorium Ross, et tout ça.

M. Bernier (Pierre-André): Il y a une décroissance évidemment du nombre de lits en courte durée et il y a réinvestissement au niveau des services de première ligne, des services de transition et des services communautaires.

Mme Charest: Je vous remercie, M. Bernier, puis je vous remercie, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, Mme la députée. Mme la députée de Mégantic-Compton.

Réorganisation des services hospitaliers à Lac-Mégantic

Mme Bélanger: Merci, M. le Président. Bon, c'est évident que M. le ministre va comprendre pourquoi j'interviens — le ministre de la Santé, oui, et non pas le premier ministre. J'interviens ce matin à l'étude des crédits parce que la population de Lac-Mégantic est en alerte. Il y a encore, pour une fois, menace de fermeture de l'hôpital de Lac-Mégantic en soins de courte durée, par rapport aux coupures qui étaient supposées être de 18 000 000 \$, puis là on dit que la note atteindra 33 000 000 \$.

● (11 h 10) ●

Alors, moi, j'aimerais ce matin rassurer les gens de Lac-Mégantic, parce que le ministre sait que, depuis un an, on vit pas mal de problèmes dans la région de Mégantic par la diminution de lits en soins de courte durée, la diminution de lits en soins de longue durée. Tout ça, on était arrivé à l'accepter de bon gré, mais il y avait toujours comme prétexte que... On était prêt à admettre qu'il faut couper dans les lits, mais jamais fermer l'hôpital de Lac-Mégantic parce qu'on est 100 km et quelques du plus proche hôpital.

Alors, ce matin dans *La Presse*, et dans le journal, p. A-20, mais supposément que dans *La Tribune*, c'est à la une: «On menace de fermer l'hôpital de Mégantic et de mettre fin à l'activité de courte durée.» Ça revient dans l'actualité de plus en plus. Alors, moi, j'aimerais ce matin que le ministre de la Santé rassure la population de Lac-Mégantic en disant qu'il n'est pas question de fermer l'hôpital de courte durée de Lac-Mégantic.

M. Rochon: Alors, M. le Président, j'ai effectivement eu l'occasion de mieux connaître cette partie du Québec au cours de la dernière année en allant en discuter à plusieurs reprises avec, entre autres, la députée de Mégantic-Compton. J'ai même eu l'occasion, la chance de pouvoir aller sur place quand on a finalement réglé la saga de l'an dernier et qu'on a pu...

Mme Bélanger: L'unification. La saga de l'unification des conseils d'administration.

M. Rochon: C'est ça. S'est faite finalement une entente avec les établissements, la population et la régie régionale pour régler cette partie-là. Coin charmant du Québec, par ailleurs.

Mme Bélanger: Mais ça nous prend un hôpital.

M. Rochon: Absolument. Ha, ha, ha! Maintenant, pour le cas spécifique que soulève la députée de Mégantic-Compton, M. le Président, je n'ai pas assez d'information et je vous demanderai, si vous êtes d'accord, de donner la parole à M. Jean-Pierre Duplantie, directeur général de la Régie régionale de l'Estrie, qui saura sûrement mieux informer et peut-être aussi rassurer.

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

M. Duplantie (Jean-Pierre): M. le Président, nous connaissons bien, de fait, la situation de Lac-Mégantic. Nous avons fait des études au courant des deux dernières années sur les taux d'occupation au niveau du nombre de lits. Nous avons convenu avec les intervenants de ce milieu qu'il y aurait, tout au moins, un permis de 29 lits, mais qu'on autoriserait cependant l'occupation de 35 lits à Lac-Mégantic.

Avec ce qui se présente maintenant, nous allons revoir l'ensemble de la situation pour tout le territoire de l'Estrie, y compris Lac-Mégantic. Notre préoccupation, c'est la bonne utilisation des lits de Lac-Mégantic. Il est évident pour nous qu'on doit maintenir, entre autres, des services d'urgence de base, qu'on doit maintenir un certain nombre de lits d'observation en relation avec les services d'urgence de base, qu'il doit y avoir aussi certaines activités de base au niveau de la chirurgie. Donc, ce qui fait qu'il y aura définitivement à Lac-Mégantic un centre hospitalier avec un minimum de lits. On ne pourrait pas rassurer de façon définitive sur le permis déjà accordé dès cette année, mais tout dépendra justement de l'occupation qui sera faite, entre autres, des lits au centre hospitalier.

Ça dépendra aussi de la collaboration, et vous en êtes tous très conscients, quant à notre capacité d'attirer les médecins. Là-dessus je pense que les intervenants mêmes de Lac-Mégantic, conseil d'administration inclus, ont un rôle important à jouer pour s'assurer qu'il y a là un établissement véritablement viable quant à une pratique médicale de qualité au sein du centre hospitalier. Et c'est en autant qu'on pourra rassurer la population à cet effet que nous assurerons en même temps... Mais nous sommes conscients que l'éloignement oblige à maintenir et à faire tous les efforts nécessaires pour maintenir des services, même spécialisés, de base à Lac-Mégantic.

Mme Bélanger: Alors, M. le Président, j'aimerais dire à M. Duplantie qu'il ne m'a pas rassurée du tout, parce que je pense que les lits d'observation, ce n'est pas des lits d'hospitalisation et que, d'avoir une urgence pour recevoir les patients pour qu'ils soient transférés ensuite à Sherbrooke, ce n'est pas l'assurance qu'on va garder notre hôpital avec les soins de courte durée.

Voyez-vous ici, *La Tribune*, c'est à la une, alors que dans le journal *La Presse*, c'est à la p. A-20. C'est moins important rendu à Montréal, mais, pour l'Estrie, je pense que l'importance de l'hôpital, surtout de Mégantic qui est quand même très éloigné... Moi, je dis qu'il faut que les gens de Lac-Mégantic, de la région de la MRC du Granit soient plus rassurés, déjà qu'on a accepté la diminution de lits. Après consultation avec les médecins, puis tout ça, je pense qu'on disait que, si on avait ça, on pouvait conserver ces lits-là, on pourrait donner les soins adéquats à la population. Mais là, si on veut encore couper, ça veut dire que c'est la fermeture de l'hôpital.

On parle de difficultés d'avoir des médecins en région, mais, s'il n'y a pas d'actes qui se pratiquent là, on

va avoir encore beaucoup plus de difficultés. Il faut augmenter les actes médicaux pour attirer des médecins. Là, on me dit: C'est des lits d'observation. Je ne vois pas comment on va pouvoir garder des médecins et des spécialistes qui vont vouloir venir faire de l'observation à Mégantic.

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

M. Rochon: Bon. M. le Président, moi, j'ai compris dans la réponse que M. Duplantie a dit que dans les plans, ce qui est regardé présentement, il a parlé d'activités chirurgicales. C'est des activités d'hôpital, ça. Il ne semble pas avoir remis en question qu'il va y avoir des services hospitaliers qui vont continuer à être donnés, et même des services hospitaliers de deuxième ligne, à l'hôpital de Mégantic-Compton.

Là comme ailleurs, il faut bien voir comment on équilibre le jeu de la poule et de l'oeuf. Je comprends qu'on dise qu'il faut qu'il y ait des médecins pour pouvoir donner des services, mais il faut qu'il y ait une demande de services suffisante, compte tenu de ce qu'est la population, pour que des médecins puissent fonctionner là à plein temps aussi. Les deux s'équilibrent.

Alors, je pense que c'est ça dont il est question comme exercice, de voir: Est-ce que, compte tenu du volume... Puis on ne veut pas que le monde soit plus malade pour pouvoir utiliser plus le service de santé. Au contraire, on essaie de s'organiser pour qu'il y ait plus de prévention, de promotion de la santé et que le monde soit moins malade. Bon. Alors, l'exercice qui se fait, comme partout au Québec, c'est de voir quel est le volume de demandes de services compte tenu de ce qu'est la population et d'ajuster des services en conséquence. S'il y a un volume de demandes de certains ensembles de services qui permet d'organiser des services en permanence sur place en décentralisant, c'est ça qu'on essaie de faire sur les territoires locaux, de rendre l'accessibilité le plus près possible des gens.

Mme Bélanger: Oui, mais écoutez...

M. Rochon: Permettez-moi juste de compléter. S'il arrivait, dans certains secteurs — on ne le sait pas, là, ils vont prendre le temps de regarder avec les gens de la place — dans certains types de services, qu'il n'y ait pas un volume satisfaisant pour avoir l'équipe minimale de masse, masse critique d'équipe pour donner un service de qualité, bien là on est mieux de regarder, si c'est le cas pour certains services, d'assurer l'accessibilité à un centre régional à 100 km, toujours avec le principe que tout ce qui peut être fait localement, on le fait localement. Ce qui ne peut pas être fait parce qu'il n'y a pas assez de demandes localement pour un type de service, bien là qu'on assure l'accessibilité la plus proche possible. C'est ça, là, qui est après se faire.

Alors, à la limite, s'il y a quelque chose qu'on essayait — puis je ne dis pas que c'est ça, les travaux vont

voir où ça nous mène... Essayer d'entretenir artificiellement des équipes qui n'ont pas le volume pour fonctionner, ça ne peut pas marcher bien, bien longtemps, ça. Alors, c'est ça qui va être fait, là. Il ne faudrait pas que les gens pensent qu'on va, pour faire l'économie, leur enlever des services. Ce n'est pas ça. C'est, compte tenu des budgets qu'on a — et je l'ai dit beaucoup — qu'on retravaille sur l'organisation de nos services, sur les pratiques médicales, sur l'interface du système avec les médecins pour qu'on utilise au mieux nos ressources pour rendre les services disponibles le plus près possible. Mais l'ajustement se fait des deux côtés.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Toujours sur la même question?

Mme Bélanger: Oui, sur la même question. Quand le ministre dit qu'il va réanalyser la situation, les besoins, depuis deux ans, je pense que ce travail-là a été fait. Le 8 décembre, le ministre, comme il l'a dit, est venu, avec un décret, dire que le centre hospitalier, il y avait 35 lits au permis, 29 lits subventionnés ou...

M. Rochon: Financés.

• (11 h 20) •

Mme Bélanger: ...financés. Cet exercice-là a été fait pendant deux ans de temps, où il y a eu... Je pense qu'on n'a pas à se remémorer tout ce qui s'est passé dans la région avec toutes ces diminutions de lits là, la saga du comité des citoyens, et tout ça. Alors, est-ce que vous êtes en train de me dire que, si on parle encore de rationalisation, ça veut dire qu'en réanalysant la situation on va encore diminuer les lits? Avec 27 lits financés, si on les diminue à 10 ou 15 lits, comment peut-on attirer des médecins, dans ces cas-là?

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

M. Rochon: Encore une fois, il faut être très clair là-dessus. M. Duplantie vient de vous le confirmer, il n'y a pas de plan pour fermer l'hôpital de Lac-Mégantic. Quand on dit...

Mme Bélanger: On me rassure en me disant que l'hôpital de Mégantic ne fermera pas.

M. Rochon: Oui, oui. On n'envisage pas de fermer l'hôpital de Lac-Mégantic. Quand on dit consolider la transformation qu'on a faite dans la troisième année, ça veut dire regarder — je pense qu'on peut s'entendre là-dessus — comment ça marche, l'application des décisions qu'on a prises. Là, il y a 29 lits financés. Il y a possibilité, si la demande le justifie, de se rendre à 35. «C'est-u correct de regarder comment ça marche et de voir si on utilise 29 lits, ou 28, ou 27, ou 25? On en «utilise-tu plutôt 32? C'est ça que ça veut dire dans la prochaine année, de voir vraiment l'application des décisions qu'on a prises, comment, en pratique, ça fonctionne et de

finaliser, de raffiner nos ajustements finaux. C'est ça qui va être fait, là, mais il n'est pas question de dire: Pour faire une économie, on va de toute façon fermer des lits et le monde s'organisera avec leurs problèmes. Ce n'est pas ça. Donc, une manchette qui dit que l'hôpital est menacé, ça ne correspond pas à la réalité, mais il ne faudrait pas que ça nous empêche d'évaluer les résultats de ce qu'on a fait et de faire les derniers ajustements si c'est indiqué.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de L'Assomption. J'aurai ensuite... Est-ce qu'il y a une autre question? Toujours dans le même ordre?

Transformation des services de santé en Estrie

Mme Bélanger: J'aimerais revenir. Je pense que l'Estrie a été citée en exemple, à partir de la loi 120, avant même que le Parti québécois arrive au pouvoir. L'Estrie avait commencé à revoir son fonctionnement. En tout cas, il y a eu des compliments pour la Régie régionale de l'Estrie qui a fait un travail extraordinaire. Dans le moment, il n'y aurait pas possibilité d'avoir un moratoire sur toutes ces compressions-là — parce que je pense que M. Simoneau est quand même un directeur du CUSE, les bras lui tombent et il veut s'arracher les cheveux de sur la tête, il ne sait plus ce qu'il va faire — faire un bilan et, après ça, replanifier, refaire une planification? Là, il faudrait peut-être respirer et regarder ce qui se passe avant d'annoncer encore de 18 000 000 \$ à 33 000 000 \$ de compressions cette année. Alors qu'on se demandait ce qu'on pourrait faire pour rentrer dans les compressions de 18 000 000 \$, on nous arrive et on nous annonce 33 000 000 \$ au lieu de 18 000 000 \$. Alors, pour tout le monde, c'est la catastrophe.

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

M. Rochon: Écoutez, là, qu'on soit obligé de vivre en faisant encore des compressions cette année, je pense qu'on ne va pas faire un débat là-dessus. Tout le monde sait dans quelle situation on est. On le sait, là. Et ne me tendez pas de perche pour que je renvoie la balle encore. On est dans une situation bien claire qu'il faut corriger et ce n'est pas par hasard qu'on est dans cette situation-là. Il va falloir les finir, les compressions, il va falloir s'en sortir. C'est la dernière année difficile en termes de compressions qu'on va faire. Ne repartons pas le débat là-dessus. Il faut qu'on gère le mieux possible une situation avec de l'argent qu'on n'a plus. Alors, il va falloir le faire, ça, M. le Président. Première chose. Bon.

Deuxièmement, je suis bien d'accord qu'il faut qu'on donne de l'oxygène et qu'on respire, c'est ce qu'on essaie de faire, mais on va être obligé de faire des choses tout en respirant. On ne pourra pas juste respirer, il va falloir continuer à faire un certain nombre de choses. L'objectif, je le redis encore, est de s'assurer qu'on consolide notre offre de services et que, pour ça, on ne

s'empêche pas de faire tous les examens et les analyses qu'on peut faire.

Dans ma compréhension, M. le Président, un motaire, c'est une situation où on n'a pas assez d'information pour comprendre ce qui se passe ou on comprend ce qui se passe, mais on n'a pas de solutions qui peuvent être applicables et on veut se donner un peu de temps pour comprendre avant de faire quoi que ce soit, puis on se dit: On ne changera pas des choses tant qu'on ne saura pas exactement. On va geler la situation pour le moment.

Je ne pense pas que ça corresponde à la situation où on est. On n'est pas dans une situation où ou bien on ne comprend pas ce qui se passe ou on n'a pas le moyen d'agir. Au contraire, on comprend très bien. Comme vous l'avez dit, vous êtes députée dans une région où il se fait, depuis plusieurs années, un travail important. Il y a une progression importante, et ça devrait même être très rassurant, ça. Parce que ce qui va se compléter comme travail et ce qui va se décider étant sur une base d'une très bonne continuité, d'une bonne connaissance de la situation, les gens ont tout en main pour faire les ajustements qui seront indiqués pour améliorer la situation. C'est ça qu'on fait, là. Il ne faut pas que les gens craignent qu'on va, de toute façon, faire des coupures et des compressions. Là-dessus, M. le Président, peut-être que M. Duplantie...

Mme Bélanger: Non, mais, avant que M. Duplantie parle, c'est bien beau de dire qu'on a une bonne direction régionale, qu'on a un bon directeur régional qui planifie bien ses choses, mais, à un moment donné, quand il n'est plus capable, il n'est plus capable. Ça fait trois fois qu'il planifie puis, à chaque fois que sa planification est faite, on lui coupe encore des argents. Alors, à ce moment-là, le directeur a beau être un administrateur extraordinaire...

Puis là j'aimerais donner un exemple au ministre. J'ai quelqu'un dans ma famille qui a besoin d'opération pour les hanches. Il n'est presque plus capable de marcher et son temps d'attente, c'est un an, minimum. Son spécialiste lui dit: Si on ne peut pas t'opérer avant un an, c'est une chaise roulante que tu vas avoir. Alors, imaginez-vous le coût de ce patient-là. Pourquoi il n'est pas capable d'être opéré immédiatement? Il était un temps où, quand tu étais malade, tu entrais à l'hôpital puis tu te faisais opérer immédiatement. Ils avaient juste le temps de faire les examens du coeur, des poumons, les prises de sang et, si dans deux jours il fallait que tu sois opéré, tu étais opéré. Mais là c'est des années d'attente avant les opérations. Il y a quelque chose à quelque part qui ne fonctionne pas.

M. Rochon: M. le Président, s'il fut un temps où on entrait à l'hôpital dans l'heure qui suit pour être opéré, ça remonte à un bon bout de temps. Parce qu'il y a deux ans, quand on a pris la situation en main, les listes d'attente étaient pas mal longues. On les a diminuées en moyenne de 17 % et, dans certains cas, c'est allé jusqu'à 25 % et 28 %, la diminution des listes d'attente depuis deux ans. Alors, la situation où il n'y avait pas de temps d'attente, ça remonte à pas mal longtemps.

Il faut regarder la situation d'aujourd'hui par rapport à ce que c'était il y a deux ans. Elle n'est pas pire; elle est, en général, meilleure comparativement à il y a deux ans. Ce n'est pas encore l'optimal, ça, je suis d'accord. On n'est pas encore rendu là, puis il faut s'y rendre. Mais il ne faut pas donner l'impression aux gens que c'est pire aujourd'hui que c'était il y a deux ans. C'est, en général, dans des meilleures conditions, mais il y a encore du progrès à faire. Je voudrais vraiment qu'on donne toute l'information qu'on peut donner. Si vous le permettez, M. le Président, je pense que M. le directeur...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Courte réponse, parce que je voudrais permettre le plus possible à des membres aussi de s'exprimer.

M. Rochon: On suit la demande, nous autres, là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): M. le Président, d'abord, je dois dire que l'Estrie a pu apprécier toute la collaboration qu'elle a eue de l'ensemble des intervenants sur son territoire pour être capable de faire la planification qu'elle a réussi à faire. Je noterais cependant qu'il n'y a pas eu plus de compressions budgétaires en Estrie qu'il y en a eu ailleurs. On a été dans les mêmes proportions. On avait un dossier important d'équité entre l'ensemble des régions régionales. Donc, même si nous avons réussi à faire le travail dans la région avec la concertation des différents acteurs, nous l'avons fait dans un contexte, en même temps, d'équité entre les régions régionales. Donc, il n'y a pas eu plus de compressions budgétaires.

Je vous dirais que, face aux compressions actuelles, il évident que, comme pour toutes les régions du Québec, et je pense que M. le ministre le reconnaît aussi, ce n'est pas facile. C'est une année très difficile. Elle va être très difficile pour tous les intervenants aussi en Estrie, c'est bien évident. Par ailleurs, je pense que nous avons, nous aussi, à procéder à la modernisation dans le domaine des services auxiliaires, dans le domaine des services administratifs. C'est évident qu'il y a encore un travail qui est possible de ce côté-là.

Du côté de l'organisation des services, il faut bien se dire aussi que, déjà depuis un certain temps, avec les différents intervenants, on a souligné la possibilité de réduire davantage le nombre de lits qu'on utilise. On est présentement à un taux de 2,8 lits par 1 000 habitants. Alors, on a discuté à différentes reprises et les projections qu'on a faites, c'est la possibilité de réduire à tout au moins 2 lits par 1 000 habitants et possiblement 1,8 lit par 1 000 habitants dans la région de l'Estrie.

Donc, il y a encore un travail majeur qui doit se faire. Ça ne sera pas facile. Ça exige la collaboration des administrateurs. Ça exige aussi la collaboration des médecins. Là-dessus, cependant, les échanges sont en cours, les tables de concertation sont en place, on est à examiner les façons de faire pour être capable d'apporter notre contribution aussi dans tous ces secteurs-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. M. le député de L'Assomption. J'aurai ensuite MM. les députés de Nelligan, Argenteuil, Maskinongé et Mme la députée de La Pinière, par ordre.

• (11 h 30) •

M. St-André: Merci, M. le Président. Je pense que notre gouvernement, le ministre de la Santé a amorcé il y a deux ans et demi une transformation du réseau de la santé qui était indispensable dans les circonstances. C'était imposé, bien sûr, en partie par la nécessité d'assainir les finances publiques — on se souvient dans quel état nos amis d'en face nous ont laissé les finances publiques à ce moment-là — mais aussi, également, c'est une transformation qui était rendue nécessaire par l'évolution des techniques médicales en regard de ce qui s'est fait un peu partout à travers le monde et même dans certaines provinces canadiennes.

Il faut reconnaître, en toute humilité, que ce mouvement-là a été amorcé timidement. Il a été amorcé par nos prédécesseurs. On se souviendra que, lorsque Marc-Yvan Côté occupait les fonctions de ministre de la Santé, il avait commandé un rapport, justement le rapport Rochon, qui posait déjà les balises de la transformation que le ministre est en train de conduire en ce moment. Mais, malheureusement, le prédécesseur du ministre actuel n'a pas eu l'appui de ses collègues, n'a pas eu l'appui des députés. Il n'y avait pas de volonté dans ce gouvernement-là de changer les choses, c'était l'inaction qui les caractérisait, si bien que le ministre Marc-Yvan Côté n'a pu aller aussi loin que le fait actuellement le ministre. D'ailleurs, on se souviendra que M. Côté a rappelé récemment et a souligné que les orientations actuelles du gouvernement étaient tout à fait privilégiées et que c'était la direction à suivre.

Dans toutes les régions, on assiste à une transformation du réseau. Bien sûr, dans Lanaudière aussi, on n'y échappe pas. C'est ma région. Depuis deux ans et demi, on travaille activement avec les intervenants du milieu, avec les régies régionales à la transformation du réseau également chez nous. Je crois très objectivement que, dans Lanaudière, il s'agit d'une réussite. Ça s'est fait en partenariat avec tous les intervenants, avec les établissements, avec les syndicats et, chez nous, on n'a eu aucune difficulté à vendre cette transformation-là. Le ministre est venu dans Lanaudière à plusieurs reprises. Chaque fois que le ministre est passé chez nous, lorsqu'il y avait des inquiétudes ou des anxiétés qui étaient exprimées, on a senti que le ministre, à chaque fois, avait pu répondre aux inquiétudes exprimées par le milieu, et ça va très bien.

Transformation des services de santé dans Lanaudière

Dans cette perspective-là, j'aimerais ça profiter de la présence du directeur général de la Régie de Lanaudière pour qu'il nous rappelle les grands échanciers du plan de transformation dans Lanaudière puis également les réallocations budgétaires à l'intérieur du réseau que ça

implique, que ça a impliqué et puis que ça va impliquer également pour l'avenir.

M. Rochon: M. le Président, est-ce que vous pourriez donner, s'il vous plaît, la parole à M. Raynard Bergeron, qui est le directeur général de la régie régionale?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y, M. Bergeron.

M. Bergeron (Raynard): M. le Président, effectivement, dans notre région, on a réussi, je pense, à mobiliser de façon significative tout notre réseau, les syndicats et l'ensemble, je dirais même, des gens de l'intersectoriel sur des modifications assez significatives qu'on a pu apporter. Globalement, nous avons surtout tenté de consolider les CLSC dans le cadre du virage ambulatoire et nous avons transféré au moins 834 000 \$ de budget de courte durée vers ce type de service nouveau. Considérant aussi qu'on est une région en croissance démographique, ce qui se passe un peu autour de l'île de Montréal, il y a effectivement certains volets sur lesquels on est en rattrapage.

On peut vous indiquer que, dans les ratios de lits, sur les grandes orientations du ministre, on est une des régions qui a atteint à peu près tous les ratios de lits visés dans les grandes orientations ministérielles. Cependant, dans les prochaines années, il y a quelques projets sur lesquels on devra s'attaquer, plus particulièrement au niveau du développement de certains lits en soins prolongés, au même titre que d'autres régions limitrophes à Montréal, et de consolider un centre ambulatoire dans le cadre du développement de certains services en santé physique, considérant le phénomène démographique auquel j'ai fait référence tantôt.

Donc, essentiellement, c'est un peu les grandes pistes sur lesquelles nous avons mis l'accent. L'ensemble des établissements a accepté des réductions, dans certains cas, significatives de lits sur la base des méthodes antérieures et on a modifié ça dans une perspective d'approche plus globale, communautaire, en impliquant aussi les organismes communautaires dans plusieurs projets.

M. St-André: En ce qui concerne spécifiquement le développement des lits en longue durée, il y a quelques projets qui s'en viennent dans la région de Lanaudière. J'aimerais ça que vous me dressiez un portrait un petit peu du déficit en lits qu'on enregistre. Entre autres, je pense que, au centre hospitalier Le Gardeur, il y a actuellement 258 lits au permis, il y en a 20 qui sont prévus pour des lits en longue durée et il y aurait 30 bénéficiaires de plus qui sont en attente de lits de longue durée. Ça, je pense que c'est un bon exemple à souligner en perspective de la transformation du réseau de la santé. Il y a des lits qui sont occupés en courte durée par des bénéficiaires en attente de lits de longue durée. Ce patient-là, finalement, représente un investissement de 525 \$ par jour, en moyenne, dans un lit de courte durée, alors que pour un

bénéficiaire hébergé dans un centre de longue durée, si ma mémoire est bonne, on parle de quelque chose entre 100 \$ et 125 \$ par jour. Alors, il y a des transformations en profondeur qui s'en viennent encore de ce côté-là dans notre région très bientôt.

M. Bergeron (Raynald): Effectivement, M. le Président, il y a 221 lits estimés en absence ou en carence dans ce qu'on appelle le territoire des Moulins et de L'Assomption. Dans cette perspective-là, nos projets actuellement en cours, c'est éventuellement de convertir en centre hospitalier de courte durée, en CHSCD, avec une vocation multiple et c'est aussi d'ajouter 96 lits net dans le territoire des Moulins. Donc, essentiellement, la perspective des trois à cinq prochaines années, c'est les objectifs qu'on poursuit. Dépendamment des orientations et des développements que le ministre pourra nous annoncer incessamment, ça nous fera plaisir de procéder aux implantations le plus rapidement possible.

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

Fusion de CLSC et de centres de soins de longue durée

M. St-André: Sur un autre sujet, M. le Président...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Très court.

M. St-André: ...j'ai peut-être encore deux questions, rapidement, qui me préoccupent. Le CLSC Le Méandre qui dessert le territoire de la MRC de L'Assomption a obtenu des budgets supplémentaires, une allocation supplémentaire dans les dernières années pour permettre, entre autres, de dispenser des services de première ligne, toujours dans la perspective de transformation du réseau. Cependant — puis ça, c'est un point qui me préoccupe — le CLSC va être fusionné très bientôt avec les centres d'accueil Chemin du Roy. Plusieurs intervenants dans le milieu ont exprimé leur inquiétude de voir fusionner un CLSC avec un centre de soins de longue durée. J'aimerais ça avoir votre point de vue sur cette question-là, l'orientation du ministre également.

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

M. Rochon: Je vais donner un élément, parce qu'il y a vraiment un aspect général pour l'ensemble du réseau de la santé en regard de cette question-là. Peut-être que M. Bergeron voudra donner des informations plus précises pour ce qui se passe localement.

Lors du début de nos débats, dans ma présentation d'ouverture, j'ai rappelé brièvement — mais c'est important d'y revenir un peu — que des fusions qui ont été faites et qui se font de CLSC et de centres de soins de

longue durée, ce n'est pas uniquement des fusions administratives pour mettre plus d'affaires ensemble puis sauver une couple de postes de cadre ou des choses du genre. Il y a, en général, une économie qui vient avec une fusion comme ça et, dans le contexte actuel, c'est bienvenue. Il n'y a pas de petites économies, elle sont toutes utiles; ça, c'est sûr.

Ce n'est pas d'abord fait avec un objectif budgétaire ou d'économie, ces fusions-là; c'est fait, là étant le CLSC et le CHSLD de façon bien spécifique, pour créer, mettre en place un nouveau type d'organisation, ce que j'ai appelé, moi, la troisième génération de CLSC, l'étape suivante de l'évolution des CLSC, qui deviennent des organismes avec les CHSLD qui prennent en charge l'ensemble des services de santé et services sociaux de première ligne. Bien sûr, pour les services de santé et les services médicaux, ça se fait en collaboration puis en interface étroite avec les médecins dans leur cabinet. Dépendant des régions, des endroits du Québec, il y a plus ou moins de médecins. L'équilibre de médecins qui sont soit avec les CLSC, soit dans leur cabinet est différent, mais ce qui est important, c'est que ces deux-là travaillent ensemble.

● (11 h 40) ●

Là-dessus, il faut se rappeler que c'est plus que des paroles, ça. Il y a discussion depuis plusieurs mois. D'après l'information que j'ai, je pense qu'on n'est pas loin d'en arriver à une conclusion avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec sur une modification importante de l'organisation et de l'encadrement de la pratique de la médecine de famille, de la médecine générale sur chacun des territoires, chacune des régions, en ayant ce qu'on appelle un département territorial, c'est-à-dire que ce concept du département d'établissement hospitalier soit ajusté et que les médecins assument, pour un territoire, les responsabilités qu'ils assument collectivement pour un département hospitalier, c'est-à-dire qu'ils assurent à la population qu'ils vont organiser leur travail ensemble pour qu'il y ait une couverture, une accessibilité aux services des médecins 24 heures par jour, sept jours par semaine et qu'ensemble ils vont couvrir la gamme de services médicaux de première ligne qui doivent être donnés. L'autre partenaire qu'il faut voir toujours dans le portrait, c'est les groupes communautaires qu'il y a sur un territoire.

Alors, cette nouvelle organisation qui assure, pour le réseau public, l'ensemble des services de première ligne, et ça comprend les soins de longue durée dans ce concept-là, avec une meilleure interface avec les médecins qui peuvent travailler collectivement, ensemble, en plus d'individuellement et les groupes communautaires, ça nous donne une organisation consolidée, qu'on veut consolider à partir de l'année présente, qui, pour un territoire et une population, assume tous les services. C'est vraiment un pas en avant dans l'organisation plutôt que d'avoir différents établissements qui ont leur mission et qui essaient de négocier et d'assurer des interfaces le mieux possible pour que les services soient continus et que les ressources soient utilisées de façon des plus complémentaires. Si c'est la même organisation qui a le mandat, il y a beaucoup plus de flexibilité et de possibilités.

Il faut se rappeler que ces organisations-là de territoire, maintenant, pour une population, sont dirigées par des conseils d'administration qui sont formés en majorité des gens qui viennent de cette population-là. Alors, on donne vraiment, là, à la population de plus en plus de contrôle sur sa première ligne. Alors, c'est dans cet esprit-là que c'est fait. Et que ça permette, en faisant cette organisation-là, de faire certaines économies, bien c'est tant mieux. Ça nous aide à nous sortir de notre pétrin sur le plan financier. En général, partout on a gardé, quand ça a été possible, un peu de l'économie pour en profiter pour réallouer et initier, là, certains développements de services.

Bon, singulièrement, pour la situation que vous identifiez, je ne sais pas, M. Bergeron, si c'est utile de...

M. Bergeron (Raynald): Très bref commentaire, M. le Président, si vous me permettez. C'est qu'au-delà du CLSC Le Méandre il y a quatre territoires de MRC sur six qui ont déjà accepté de procéder à des fusions similaires entre CLSC et CHSLD. Essentiellement, ce que le ministre vient d'indiquer, c'est que ça favorise nettement l'intégration d'un réseau de services intégré entre le dossier des personnes âgées, le maintien à domicile, soins à domicile, centre de jour. Dans notre cas, on doit vous dire que c'est très harmonieux et très positif. Il y a eu une volonté et une collaboration de tous les instants des quatre MRC sur six.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie.

M. St-André: Je vais revenir très, très...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous revenez cet après-midi?

M. St-André: Oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Parce que le député de Nelligan ne peut pas revenir. Donc, M. le député de Nelligan.

Dossier du sang contaminé

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Je voudrais discuter avec le ministre aujourd'hui de notre système de sang au Québec, le système sanguin. Avec ça, s'il veut demander à ses collaborateurs de participer à notre discussion. Vous savez que partout au Canada nous avons eu une très triste histoire de traitement des patients impliqués dans l'utilisation du sang. Ils ont eu la commission Krever. Nous avons tout étudié le dossier. En novembre passé, vous avez publié, je pense que c'est M. Gélinau qui a déposé son rapport de création d'une agence de sang.

Avant de procéder, M. le Président, je voudrais juste appeler à la commission que, le 28 novembre 1996, j'ai demandé de faire une commission parlementaire sur ça, pas parce que j'ai pensé que ce n'était pas bien fait,

mais parce que je pense que c'est un sujet aussi important que tous les autres sujets dans le système de santé. Le gouvernement québécois a publié un rapport avec beaucoup de changements, et j'ai voulu m'assurer que les membres de la commission aient une chance d'explorer ça d'une façon non partisane et qu'on puisse nous assurer, ensemble, que nous n'allons pas faire les erreurs que le système, partout au Canada, a faites dans le passé. Et j'encourage, après les crédits, que, peut-être, on puisse avoir une séance de travail, M. le Président, pour tenir compte de ma demande et pour mettre ça en vigueur. Je pense que la population québécoise mérite ça. Je pense que ça peut être une discussion tellement intéressante qu'ensemble on puisse s'assurer que nous allons avoir un système de sang qui protège tous les citoyens du Québec.

Nous avons plusieurs questions, mais, à cause du temps, à la fin de mon temps, M. le Président, je vais déposer les questions que je n'aurai pas demandées, parce que je sais qu'il y a plusieurs autres personnes qui veulent questionner sur d'autres sujets.

Produits sanguins

Je vais commencer avec la première question, M. le Président, la question du principe de gratuité, le principe que les produits sanguins sont disponibles, sont accessibles et payés par l'État. Dans le système que nous avons eu jusqu'à maintenant, un des grands principes directeurs était effectivement qu'ils étaient gratuits.

Avec tous les changements du système, est-ce qu'à l'avenir les produits sanguins vont être encore gratuits? Particulièrement dans la proposition 30 du rapport Gélinau, ce n'était pas aussi clair que ça. Si mon information est correcte, les coûts de traitement d'un patient hémophile, comme exemple, peuvent être de presque 100 000 \$. Avec ça, ça peut être des coûts assez chers. Avec ça, M. le Président, ma première question. Je voudrais savoir pourquoi le principe de gratuité n'est pas dans le document. Est-ce que le ministre peut aujourd'hui garantir qu'effectivement les patients vont avoir le même système que celui qui existe maintenant?

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

M. Rochon: Bon. Ce n'est pas dans le document qui est le rapport du comité de travail, du groupe de travail qui avait été mis sur pied avec un mandat de revoir l'organisation d'accessibilité au sang et aux dérivés du sang, parce que ce n'était pas dans le mandat de ce comité-là de regarder cet aspect-là de la question, tout simplement parce que ce n'était pas remis en question, de toute façon. Le mandat du comité, c'était de voir comment on pourrait, de façon plus efficace, gérer le sang et ses dérivés en ce qui regarde les receveurs, aussi en ce qui regarde l'acquisition du sang, les donneurs, et de voir comment on fait entre les deux.

Bon. Comme le député de Nelligan l'a dit, on sait qu'il y a eu des difficultés dans ce domaine-là, ça a même

amené la création, par le gouvernement fédéral, d'une commission d'enquête. La solution vers laquelle semblent s'orienter les autres provinces canadiennes et le gouvernement fédéral, et ça, j'ai pu en discuter directement avec les autres ministres de la Santé et le ministre fédéral de la Santé lors de conférences interprovinciales et de conférences fédérales-provinciales, est justement, utilisant l'expression qu'a utilisée le député, de monter une espèce de système du sang avec la partie de dons et de suivre même toute la partie qui regarde le receveur.

Ça, pour nous, ça posait la difficulté de dire: Tout ce qui regarde le receveur, ce n'est pas un système qu'on veut faire en parallèle, parce que, nécessairement, ça se passe dans notre système de santé. Les gens ont besoin de sang soit lors d'une intervention chirurgicale ou très souvent, s'ils ont besoin de transfusion, c'est en lien avec un problème de santé, avec une maladie qui demande très souvent un traitement spécialisé et qui doit être offert par un hôpital.

Alors, nous, on est partis plutôt de cette logique-là, et ça, c'était dans le mandat du comité, c'est-à-dire: Comment ça se passe pour le receveur dans le système de santé? Comment on peut mieux être organisés pour gérer ça? Parce que, tout ce qu'il y avait avant, essentiellement, c'étaient des banques de sang dans les hôpitaux. Tu as la Croix-Rouge qui envoie du sang à l'hôpital, c'est mis dans une banque qui est un peu comme la pharmacie, qui entrepose et qui rend le sang disponible à la demande d'un médecin, d'un chirurgien, d'un hématologue, etc., pour un patient, et on le sort de la banque comme on sort le médicament de la pharmacie pour le donner.

Alors, c'est devenu plus complexe. Le comité — je ne rentrerai pas dans tous les détails, à moins que vous le souhaitiez — a vraiment recommandé qu'on puisse vraiment structurer beaucoup plus cette façon-là de fonctionner. Alors, en gros, au niveau d'une région, il y aura un — ou deux, dépendant du volume de services qui sont requis — hôpital responsable, avec un département de médecine transfusionnelle, de gérer ces services-là comme on fait pour des services de médecine, de chirurgie, de n'importe quoi d'autre chose, et avec un réseau, avec les hôpitaux qui auront la distribution et une surveillance par le Conseil des médecins et dentistes, comme pour les autres. Alors, on a vraiment assimilé, dans toute la mesure du possible, le sang et ses dérivés à un service médical ou de santé qui est donné et qui est articulé beaucoup mieux dans notre système.

● (11 h 50) ●

Ça, ça nous amène — le comité a travaillé là-dessus — à voir, ceci étant fait, puis ça, c'est dans notre système de santé, où on va se procurer le sang. Là, il y a essentiellement la Croix-Rouge qui est le principal fournisseur de sang et de ses dérivés et, dans la suite des travaux du comité, là, essentiellement continue à travailler avec...

La Croix-Rouge au Québec, spécialement, là, je ne saurais pas dire en détail pour toutes les autres provinces, mais la direction québécoise de la Croix-Rouge a toujours eu une excellente collaboration avec notre réseau et la

Croix-Rouge, pour ses autres fonctions aussi, a toujours eu un excellent travail, bien au-delà des difficultés qu'il peut y avoir eu par ailleurs. On sait, par exemple, que dans le cas du plan d'intervention du gouvernement au lendemain des événements du Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est la Croix-Rouge qui s'est proposée, qui a été acceptée et qui a fait un travail magnifique.

Donc, on fait affaire avec la Croix-Rouge, mais ce n'est pas exclu... Parce que ça aussi, c'est un peu comme le médicament, à certains égards. Pour certains dérivés du sang ou pour d'autres choses, s'il y a d'autres fournisseurs qui peuvent fournir un produit dans des meilleures conditions, on peut toujours voir les possibilités. Tout ça, nous, on fait un lien avec le reste Canada, par exemple, c'est qu'on ne va pas dupliquer les activités qui sont faites au niveau fédéral pour les normes et les standards où il y a un comité là. De toute façon, c'est des normes et des standards qui sont nord-américains et internationaux, donc on se relie à ça. Bon.

M. Williams: Mais est-ce que je peux vous interrompre?

M. Rochon: Alors, je finis en vous disant qu'il n'était pas du tout question pour nous de remettre en question le sang, qui de toute façon est un don d'une personne, et même ses dérivés qui nous coûtent quelque chose, on ne les maintient pas dans les conditions qu'ils sont actuellement et qu'ils soient donnés de la même façon.

M. Williams: Merci, pour cette réponse. Il me semble qu'on doit faire un vrai débat ici, expliquer comme il faut comment le système marche. Parce que vous avez juste dit que vous allez utiliser les mêmes normes et standards que le reste du Canada et peut-être de l'Amérique du Nord. Fantastique, mais, moi, je demande: Pourquoi nous sommes en train de créer notre propre système? Peut-être que ça va être mieux d'assurer que le système soit aussi sécuritaire que les autres. Ça va être actuellement... les dossiers. On ne doit pas avoir juste un système pancanadien, mais un système pan-Amérique du Nord pour s'assurer que le sang est bel et bien protégé ou que les citoyens sont bel et bien protégés.

M. Rochon: Oui, oui. Il y a ce qui s'appelle le Bureau des produits biologiques et radiopharmaceutiques qui est pour l'ensemble du Canada, et ça, ça continue comme avant. Tout ce qu'on dit, là, c'est qu'au lieu de créer un gros système qui va jusque dans les hôpitaux porter le sang on va s'assurer que notre système de santé, où se font les transfusions, où se donnent les produits dérivés du sang, va assumer ça, intégrer ça comme il le fait pour les autres services de santé.

En plus, ce qu'on a rajouté dans le système québécois, là — j'ai oublié de le mentionner tout à l'heure, le sous-ministre adjoint me rappelle ça — on rajoute ce qu'on a appelé un système de surveillance des risques reliés à la transfusion sanguine. Il y aura toujours... Il n'y a pas de situation à risque zéro, là, surtout quand on intervient avec

des produits de toute nature qu'on introduit dans un organisme humain. Il n'y avait pas du tout d'organisme travaillant avec notre système de santé qui assurait le suivi, un monitoring tout le temps de la situation sur le plan épidémiologique, de sorte que, si jamais il y avait d'autres situations où il se développe un profil nouveau, bien on va le voir parce qu'il y a des gens qui vont faire une surveillance épidémiologique. Comment c'est donné? Dans quelles conditions? Quels sont les résultats? Est-ce qu'il y a des complications? Est-ce qu'il y a des plaintes ou quoi que ce soit? Et on analyse ça à mesure qu'on avance. Et ça, c'est le ministère qui est à mettre sur pied un comité qu'on appelle un comité d'hémovigilance et qui va assurer ça, travaillant avec le réseau.

Alors, ça, c'est l'organisation de la façon dont on distribue le service. Les normes pour aller chercher le produit, normes pancanadiennes, nord-américaines, internationales, on se colle à ce qu'il y a de meilleur. Pour acheter le produit, bien ça, comme n'importe où ailleurs, on va l'acheter où on l'a à meilleur prix puis à meilleure qualité. Et là on va s'assurer qu'au niveau de chacune des régions la régie régionale, comme pour la coordination de l'ensemble des services, va assurer le bon transfert. Par exemple, on parle d'avoir des corporations d'achats pour qu'on puisse avoir des achats regroupés, en commun, pour avoir un meilleur approvisionnement.

Alors, ce qu'on a pris comme attitude, puis on pourra en débattre puis l'expliquer, c'est que le sang n'a pas de raison d'être une chose qu'on monte en parallèle. On n'a pas un système de santé pour le sang, puis pour le cancer, puis pour d'autres maladies, et le reste. On est loin de là. On a quelque chose de beaucoup plus intégré, et c'est ce qu'on fait avec ça. La grande originalité de ça par rapport aux autres provinces canadiennes, c'est qu'on l'intègre carrément dans notre système, qu'on s'assure qu'on a une hémovigilance, une surveillance épidémiologique de ce qui se passe et qu'au niveau de chacune des régions, au besoin des régions ensemble, on ait une meilleure gestion de l'acquisition et de l'approvisionnement du produit. Je le résumerai, là, à peu près comme ça.

Patients contaminés par le virus de l'hépatite C

M. Williams: Merci, M. le ministre. Sur la question de la compensation, je voudrais savoir pourquoi le gouvernement du Québec n'a pas indexé au coût de la vie, d'une façon annuelle, rétroactivement, la compensation financière pour les personnes atteintes du VIH, les hémodiphiles, par exemple, après une transfusion sanguine contaminée. Aussi, je voudrais savoir pourquoi le gouvernement du Québec n'a pas jusqu'à maintenant décidé de compenser les personnes qui sont atteintes de l'hépatite C.

Ces deux questions, la question de l'indexation et aussi les personnes avec l'hépatite C, parce que, pendant des années, ils ont demandé pour ces deux niveaux de compensation. Deux cas différents.

M. Rochon: Écoutez, là, il y avait deux, trois questions, je veux m'assurer, M. le Président, avec le

député de Nelligan qu'on n'en échappe pas. Vous avez posé une première question sur la compensation des indemnités qui sont données pour le sida.

M. Williams: Indexation au coût de la vie, la compensation, parce qu'ils ont...

M. Rochon: Je veux m'assurer que j'ai toutes les questions.

M. Williams: Il y en a deux, là.

M. Rochon: La deuxième est?

M. Williams: Indexation au coût de la vie. L'autre, c'est la compensation pour les personnes atteintes d'hépatite C. Excusez-moi pour l'accent, là.

M. Rochon: Alors, voilà. Le programme de compensation, c'est un programme pancanadien auquel on participe. L'information qu'on me donne, c'est qu'il n'y a pas eu, effectivement, à travers tout le Canada, d'indexation de ce montant d'indemnité là.

M. Williams: Je n'ai pas demandé pourquoi les autres provinces ne donnent pas ça; j'ai demandé pourquoi le gouvernement du Québec ne le fait pas.

M. Rochon: Il faudrait qu'on prenne la décision de façon pancanadienne, parce que le programme est canadien. C'est pour ça que je dis ça. On me rappelle qu'il faudrait voir aussi avec des compagnies d'assurances qui contribuent à ce fonds-là. Donc, la question est bonne, là. On pourrait voir: Est-ce qu'on devrait indexer et comment? À quel rythme? Mais elle ne s'est pas posée jusqu'ici et il faudrait qu'on le décide avec l'ensemble des partenaires. Bon. C'est quand même un montant assez important qui, en 1996-1997, était de 5 522 000 \$ et on passe, en 1997-1998, à 5 354 000 \$. Donc, c'est une augmentation de 1 %, mais c'est une augmentation qui suit la demande, ce n'est pas une indexation.

● (12 heures) ●

L'hépatite C. L'hépatite C, c'est une situation tout à fait différente du sida. La seule similitude qu'il y a entre les deux, c'est que le véhicule de transmission, c'est le sang. Les gens qui ont eu l'hépatite C...

(Consultation)

M. Rochon: Je pense que je laisserai plutôt, quant à répéter, là, Mme Colin, la sous-ministre adjointe à la Santé publique, donner un complément. Mais ce que je voudrais dire, c'est ceci, et ça, ça a été discuté lors d'une conférence interprovinciale où les ministres de la Santé, c'était au mois de septembre 1996, on s'était entendus, là, sur l'analyse suivante et la position suivante. Dans le cas du sang, puis on le sait, il y a eu commission d'enquête, il y a dans d'autres pays aussi qu'il y a eu des enquêtes importantes, on a eu une situation où on a allégué, dans

certain cas on a démontré — à l'exception du Canada, on verra — qu'on aurait possiblement fait défaut d'agir au moment où on connaissait qu'il y avait une probabilité assez grande qu'il y ait une contamination possible et surtout qu'il existait des moyens techniques plus efficaces pour assurer que la transfusion sanguine ne faisait pas risquer une contamination au sida. Et ce qu'on dit, c'est qu'on n'a pas utilisé les moyens techniques développés à temps et que, dans certains cas, ce qu'on aurait fait pour écouler des stocks qu'on avait ou quoi que ce soit... C'est tout ça qui est en débat. Dans ce cas-là, selon les démonstrations qui sont faites, il y aurait eu défaut d'agir et on n'aurait pas assuré le produit avec toute la sécurité qu'il était possible de faire compte tenu de ce qu'on savait ou ce qu'on devait savoir. Ça, c'est une chose.

Dans le cas de l'hépatite C, il n'y a pas de situations semblables. Quand il y a eu contamination, c'est une contamination qui fait partie du risque associé à toute procédure quand il y a un traitement qui est fait. Et, plus le traitement sont spécialisés... Vous avez des traitements qui sont faits... Non, non. C'est une situation réelle. Il arrive des situations où il peut y avoir une complication d'un traitement. On le sait, le régime général qui existe à travers tout le Canada, c'est que, s'il y a une situation où quelqu'un subit un dommage à la suite d'un traitement et qu'il y a eu une faute qui a été commise, il y a lieu à une compensation en dommages et intérêts. C'est de même que le système fonctionne.

De toute façon, dans le cas de l'hépatite C, la grande majorité, plus de 70 % des contaminations ne viennent pas du sang. Elles viennent d'injections, d'utilisation de différentes drogues qui sont injectables. Donc, c'est ça qui est dit qui est la position de toutes les provinces présentement. On n'est pas dans le même genre de situation. Dans le cas de l'hépatite C, c'est le régime général: si vous avez une intervention chirurgicale, un traitement de chimiothérapie ou quoi que ce soit et qu'il arrive une complication, c'est un risque relié au traitement et il y a des moyens de prévus pour qu'il y ait une compensation spécifique. Dans le régime actuel, c'est relié à une faute.

Maintenant, ça ne veut pas dire qu'on fait rien, par exemple. Je vais finir là-dessus. On prend nos responsabilités comme gouvernement et il y a des mesures qui sont données: par exemple, que tout médecin traitant doit déclarer une hépatite C, pour qu'on en ait au moins une surveillance épidémiologique, au directeur de santé publique; dans le programme d'assurance-médicaments, on couvre les coûts de traitement qui sont dus à cause de l'hépatite C, et ça, c'est un traitement qui est très, très coûteux. Vous avez entendu parler de l'interféron, c'est un de ces médicaments qui coûtent dans les cinq chiffres par année. C'est 5 000 \$ de traitement par patient par année.

M. Williams: Je suis au courant de ce que nous faisons. Merci, M. le ministre. J'ai une dernière question et un bref commentaire.

M. Rochon: Je vois que le temps nous presse.

M. Williams: Dernière question et juste un commentaire sur ça. Quand le ministre veut dire non à la population québécoise, il se cache pas mal vite en arrière des autres provinces canadiennes.

M. Rochon: Non, non, non, non! M. le Président, là, je ne prends pas ça, je ne le prends vraiment pas! Je ne me cache en arrière de personne, je ne dis non à personne. J'explique le mieux que je peux une situation qui est une situation générale qui existe à travers le Canada, que dans le cas de l'hépatite comme dans le cas d'autres problèmes qui sont causés par des traitements...

On peut vouloir changer ça, ce système-là. Je ne dis pas qu'on ne peut pas vouloir le changer. Non, non, non. On peut vouloir le changer, mais qu'on réalise que ce n'est pas une situation qui est similaire à ce qui a été le problème de contamination de sida par le sang. Ce n'est pas le même genre de situation. Alors, on peut vouloir le changer, mais ça va avoir un effet, à ce moment-là, sur d'autres situations, indépendamment de l'hépatite C, d'autres complications qui peuvent arriver à des traitements. Si on veut s'en aller, comme certains ont suggéré, à un système d'assurance...

Non, mais on peut répondre ou on ne répond pas aux questions? Je trouve qu'il y a une grande pression à cause du temps. Si on n'a pas le temps, M. le Président, parce que le temps est écoulé, de répondre correctement aux questions, est-ce qu'il est possible au député de revenir à une autre session, puis on complètera? Parce que des questions comme ça, c'est important, puis, moi, je ne me laisserai pas bousculer pour vous répondre un peu n'importe comment, puis on va partir sur des interprétations, comme je viens d'entendre, des réponses que j'ai faites.

M. Williams: Est-ce qu'on peut aller jusqu'à 12 h 10?

M. Rochon: Moi, ça ne me dérange pas.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Compte tenu de l'heure qu'il est, est-ce que... Cinq à 10 minutes maximum.

M. Williams: Correct. Allons-y.

M. Rochon: Bon. Tout ce que j'essaie de dire... Je n'ai pas dit que je disais non, puis je ne me cache en arrière de personne. J'essaie d'expliquer ce qu'est une situation. Tout ce que je dis, c'est que, si on dit que la situation de l'hépatite C, c'est comme le sida, ce n'est pas ça. Tout ceux qui analysent la situation... On en a discuté entre les ministres des différentes provinces et, là-dessus, on était d'accord — ça arrive qu'on est d'accord avec les autres provinces — que la situation en est une de dommage qui peut être fait par un traitement comme ça peut arriver dans d'autres situations et comme ça arrive malheureusement dans d'autres situations. Des situations de risque zéro, ça n'existe à peu près pas dans la vie, pas juste dans le traitement médical, là, mais dans la vie.

Et les régimes de santé, ce qu'on doit faire, et la responsabilité qu'on a et qu'on assume, c'est qu'on utilise tous les moyens que nous permettent les connaissances qu'on a pour assurer la sécurité, que les gens aient accès à des traitements sécuritaires, que, s'il y a un élément de risque... Dans nos systèmes légaux et dans nos systèmes d'organisation de services de santé, on a des protocoles très clairs que, s'il y a un risque connu à un traitement, le patient doit en être informé et on a ce qu'on appelle le consentement éclairé, quelqu'un prend lui-même la décision de recevoir ou pas un traitement compte tenu qu'il a été informé du risque qui va être le traitement et de la probabilité que le traitement améliore ou pas sa situation.

Ça, c'est le régime général qui existe sur le plan des fonctionnements des systèmes de santé et sur le plan de notre système légal. C'est ça qu'est la situation. Je ne dis pas qu'on ne va pas pouvoir changer ça, mais, si on le change, ça va avoir un effet pas seulement sur les l'hépatite C, mais sur toute la situation de façon générale.

Est-ce qu'on veut faire dans ce domaine-là comme on a fait pour les accidents du travail, par exemple, un système de responsabilité sans faute, et qu'automatiquement... Pour les accidents du travail, la situation avant était exactement celle que je décris pour l'ensemble des traitements maintenant. Avant, si on avait un accident au travail, il fallait que le travailleur, la travailleuse démontre que l'employeur avait une responsabilité qui avait causé l'accident et les dommages de la personne. S'il démontrait ça, bien, il y avait des dommages et intérêts que la cour pouvait décider. On a changé ça, ce système-là, puis on en a fait un système de responsabilité sans faute: tout accident du travail, indépendamment qu'il y ait faute ou pas, il y a compensation. On a fait ça dans le cas des accidents d'automobile. On a un système, à toutes fins pratiques, de responsabilité sans faute quant à l'indemnisation de la personne.

Alors, si on veut faire ça, on peut discuter de ça, mais c'est de ça qu'il faut discuter. Le discutant pour l'hépatite C, nécessairement on va le discuter quant à son application soit pour tous ou pour un ensemble de situations qui correspondraient à certains critères. Voilà ce que je dis. C'est loin d'être un non et c'est loin de se cacher derrière qui que ce soit.

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

M. Williams: En demandant la dernière question, je dépose toutes mes autres questions pour la commission, et le ministère en temps approprié pourra répondre.

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

M. Williams: Merci beaucoup.

Questions déposées

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le dépôt est accepté. Dernière question.

Commission Krever

M. Williams: Une dernière question, M. le ministre. Pour la commission Krever, vous avez dépensé combien de milliers de dollars pour les avocats? Et vous allez dépenser combien de dollars pour les avocats dans le futur?

M. Rochon: Pendant qu'on vérifie le chiffre, il serait peut-être bon de se rappeler que la commission Krever, c'est une décision du gouvernement fédéral et que le gouvernement du Québec qui était le gouvernement formé par le Parti libéral avait clairement dit que le Québec n'était pas d'accord pour créer cette commission et qu'on avait d'autres moyens pour arriver aux mêmes fins que de créer une commission comme ça, justement, entre autres, parce que ça impliquait des dépenses. Je présume que, sur la fin du régime, on commençait à être un petit peu préoccupé par les dépenses et les déficits et ça avait inspiré, entre autres, ce genre de décision.

Maintenant, la commission a été créée quand même, on le sait, et le Québec n'a pas adhéré plus, mais on a senti qu'on avait la responsabilité. Et ça, je n'ai pas voulu changer la décision qui avait été prise par mon prédécesseur, d'assurer une présence lors des principales audiences de la commission, aux audiences surtout où on pouvait parler d'établissements ou d'événements qui pouvaient être arrivés au Québec, de sorte qu'on ait l'information et qu'on ait nos propres dossiers pour que, s'il y avait quelque chose qui nous demandait d'intervenir, on puisse intervenir.

Alors, c'est ce qui a amené qu'on a des procureurs qui ont représenté le Québec. Ce que ça peut nous avoir coûté...

(Consultation)

M. Rochon: On va vérifier les données, là. On a les données d'une année où ça aurait coûté quelque chose de l'ordre de 350 000 \$ pour une des années, mais on peut vérifier et vous donner exactement ce que ça a coûté.

M. Williams: Pour une année, vous avez dépensé plus de 350 000 000 \$ pour les avocats?

M. Rochon: Non, non, non, 350 000 \$.

M. Williams: Oui, oui, excusez. Déjà, c'est assez élevé, mais...

● (12 h 10) ●

M. Rochon: On va vous donner l'information. Maintenant, comme je vous dis, la première information que la commission doit avoir, c'est que, un, on n'était pas d'accord avec cette commission. Mais, comme elle a été créée — et ça, je pense que la décision avait été prise par mon prédécesseur, de toute façon, et je pense qu'il avait raison, j'ai maintenu cette décision-là — on ne pouvait pas laisser aller une enquête publique comme ça, comme Québec, ou des gens, ou des institutions du Québec

risquaient d'être interpellés d'une façon ou l'autre par les travaux de la commission, sans qu'on ait un suivi qu'on fasse de ça. Donc, il y a eu effectivement des frais qui ont été faits. Ça, on va vous donner l'information là-dessus. Quant au futur, il ne devrait plus y en avoir, de frais, parce que la commission pense qu'elle a finalement terminé ses travaux et qu'on attend le rapport.

M. Williams: M. le Président, je redemande à la commission de tenir compte de ma demande de faire une commission parlementaire sur ce sujet.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Comme président de la commission, ce sera soumis au prochain comité directeur. Je suspends les travaux jusqu'à 15 heures, cet après-midi.

(Suspension de la séance à 12 h 11)

(Reprise à 15 h 16)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Nous recommençons nos travaux. Cet après-midi, nous toucherons la santé et les services sociaux. Étant donné que la porte-parole de l'opposition est Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, je lui permettrai de faire ses remarques préliminaires; je permettrai à M. le ministre de faire des remarques aussi. Je vous demanderais à peu près le même temps.

Avec la permission des deux côtés, il restait quatre interventions ce matin, Argenteuil, Fabre qui remplace Maskinongé, La Pinière et Crémazie qui remplace L'Assomption, alors nous allons... Et après je prendrai les autres interventions. Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loisel: Les remarques préliminaires, ce n'est pas le ministre qui commence, habituellement?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il les a déjà faites.

Mme Loisel: Bien, je pose une question, là.

Une voix: Il en fait tous les jours.

Remarques préliminaires (suite)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre, compte tenu qu'on doit discuter de services sociaux un peu plus, est-ce que vous voulez faire quelques minutes de remarques préliminaires ou on passe tout de suite à Mme la porte-parole? Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Nicole Loisel

Mme Loisel: Étant donné qu'on débute santé et services sociaux, je tiens à faire quelques remarques

préliminaires... Bien, là, M. le Président, vous êtes le président, ce n'est pas la députée de Rimouski.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y. Allez-y. C'est fait. C'est réglé, ça.

Mme Loisel: Bon. Alors, M. le Président, c'est assez déroutant d'entendre le ministre répéter à satiété que sa réforme, sa réorganisation du réseau, tout se passe bien, tout est sous contrôle depuis deux ans, tout est bien géré. Le ministre continue à soutenir que les services aux patients ne sont pas coupés, ne sont pas réduits, que c'est une tempête dans un verre d'eau créée par l'opposition officielle. Avec la nouvelle ronde des compressions budgétaires annoncées cette semaine — plus de 200 000 000 \$ pour la région de Montréal, plus de 100 000 000 \$ pour celle de Québec — le ministre, en Chambre, hier, déclarait qu'il était faux de prétendre que la qualité des services serait touchée avec ces nouvelles compressions.

Il va falloir que le ministre sorte de sa tour d'ivoire ou bien commence à faire soigner son obsession, parce que l'obsession, ça se soigne. Parce que la réalité quotidienne des patients, M. le Président, la réalité quotidienne des personnes âgées dans certains centres d'hébergement de longue durée, la réalité des employés du réseau de la santé, la réalité des CLSC est tout autre et est très préoccupante. C'est assez troublant de constater que, dans quelques mois, en juillet, avec le départ de milliers d'employés du réseau, du personnel qualifié, eh bien, c'est l'expertise du réseau de santé qui va en prendre un coup et c'est l'entreprise privée qui va accueillir le personnel qualifié de notre réseau, avec son bagage d'expérience, au sein de son entreprise. On m'informe que déjà des employés du système sont fortement sollicités par des compagnies d'assurances afin d'élaborer un plan d'assurance-convallescence. D'autres employés sont en train de créer de nouvelles entreprises privées de soins à domicile, de soins infirmiers, de soins postopératoires. Ce système à deux vitesses qui se crée en douce au Québec, ça, c'est l'oeuvre du ministre de la Santé et des Services sociaux.

● (15 h 20) ●

Les personnes âgées sont également très inquiètes et vivent de l'insécurité. Avec la mise en place bâclée, précipitée et ne répondant, on le sait maintenant, qu'à une commande budgétaire, les personnes âgées à faibles revenus sont touchées de plein fouet. L'assurance-médicaments du ministre force certaines personnes âgées à aller quémander de l'aide auprès d'organismes communautaires afin de pouvoir se procurer leurs médicaments. Il y a des pharmaciens actuellement, par des gestes de générosité, qui font crédit aux personnes âgées, aux bénéficiaires de l'aide sociale. Un pharmacien dans mon comté est rendu à plus de 1 000 \$ de crédit parce qu'il ne peut pas supporter que des personnes âgées pauvres viennent le voir les yeux pleins de larmes en disant qu'elles ne sont pas capables de se procurer leurs médicaments. Puis, si le ministre veut le nom de ce pharmacien, il pourra communiquer avec lui.

M. le Président, les personnes âgées plus isolées et, pour des raisons personnelles, qui ne demandent pas de l'aide se privent de nourriture ou étalent la fréquence de leurs

médicaments. Hier, au *Point*, la présidente du Comité provincial des malades affirmait que, dans certains centres d'hébergement de longue durée, avec les compressions des deux dernières années, les repas diminuaient et les quantités étaient plus petites dans les assiettes, que des personnes âgées, pendant toute une journée, avaient les culottes souillées et qu'elles n'avaient qu'un bain par semaine. C'est ça, la réalité des compressions aveugles. On peut imaginer le pire avec ce qui s'en vient avec la nouvelle ronde des compressions qui ont été annoncées. Ce n'est pas plus rose pour les bénéficiaires de l'aide sociale. On doit se rappeler que le gouvernement du Parti québécois n'a cessé de les appauvrir avec différentes coupures à l'aide de dernier recours depuis deux ans. Le ministre a fait sa part quant à l'appauvrissement des bénéficiaires de l'aide sociale avec son assurance-médicaments.

Il est malheureux que le ministre de la Santé n'ait pas répondu à mon invitation à venir s'asseoir quelques heures en commission parlementaire lors de la consultation sur la réforme de l'aide sociale; il aurait entendu tout comme nous, les parlementaires, des témoignages déchirants quant aux effets pervers de l'assurance-médicaments pour les prestataires de l'aide sociale. Aujourd'hui, le ministre de la Santé serait sûrement plus enclin à modifier son système d'assurance-médicaments afin de protéger davantage les personnes âgées pauvres et les bénéficiaires de l'aide sociale.

Il est déplorable que la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux tellement vantée par le ministre se fasse au détriment de la qualité des soins et des services rendus aux malades. Ce qui dicte si aveuglément le ministre, c'est son obsession des compressions dans un espace de temps trop court, et tout ça pour répondre à l'objectif du déficit zéro, non pas un objectif qui assure la qualité de soins et de services, non pas un objectif qui assure que le patient est au coeur de ces transformations, mais bien un objectif partisan, un objectif avoué par le premier ministre du Québec lui-même, l'objectif de l'option du PQ, l'objectif de la campagne référendaire.

Le ministre de la Santé est en train de mettre en péril les services et la qualité des soins offerts aux patients. Le ministre de la Santé est en train de mettre en péril l'état de santé de certaines personnes âgées, des prestataires de l'aide sociale pauvres. Le ministre de la Santé est en train de mettre en péril le virage ambulatoire en refusant d'investir les sommes nécessaires dans les CLSC afin qu'ils puissent réaliser pleinement leur mission et répondre adéquatement au virage ambulatoire. Le ministre est en train de mettre en péril le fondement même de notre système de santé qui a déjà fait l'envie de plusieurs pays dans le monde. Si le ministre ne rectifie pas le tir immédiatement, il sera pointé du doigt comme le ministre de la Santé et des Services sociaux qui aura créé une brèche dans l'accessibilité, une brèche dans l'universalité et dans la qualité de soins et celui aussi qui aura encouragé et incité la mise sur pied de deux systèmes de santé au Québec, un pour les plus fortunés et un deuxième pour les moins bien nantis.

M. le Président, j'aimerais vous lire brièvement l'opinion d'un médecin qui a plus de 30 ans de service et qui déclarait: Après 30 ans de pratique active à ras du sol, dans

la préoccupation quotidienne de la maladie, dans l'esprit et dans le corps de mes patientes, dans les explications et surtout l'écoute des inquiétudes, je ne peux certes pas souscrire au virage infiniment trop rapide que nous vivons. Il faut mettre un frein à cette méprisable attitude pour laquelle les gens d'en haut décident idéologiquement et sans scrupules et à la place des gens d'en bas et surtout impunément.»

En terminant, on vient tout juste de voter une motion à l'unanimité, la Journée mondiale du livre, et vous savez que la tradition, c'est de remettre un livre à une personne que l'on connaît. Alors, Nathalie Petrowski remet, au nom des gens qui travaillent avec le ministre: «À tous ceux qui travaillent sous Jean Rochon et qui en ont marre de se taire, j'offre en guise de consolation *Le principe de Dilbert*, ou si vous ne supportez plus de travailler avec des patrons incompetents.» Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous comprendrez qu'il m'apparaît assez normal de demander à M. le ministre s'il a quelques remarques suite à cette intervention, et je passerai la parole au député d'Argenteuil.

Mme Loiseau: Il n'en avait pas, tantôt.

M. Jean Rochon

M. Rochon: Je prendrai peut-être quelques minutes pour rectifier au moins certains faits. Je trouve d'abord assez navrant de voir avec quel bagout la députée nous reproche d'avoir l'obsession du déficit zéro et d'agir aussi rapidement. Il ne faut vraiment pas avoir le sens des responsabilités très élevé, M. le Président. Si on est dans cette situation-là, on sait pourquoi. On sait pourquoi on est dans cette situation qu'on est obligés d'aller au déficit zéro comme objectif et qu'on est obligés d'agir rapidement: on est la province la plus endettée de tout le Canada. Les gens du Québec, les citoyens pour lesquels la députée semble prendre fait et cause avec autant de drame dans la voix, ont leur part de dette qui est au-dessus de 10 000 \$. C'est 10 400 \$ que chaque Québécois a comme dette, qui est sa part de la dette publique. Ça, ça n'aide pas à enrichir du monde bien, bien, et c'est les plus pauvres, les plus endettés.

La province où les citoyens ont une dette qui nous suit, c'est l'Ontario avec 8 000 \$. Il y a 2 400 \$ d'écart. On peut se taper des grands discours puis faire du drame en reprochant au gouvernement d'endetter les Québécois quand on a pris neuf ans à nous mettre dans cette situation-là. M. le Président, en sept ans, le gouvernement précédent a doublé la dette du Québec. Il l'a doublée. Elle est passée de l'ordre d'à peu près 35 000 000 000 \$ à au-dessus de 75 000 000 000 \$, et là on est dans cette situation-là. On est obligés de rectifier le tir, évidemment, comme elle a dit — il est grand temps qu'on le rectifie, le tir — et on est obligés de le rectifier rapidement parce qu'on était rendus à un point où le Québec avait perdu la confiance des milieux financiers. On était rendus sous la menace d'une décote. Une décote, ça vient de nous coûter 500 000 000 \$ d'un coup sec de plus, ça nous change de niveau des circuits financiers

et ça nous met dans une condition où on va s'endetter encore plus. Alors, ça, c'est la situation de fond, et c'est pour ça qu'on fait toutes les mesures qu'on prend, qu'il y a des moments difficiles. On est obligés d'aller vite, puis ce n'est pas facile pour le monde — ça, on est entièrement d'accord là-dessus — et on ne cache aucune de ces difficultés-là.

Les interventions qu'on fait sont de plus en plus ciblées. On est de plus en plus en action interministérielle entre les différents secteurs et de plus en plus proches sur le terrain avec l'approche de décentralisation qu'on a prise, avec des intervenants dans des établissements où on a redéployé des ressources, des établissements qui ont des missions mieux ciblées, qui sont plus responsables non seulement d'une clientèle qui se présente à leurs portes, mais d'une population. Les CLSC connaissent la population, par exemple, de leur territoire, connaissent ceux qui sont pauvres, savent où ils sont et, avec les groupes communautaires, font tous les efforts pour aller rejoindre les gens.

Alors, oui, M. le Président, on a une obsession: c'est celle de sauver notre système qui a été mis en danger par les politiques et les responsables du gouvernement précédent. Je voudrais bien qu'on reconnaisse la difficulté, qu'on travaille pour l'améliorer; mais qu'on ne vienne pas nous faire de ces discours dramatiques comme si on avait créé la situation. On ne l'a pas créée, on est après la corriger. Et, si les Québécois sont pauvres, ce n'est pas à cause du gouvernement actuel, c'est le gouvernement actuel qui est parti pour les sortir de là, et, oui, dans quelques années, les Québécois vont se reprononcer sur leur avenir, mais ils vont être confiants dans leur avenir puis ils vont être fiers de la décision qu'ils vont prendre.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député d'Argenteuil.

Discussion générale (suite)

Nombre de médecins

M. Beaudet: Je vous remercie, M. le Président. J'ai deux questions que j'aimerais adresser au ministre. Ce matin, on a entendu des gens mentionner une pénurie d'infirmières dans les semaines qui viennent ou dans les années qui viennent. Par ailleurs, on relevait dans les journaux récemment un commentaire du président du Collège des médecins qui nous mentionnait qu'il y aurait une pénurie de médecins dans les années à venir, et il demandait au ministre de revoir les quotas d'admission, de passer de 406 à 456 parce qu'il prévoit que, dans les années 2000, on va manquer de médecins. Peut-être que je devrais retourner en pratique, mais j'ai trouvé d'autres avenues, M. le député.

Par ailleurs, ça soulève des inquiétudes lorsque le président du Collège des médecins nous mentionne qu'il va y avoir une pénurie. En plus, il y a plusieurs médecins qui ont dû quitter le Québec pour toutes sortes de raisons, qu'elles soient personnelles ou financières ou autres. Ils se sont dirigés vers l'Ontario. Maintenant, on parle même du

Nouveau-Brunswick. Avant, le Nouveau-Brunswick, c'était une non-existence; maintenant, ça devient un élément de comparaison de plus en plus fréquent. J'aimerais savoir où le ministre se situe par rapport aux commentaires du président du Collège des médecins quant à la pénurie de médecins qui s'en vient, alors que je pense que, dans l'esprit du ministre, on a un surplus de médecins, notion d'ailleurs que je partage.

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

● (15 h 30) ●

M. Rochon: Bon. M. le Président, je n'ai pas eu le temps, l'occasion de lire en détail l'étude qui a été faite par le Collège des médecins. J'en ai vu aussi certains éléments d'information, ce qu'on a dit dans les journaux, quelques bribes. Mais ce que je connais de la situation, ça va dans le sens de ce que soulève comme question le député d'Argenteuil. C'est les faits suivants: qu'on ait trop de médecins — je pense qu'on sera tous d'accord là-dessus — est-ce qu'on peut dire qu'on a trop de médecins? Bien, dans un sens, on n'a jamais trop de rien, on peut toujours en avoir plus. Mais on est sûrement parmi les pays au monde qui ont le plus grand nombre de médecins per capita, par population. Alors, là-dessus, je pense qu'il n'y a pas de discussion. On est aussi, si on se compare aux autres provinces canadiennes, je pense, l'endroit au Canada où on forme le plus de médecins. Je pense qu'on est encore à une fois et demie le nombre d'admissions que l'Ontario fait sur une base per capita. Donc, on n'est pas en pénurie puis il n'y a pas de crise appréhendée pour demain matin en termes de nombre de médecins.

En ce qui implique les décisions pour les entrées en médecine et la prévision des effectifs médicaux, la cohorte des effectifs médicaux, on sait que le ministre est conseillé par une table de concertation qui regroupe tous ceux qui peuvent contribuer à la connaissance de la situation dans ce domaine-là. Les universités y sont, le Collège, les fédérations médicales, les ministères aussi, le ministère de l'Éducation, la Conférence des régies, le ministère de la Santé, bon, à peu près tout le monde est là. Et j'ai reçu un avis de cette table, comme du Conseil médical du Québec, qui va dans le sens de la recommandation de l'étude du Collège. Mais, moi, ce que j'ai compris là-dedans, si ma compréhension est correcte, c'est qu'on m'a demandé — ce que j'ai fait d'ailleurs — de surseoir, cette année, de ne pas diminuer le nombre d'admissions cette année. On sait qu'au cours des trois dernières années on a diminué au total de 75 le nombre d'admissions: la dernière année, 25, je pense, 10 ou 25... Quarante, la dernière année, 10 ou 25 auparavant, mais, en tout cas, c'est 75 sur trois ans. Et la question se posait: Est-ce qu'on continue pour rétablir tout ça, essayant de viser — c'est pour ça que ce n'est pas facile — que, dans six ans pour les médecins de famille — ça prend six ans à former un médecin de famille, 10 ans pour un spécialiste — si on projette ça dans le temps, comment on maintient l'évolution de la courbe des médecins par rapport à l'évolution qu'on peut prévoir de la demande de services des médecins? Bon.

Maintenant, moi, j'ai accepté sans difficulté d'attendre une année parce qu'on pense qu'on va avoir plus d'informations, au bout de l'année, qui sont importantes pour prendre une décision là-dessus. On va connaître un peu plus quel est le profil de travail et de pratique maintenant des médecins. On a dit beaucoup que, le fait que la proportion de femmes médecins augmentait, les objectifs de pratique, les objectifs professionnels étaient différents d'une cohorte de médecins qui était essentiellement masculine. On sait que même les hommes qui sont médecins ont un profil différent de leurs aînés. Les gens ne font pas nécessairement, par exemple, me dit-on, des semaines aussi longues. Les choix de types de pratique ne sont pas nécessairement les mêmes. Donc, si on parle d'équivalents temps complet médecins, il en faut peut-être plus pour avoir le même nombre d'équivalents temps complet médecins. Ayant plus de médecins, bien, si tous les médecins travaillent moins d'heures, ça veut dire qu'avec le même budget on peut continuer à fonctionner à l'intérieur de nos moyens.

L'autre élément qui est important quant au nombre de médecins dont on aura besoin, ça va être de mieux comprendre — ça va aller, je pense, assez vite au cours de l'année — comment va s'orienter la pratique médicale. Le Conseil médical du Québec a proposé, par exemple, qu'on ait une meilleure hiérarchisation des services, que les spécialistes travaillent vraiment autant que possible pour donner des services qui relèvent de leur spécialité, que les médecins de famille se consacrent vraiment sur des actes médicaux et que les infirmières puissent faire tout ce que la formation d'une infirmière peut faire. Alors, s'il y a certains réajustements comme ça... Et, quand on parle de changement des pratiques, ça vise des choses comme ça. Quand on parle de mieux harmoniser l'interface entre le travail des médecins dans leur cabinet et à l'hôpital, ça vise des choses comme ça. Alors, effectivement, avec une meilleure hiérarchisation, une meilleure répartition des services, on peut avoir besoin de moins de médecins. Par contre, si les médecins en pratique travaillent des heures de semaine moins longues, ça peut en prendre plus pour faire un équivalent temps complet. Alors, c'est toutes ces questions-là qui sont soulevées, que soulève le Collège.

Je sais que, dans des rencontres, des discussions précédentes que j'avais eues avec eux... Je ne sais pas jusqu'à quel point tout ça revient dans leur étude actuelle, mais, pour toutes ces raisons-là, je pense que la décision sage, présentement, c'est d'arrêter une année, de voir quels vont être les effets de tous ces ajustements-là qu'on fait, qui vont avancer beaucoup. Ça ne sera pas tout terminé, mais on va faire une certaine consolidation en cours d'année là-dessus. Et, si on peut voir plus clair l'an prochain, bien, là on pourra décider de façon plus sûre si doit diminuer encore un peu ou arrêter comme ça et comment on fait l'ajustement. C'est ma compréhension de cette situation à laquelle réfère le député d'Argenteuil, M. le Président.

Réorganisation des services hospitaliers dans les Laurentides

M. Beaudet: M. le Président, je ne saurais manquer l'opportunité de voir le directeur de la Régie régionale des Laurentides ici sans lui permettre au moins de s'adresser aux gens du milieu puis de les rassurer. Comme vous le savez, il y a plusieurs institutions dans la Régie régionale des Laurentides et il y a plusieurs rumeurs qui courent: un certain hôpital va fermer, comme on a entendu ce matin, puis ça va devenir un centre d'urgence avec quelques lits d'observation, puis les lits aigus, ça va être tout fermé, on va devenir un centre de chroniques. La même rumeur court à Lachute, où L'Hôpital d'Argenteuil subirait le même sort que ce qu'on a décrit ce matin, et je suis sûr que le directeur général de la Régie, avec toutes les modifications au réseau qu'il doit apporter à cause des contraintes budgétaires, à cause de la modification du plan médical qui est en train de s'implanter, à cause de toute la transformation du réseau sur l'ambulance... Est-ce que les rumeurs qu'on entend, que ce soit au sujet du centre hospitalier de Sainte-Agathe ou que ce soit au centre hospitalier d'Argenteuil, sont vraies, sont fausses, ne sont ni vraies ni fausses? Je vous laisse l'opportunité, si le ministre veut bien, de nous répondre.

M. Rochon: M. le Président, est-ce que M. Michel Léger, le directeur général de la Régie régionale, peut...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui. Si vous voulez le présenter.

M. Rochon: Très bien. Alors, M. Michel Léger, le directeur régional de la Régie régionale des Laurentides.

M. Léger (Michel): M. le Président, je suis heureux que le député d'Argenteuil me pose cette question, puisque effectivement, dans la région des Laurentides, notamment dans le territoire d'Argenteuil et dans le territoire de Sainte-Agathe, la question est omniprésente et les médias locaux sont toujours en train de poser cette question-là. Je peux de façon très claire indiquer que le plan qui est en fin de consultation au niveau de la région des Laurentides pour le deuxième réaménagement de l'ensemble des hôpitaux de la région et qui, donc, incombe des perspectives budgétaires qui sont les nôtres pour les prochaines années, d'ici l'an 2000, prévoit effectivement le maintien très clair des services hospitaliers tant à Lachute qu'à Sainte-Agathe, et donc, dans ce sens-là, je peux être plus que rassurant. On ne parle pas évidemment de petits endroits avec de l'observation, une mini-urgence ou autres, on parle vraiment d'hôpitaux.

Pour être plus précis, notamment dans le comté d'Argenteuil et dans la ville de Lachute, l'hôpital, qui est un petit hôpital de 55 lits comme tels... Vous savez qu'on est déjà rendus, dans la région des Laurentides, à 2,3 lits par 1 000 habitants, et on vise 2 lits d'ici un an et demi à peu près. Donc, dans ce sens-là, effectivement la

population peut être inquiète de voir le nombre de lits — et je parle bien du nombre de lits, je ne parle pas du nombre d'établissements — réduire.

Pour ce qui est de Lachute, nous avons une opportunité particulière que vous connaissez: une bonne partie de la clientèle sur le territoire d'Argenteuil a pris l'habitude d'aller consommer à Hawkesbury, souvent en parcourant des distances plus longues. Donc, dans ce sens-là, nous avons entrepris un projet, à l'instar de l'Outaouais, de rapatriement des clientèles. Bien entendu, les gens qui, à côté de Grenville, sont très proches d'Hawkesbury, il n'est pas question qu'ils soient dirigés manu militari vers Lachute. Cependant, pour toute la population qui est plus proche de Lachute, il est clair que les perspectives de rapatriement, en termes budgétaires, pour pouvoir offrir des services mieux adaptés, plus près de chez eux à ces clientèles tournent autour de 3 000 000 \$ à 4 000 000 \$. Donc, dans ces perspectives-là, vous comprendrez, M. le Président, que non seulement à Lachute on peut, bien sûr, prévoir que le service va être maintenu, mais, malgré les compressions qui peuvent arriver, malgré le fait qu'on va pouvoir continuer à rationaliser des services, on va être capables, avec l'amélioration des services à la clientèle, de maintenir un niveau de service médical adapté et modernisé pour faire face à ça. Donc, je peux être très, très rassurant pour vous dire qu'à Lachute il n'y a aucun problème.

● (15 h 40) ●

Quant à Sainte-Agathe, vous devez savoir que Sainte-Agathe dessert non seulement une partie importante du territoire qui est découvert complètement jusqu'à L'Annonciation, donc plus de 100 km, je ne veux pas dire de désert, mais de population loin des services... D'autre part, mes collègues de la région voisine, de Lanaudière, et de toute la partie de Saint-Donat ou autres ont des habitudes de consommation et même une proximité géographique plus proche de l'hôpital de Sainte-Agathe que du CHRDL à Joliette. Donc, dans ce sens-là, il est clair aussi que le maintien de l'hôpital de Sainte-Agathe est clair pour la Régie régionale. Le nombre de lits sert à suivre l'évolution des techniques, et donc le nombre de lits n'est plus la chose à maintenir; c'est beaucoup plus le service et la modernisation du service qu'il faut maintenir. Donc, dans ce sens-là, les gens de Sainte-Agathe, malgré toutes les déclarations que je fais semaine après semaine, devraient être assurés que je confirme cet élément à cet endroit même pour vous dire: À Sainte-Agathe, l'hôpital ne fermera pas.

M. Beaudet: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Avant de passer la parole au député de Fabre, je ferais trois petites remarques. Simplement rappeler, parce qu'il y a de nouveaux membres, que les directeurs généraux des régions sont ici jusqu'à ce soir, donc ce matin on a invité les membres à poser des questions autant que possible, s'il y avait lieu. J'essaie d'appliquer le principe de l'alternance, et il y a beaucoup

d'interventions, donc j'apprécie évidemment quand les questions sont relativement courtes et les réponses aussi de façon à pouvoir en passer le plus possible. M. le député de Fabre.

Transformation des services de santé à Laval

M. Facal: Merci, M. le Président. Depuis des mois, depuis deux ans, en fait, soit depuis que nous avons un ministre qui a décidé de faire ce dont ses prédécesseurs immédiats parlaient, mais qu'ils ne faisaient pas ou ce que certains de ses prédécesseurs comme M. Côté ont essayé de faire mais en furent empêché parce que le premier ministre du temps trouvait que ça chauffait trop dans la cuisine, depuis deux ans, donc, l'opposition, dont les critiques d'ailleurs en matière de santé et services sociaux semblent se multiplier de jour en jour — ils s'y mettent à cinq pour essayer de vous traverser, M. le ministre, c'est un petit peu l'équivalent politique des soins intensifs — depuis deux ans, donc, l'opposition...

Une voix: Je pense qu'il en a besoin.

M. Facal: ... — ha, ha, ha! — qui, du temps où elle était au gouvernement, vivait à crédit et aujourd'hui s'étonne de voir arriver une facture, l'opposition, qui, du temps où elle était au gouvernement, dépensait comme des gars chauds qui viennent d'avoir leur paie, essaie de faire croire que les gestionnaires du réseau sont en pleine panique et ne savent plus où donner de la tête, et notre sentiment à nous, de ce côté-ci en tout cas, c'est que les bouchées sont grosses, bien sûr, qu'elles le seraient moins si nos prédécesseurs avaient agi, que les bouchées sont grosses, mais que les gestionnaires dans les régions ont un plan de match, savent où ils vont et le font avec calme et détermination, et je voulais, moi aussi, justement profiter de la présence des directeurs généraux des régies pour qu'on cesse de faire de la théorie et des généralités, qu'on prenne quelques régions et que l'on voie concrètement comment ça se passe.

Je vois justement que Mme Auclair, qui est la directrice générale de la Régie de Laval, a sans doute anticipé ma question et je voudrais justement qu'on prenne une région qui se travaille bien, Laval, toute petite, une île. Je la connais bien, donc je pourrai juger de ses réponses. Ha, ha, ha! Et j'aimerais, Mme Auclair, que vous nous disiez où on en est, à Laval, dans le plan de transformation, que vous nous fassiez une espèce de rapport d'étape, que vous nous disiez comment vous voyez les prochains mois puis comment vous pensez opérationnaliser les efforts qui vous sont demandés.

M. Rochon: M. le Président, Mme Michèle Auclair est la relativement nouvelle directrice générale de la Régie régionale qui est là, je viens de vérifier avec elle, depuis six mois, mais je sais qu'elle commence déjà à bien connaître sa région. Elle la connaît sûrement plus en détail que je ne saurais la connaître, alors j'apprécierais si vous acceptiez de lui donner la parole.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Auclair.

Mme Auclair (Michèle): Ça me fait plaisir, M. le Président, justement d'avoir l'occasion d'illustrer la façon dont se font les plans de transformation, je dirais, dans une région, Laval, qui a des particularités, une dynamique qui est très, très particulière à plusieurs niveaux, où il y avait, dans une région comme la nôtre, si on parle, par exemple, du secteur de la santé physique, un ratio de lits très bas, puisque Laval a un ratio de lits actuellement de 1,2 lit par 1 000 habitants alors que, dans l'ensemble des autres régions, ces ratios-là tournent autour de deux, 2,2, jusqu'à 2,5 lits par 1 000 habitants. Ça posait, pour la région, si on le prend à cet égard-là, parce qu'il s'agit, la santé physique, d'un secteur très important, le plus souvent questionné dans les deux jours qu'on a vécus ici... un secteur donc particulièrement questionnable, questionné par la région de Laval.

Le plan de transformation auquel on a été conviés supposait donc pour la région de Laval le défi d'offrir une meilleure offre de services. Je tiens à dire que, en ce qui concerne Laval, aucun lit n'a été fermé, ni dans les centres de courte durée ni dans les centres de longue durée. Nous sommes à voir avec les centres jeunesse l'application de fermetures de lits dans un milieu sécuritaire pour être capables d'offrir des services différemment aux jeunes de Laval. On le fait en concordance avec nos partenaires des autres régions parce que, on le sait, le secteur sécuritaire dans le coin des jeunes est un secteur où les régions sont interdépendantes. On le fait donc en collaboration avec nos partenaires des autres régions. Mais, pour le secteur de la santé physique, donc de la courte durée, et le secteur de la longue durée, non seulement aucun lit n'a été fermé, mais, dans le cas des personnes âgées, nous avons ajouté, dans les deux dernières années, 114 lits, 34 lits de courte durée à la Cité de la santé de Laval.

Mais l'opportunité qui nous est donnée de faire les choses autrement, d'améliorer l'offre de services tout en faisant les choses autrement a été très bien comprise comme message, je dois dire, par la région de Laval, puisque la région vient de se donner un projet d'un centre de services et de soins ambulatoires où nous pensons avoir la capacité de remplacer la façon dont on donne des services à la population. Là où ça aurait pris 200 lits traditionnels, on pense qu'on est capables de suppléer à cette offre de services là traditionnels autrement, en misant sur nos établissements existants puis en faisant en sorte d'établir une réelle continuité de services. C'est sûr que ça demandera des budgets additionnels, mais il s'agit là d'une invitation qui nous a été faite d'innover dans le secteur de la santé, puis je pense que le message a été compris. On a très hâte, M. le Président, d'être capables d'illustrer concrètement ce que ça veut dire, offrir des services autrement que dans des lits à des personnes malades.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

M. Façal: Ça va.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de La Pinière.

Réorganisation des services hospitaliers en Montérégie

Mme Houda-Pepin: Merci, M. le Président. Alors, puisqu'on est invités à penser concrètement en termes de régions, je suis ici aujourd'hui plus spécifiquement pour questionner le ministre sur la situation en Montérégie. La Montérégie, on le sait, c'est une région qui compte 1 300 000 de population, la sixième région en importance du point de vue démographique au Québec et une région qui est très dynamique aussi du point de vue démographique. Donc, les besoins s'en vont croissant.

Plus spécifiquement dans la sous-région Rive-Sud, il y a une situation assez dramatique, et j'inviterais le ministre tout de suite à ne pas me servir la cassette habituelle, à savoir que c'est l'ancienne situation qu'on est en train de corriger, et je lui signalerais au passage que les problèmes qui sont vécus actuellement sur la rive sud sont dus à la fermeture des hôpitaux à Montréal et aux coupures dans les services directs aux institutions et à la population. Donc, si on se reporte à cette décision, la fermeture des hôpitaux à Montréal, cela s'est traduit par une double compression pour les hôpitaux de la rive sud, pression très forte notamment sur les urgences et sur l'ensemble des services, coûts additionnels qui affectent évidemment les équilibres budgétaires. Je sais que le ministre est venu rendre visite à cette sous-région-là. On s'attend, m'a-t-on dit, à un déficit de l'ordre de 900 000 \$ pour l'hôpital Pierre-Boucher et à un déficit de l'ordre de 1 200 000 \$ à 1 500 000 \$ pour Charles-Lemoyne. Évidemment, la situation n'est pas plus rose à Montréal, mais toujours est-il que, si on se limite à ce territoire-là, on constate que les problèmes sont multiples et s'en vont en s'aggravant depuis ce qu'on appelle «la réforme du ministre de la Santé».

• (15 h 50) •

Si vous me permettez, je voudrais illustrer mes propos par une situation particulière, celle des services de psychiatrie. J'ai reçu dernièrement les représentations du Dr Jean-Paul Péloquin, qui est chef du département de psychiatrie à l'hôpital Charles-Lemoyne et qui connaît très bien son affaire. Entre autres, ce qu'on me signale, c'est que, sur la rive sud, il y a trois fois moins d'argent pour les traitements des maladies mentales, il y a trois à quatre fois moins de médecins psychiatres, il y a trois fois moins d'infirmières, de travailleurs sociaux et de psychologues dans les cliniques externes des hôpitaux de la rive sud. Également, les soins en psychiatrie, comme on sait, sont organisés par secteurs, donc c'est la technique de la sectorisation qui prévaut. Il y a un problème parce que les malades ne peuvent pas être référés ailleurs.

Alors, par rapport à cette problématique assez particulière et assez précise, est-ce que le ministre peut nous dire ce qu'il entend faire, et de façon urgente, pour régler le cas des services de psychiatrie sur la rive sud de Montréal?

M. Rochon: Bon, M. le Président, moi, je ne demande pas mieux que d'ajuster les cassettes aux questions. Si on a les mêmes questions, on est obligé de prendre les mêmes cassettes. Mais, à mesure qu'on évolue dans le discours, on va être capable de suivre.

Il faudra faire attention avant de dire que la fermeture des hôpitaux à Montréal a causé des problèmes dans le domaine des services de santé dans la Montérégie. Je ne pense pas qu'on puisse vraiment dire ça. On travaille beaucoup en distinguant d'abord les services qui sont dans le domaine des surspécialités et pour lesquels l'aire de rayonnement déborde de la région de Montréal et couvre au moins les cinq régions autour de l'île de Montréal ou de la région de Montréal comme telle et, dans certains cas, déborde même possiblement dans d'autres régions, vers l'Est du Québec. Ça, c'est donc pris en compte, d'une part.

Quant aux services spécialisés, là, services hospitaliers de deuxième ligne, on a quand même un paramètre qui nous guide — Mme Auclair y a référé tout à l'heure — où on s'assure que la disponibilité de lits est autour de deux lits par 1 000 personnes dans la population. C'est une norme maintenant internationale. Dans des milieux urbains, à forte concentration urbaine, il y a même une évolution, aux États-Unis, par exemple, ailleurs au Canada, vers quelque chose qui a l'air à se situer en quelque part entre 1,5 et 2; il y a des endroits qui sont à 1,6, 1,7, 1,8. Alors, juste bien rassurer que ce n'est pas fait aveuglément, l'équilibre du nombre de lits. On a un paramètre solide dans ce domaine-là et on tient compte de l'aire de rayonnement des centres hospitaliers.

Là où, par exemple, je suis entièrement d'accord que, dans les premiers mois de cette réforme, il y a eu, pour les services de première ligne, posthospitalisation comme conséquence de durée d'hospitalisation plus courte parce qu'on a un meilleur lien entre la première ligne et les services spécialisés, il peut y avoir eu, dans certains cas, un temps de latence, d'arrimage des hôpitaux de la région de Montréal avec des services de première ligne d'une région voisine de Montérégie si eux étaient habitués à travailler plus en lien direct avec la première ligne de leur région. Mais je sais qu'il y a beaucoup de travail qui a été fait par les deux régions régionales, Montréal et Montérégie, et qu'il y a des améliorations qui viennent de ce côté-là.

L'autre chose qu'il est important de rappeler, là, c'est que, en rétablissant nos budgets de la santé dans des domaines qui restent tout à fait satisfaisants quand on se compare à d'autres pays, il n'y avait pas beaucoup de choix dans les façons alternatives de le faire et que les façons alternatives... Celle qui a été choisie par la fermeture d'hôpitaux à Montréal aurait fait beaucoup plus de dommages parce que, là, on aurait été obligés, et on le sait très bien, pour faire l'économie budgétaire équivalente, de fermer beaucoup plus de lits et d'aller peut-être au-delà de cette norme, paramètre qu'on s'est donné. Alors, je voulais rappeler ça parce que le député a fait un certain nombre de commentaires là-dessus, et je pense que c'est important de ne pas laisser glisser des choses qui

donnent des impressions qui ne correspondent pas à la réalité. J'essaie toujours de me situer, dans ces répliques, sur une base très factuelle, de ne pas donner des opinions que j'ai mais des faits. On me qualifie de technocratique quand je fais ça, mais, si ça donne une information plus rigoureuse, je n'ai rien contre le qualificatif, à ce moment-là.

Je voudrais aussi rajouter que, dans la Montérégie — mais là M. Boily pourra peut-être préciser, rectifier au besoin, je voudrais qu'il se sente à l'aise — il y a des difficultés, des ressources disponibles — ça s'applique peut-être pour le cas de la psychiatrie, qui est la question plus spécifique de la députée — où on est en déficit de certaines ressources pour peut-être plusieurs raisons, mais il y en a deux, entre autres, qui jouent assez souvent. Le fait que la population de la Montérégie s'est développée, dans les dernières années, rapidement — ça a été tout le problème de l'étalement autour de Montréal qu'on sait très bien et le développement des régions périphériques — donc les ressources n'ont pas toujours suivi et souvent sont restées à Montréal, géographiquement, plutôt que de suivre le déplacement de la population, ce qui a aussi — l'autre côté de la même médaille — gardé parfois une habitude, de la part des utilisateurs des services, d'aller à Montréal. Peut-être, des fois, pour certains services, que les gens, à la fin de leur travail, s'ils travaillent à Montréal, vont consulter à Montréal plutôt que dans leur région. Donc, il y a, avec le temps, un rajustement à faire pour développer les ressources dans la région, surtout quand on parle des ressources de première ligne, et pour que le comportement de ceux qui utilisent les services s'ajuste aussi et qu'on puisse s'ajuster avec leur comportement. Donc, ce n'est pas simple, simple comme situation.

Réorganisation des services de santé mentale en Montérégie

Bon, s'agissant plus spécifiquement de la santé mentale, je veux d'abord rappeler que les orientations ministérielles qui ont été annoncées il y a quelques semaines veulent aller plus loin pour corriger une situation de gens qui sont dans le milieu. On a parlé d'accélération ou de nouvelle étape de désinstitutionnalisation; ce n'est pas du tout ça dont il s'agit. La désinstitutionnalisation, elle est faite, elle a été faite il y a plusieurs années; en autant que je me rappelle, ça s'est fait dans la fin des années quatre-vingt. Je pense que c'est Mme Lavoie-Roux qui était ministre de la Santé et des Services sociaux, à l'époque. On sait qu'il s'est fait un programme, une stratégie, à la fin des années quatre-vingt, en 1989, pour développer beaucoup plus de ressources dans la communauté, en première ligne, pour appuyer cette désinstitutionnalisation et que l'application de cette stratégie, de ce programme, pour le moins, laissait à désirer. C'est l'évaluation qui en a été faite par le ministère, c'est aussi ce que nous a dit le Vérificateur général du Québec dans son dernier rapport.

Alors, là, ce qu'on fait par les nouvelles orientations, c'est de vouloir les développer. Il y a vraiment une volonté politique réelle et un lien qui s'est établi avec les régions pour s'assurer qu'on développe ces ressources-là,

parce que la seule autre chose qu'on peut faire des gens qui sont déjà dans la communauté... 80 % des gens qui ont une maladie mentale sévère et persistante sont dans la communauté ou dans la rue. Alors, ou bien on les ramène à l'hôpital ou bien on leur donne les ressources de soutien et d'aide pour qu'ils puissent vivre mieux dans la communauté et même retrouver un travail. Donc, il y a une action très réelle qui va se faire dans ce domaine-là et qui va être plus accentuée, bien sûr, dans les régions où le besoin est plus grand. Alors, ça, c'est où on en est de façon générale.

Maintenant, peut-être que M. Boily pourrait rajouter, si vous le permettez, des éléments encore plus spécifiques pour la santé mentale dans la région.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Complément de réponse, M. Boily.

M. Boily (Claude): M. le Président, je vais me présenter à nouveau: Claude Boily, directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. En santé mentale, on constate que c'est le deuxième programme le plus pauvre actuellement de la Montérégie, pour différentes raisons que le ministre vient d'expliquer — le programme encore plus pauvre, c'est la déficience physique — et il est donc de l'intention du conseil d'administration de la Régie de mettre des priorités pour venir supporter le développement du côté de la santé mentale.

Le problème de la psychiatrie a été soulevé — on a été sensibilisés également par le Dr Péloquin — sur la situation du nombre de psychiatres en Montérégie, accentuée ou aggravée par la démission d'un certain nombre de psychiatres qui sont retraversés à Montréal et par le problème particulier de la sectorisation qui fait que, bien sûr, nos citoyens ne peuvent être pris en compte par l'autre région. C'est un problème complexe, M. le Président, dont les acteurs, au niveau des solutions, sont nombreux, y compris les fédérations de spécialistes, le Conseil médical, le Collège des médecins, et on va travailler à tous les niveaux nécessaires pour tenter de nous doter, en Montérégie, des ressources nécessaires pour rencontrer les besoins de nos citoyens en état d'être aidés par les psychiatres.

● (16 heures) ●

Quant à l'impact Montréal sur la Montérégie, on a eu l'occasion, M. le Président, de dire au ministre qu'il s'agissait là d'une évaluation qu'il appartenait aux gestionnaires de faire. C'est notre responsabilité de nous assurer d'évaluer un flux de clientèle qui va avoir un impact sur, par exemple, nos hôpitaux de la couronne et de négociier, d'une certaine façon, bilatéralement, sur le plan administratif, avec les autorités de la Régie de Montréal-Centre les solutions qui tiendraient compte de ce mouvement de clientèle. Alors, nous sommes préoccupés par l'impact que le mouvement de clientèle peut avoir sur nos hôpitaux de la couronne. Nous avons déjà amorcé des discussions avec la Régie de Montréal-Centre, et je suis convaincu qu'entre gestionnaires, en nous centrant sur les

besoins de la clientèle, on trouvera les solutions qui répondront aux difficultés soulignées par Mme la députée.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie.

Mme Houda-Pepin: M. le Président, en signalant à M. Boily, qui est nouveau dans ses fonctions... en tout cas je pense que vous avez tout un défi à relever. Vous venez de constater vous-même qu'il y a des problèmes. Ils sont certes complexes et les solutions vous les cherchez du côté de Montréal. On peut s'entendre au moins sur un constat sur lequel tout le monde s'entend, c'est que Montréal n'a pas de ressources pour suffire à ses propres besoins; par conséquent, elle ne peut pas donner aux autres régions.

Dossier des centres jeunesse de la Montérégie

Ceci étant dit, je voudrais signaler aussi la question des centres jeunesse de la Montérégie. C'est un problème qui a fait les manchettes, qui a fait l'objet aussi d'une évaluation de la Commission des droits de la personne. J'ai eu l'occasion d'interroger le ministre à quelques reprises en Chambre et en débat de fin de séance sur cette question-là et j'ai fini par arracher un aveu à l'effet qu'effectivement il y avait un sous-financement pour les centres jeunesse de la Montérégie. Le ministre a fini par le reconnaître. La ministre de l'Éducation et ministre responsable de la Montérégie a fini par le reconnaître. Alors, aujourd'hui je souhaiterais que le ministre de la Santé nous dise quelles sont les ressources additionnelles qu'il entend mettre de l'avant pour solutionner les problèmes des centres jeunesse de la Montérégie.

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

M. Rochon: Oui. Deux choses rapidement, et je pense que M. Boily va m'aider à compléter la réponse et l'information. La députée dit que j'ai fini par admettre. Je n'avais pas eu l'impression de résister tant que ça, M. le Président, parce qu'on était d'emblée d'accord, me semble-t-il, que dans la région de la Montérégie les services pour les jeunes étaient un des secteurs où il y a une amélioration importante à faire.

Pour l'ensemble du Québec d'ailleurs on a mis cette année une priorité sur trois groupes de personnes dans notre société, les gens qui vivent avec un problème de toxicomanie, les personnes handicapées et les jeunes, où on va essayer de façon plus spéciale d'être vigilants pour s'assurer que les allocations de ressources qu'on peut rajuster à mesure qu'on avance tiennent bien compte, pour ces trois groupes là, de leur situation parce que c'est des gens qui ont plus de besoins et que dans certains cas, dans certaines régions, il y a plus de déficits effectivement dans les ressources. Ça, sur le constat, on est d'accord.

Maintenant, préciser une toute petite précision pour le jeu des calibres entre les deux régions. Là aussi l'ensemble des régies régionales travaillant avec le ministère

se sont donné des paramètres. Ce n'est pas fait à l'aveuglette, et on a ce qu'on appelle dans notre jargon une formule d'équité interrégionale qui permet de calculer l'enveloppe budgétaire de la région, qui maintenant est faite sur la base de la population. C'est une enveloppe qui a beaucoup évolué. Il y a quelques années, c'était fait en fonction des établissements; on additionnait tout ça ensemble en espérant que ça fasse un équilibre à peu près pour chaque région, correspondant à ses besoins, mais c'était très insatisfaisant.

Ça a été changé avec la politique de santé et bien-être, au début des années quatre-vingt-dix, par une approche de programme qu'on appelait quatre grands champs d'activités: santé physique, santé mentale, santé publique, intégration sociale et adaptation sociale. Ça a permis d'améliorer pas mal, mais ça a frappé la limite de ce que ça pouvait donner ça aussi. Maintenant on travaille sur une enveloppe dite population où vraiment on tient compte de la population, de sa structure démographique, en utilisant un indice de santé de la population. C'est ça qui nous permet de s'assurer qu'on rééquilibre entre les régions au besoin les enveloppes régionales pour que chacune ait sa part équitable. Donc, on ne risquera pas de menacer la population de Montréal par des ajustements de ressources qui pourraient se faire.

Maintenant, plus particulièrement pour les jeunes, je sais que la priorité en est une aussi pour la Régie régionale de la Montérégie et je vous demanderais de laisser M. Boily, s'il vous plaît...

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

M. Boily (Claude): M. le Président, j'ai vécu la première crise des centres jeunesse au printemps. C'était ma première, et peu de temps après mon arrivée, et bien sûr j'ai demandé, j'étais en étroit contact avec le ministère pour évaluer la situation dans son ensemble. J'ai demandé qu'on fasse un état de situation qui nous permette de poser des gestes tant par rapport aux exigences de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, qui ont soulevé le problème de nombreux jeunes en listes d'attente ou à des signalements non pris en cause, que pour à moyen terme permettre aux centres jeunesse de solutionner les problèmes des jeunes en Montérégie.

Le conseil d'administration a été sensibilisé à la situation au point où, lors de la dernière séance, il a voté des crédits d'avance pour permettre d'agir immédiatement, avant l'adoption des crédits en juin, de 1 000 000 \$, pour permettre de mettre en marche tout de suite, d'enclencher des solutions plus à court terme pour aider les centres jeunesse à solutionner la crise printanière. D'autre part, lors de la présentation au conseil plénier du mois d'avril et lors de l'adoption en juin, il est bien évident que, et à la demande du ministre et avec notre plein accord, puisqu'on fait la même évaluation, un des programmes qui seront mis en priorité sera le programme Jeunesse, et on recommandera au conseil d'administration d'injecter des sommes qui vont permettre graduellement...

On ne réglera pas tout le problème dans un an, puisque c'est au fur et à mesure que les ressources dont on devrait disposer nous arriveront qu'on pourra développer ce programme-là et l'amener à terme en étant comparable à ce qui se fait dans les autres régions du Québec. Mais la priorité qu'on va y accorder devra permettre d'éviter qu'une crise comme celle qu'on a vécue, on me dit depuis quelques années, ne se reproduise pas, et qu'en même temps la qualité des services... Parce que nos centres jeunesse sont extrêmement dynamiques; ils ont réussi à travailler avec des ressources très limitées et à produire des travaux extrêmement intéressants auprès de nos jeunes. Mais c'est une priorité que je partage, M. le Président, avec le ministre et avec Mme la députée de La Pinière.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. Je reconnais maintenant M. le député de Crémazie, qui sera suivi de Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne et Arthabaska.

Création du Centre hospitalier universitaire de Montréal

M. Campeau: Merci, M. le Président. Moi, j'ajouterai mes félicitations à celles exprimées par mon collègue de Fabre, qui reconnaissait la compétence, le courage du ministre et sa volonté, sa grande volonté de mettre de l'ordre dans le secteur de la santé tout en tenant compte des moyens financiers dont dispose le Québec. Je pense que là-dessus on doit toujours se souvenir dans quelle situation on est et de quelle situation on a hérité.

J'ai deux questions qui sont des sujets différents, M. le ministre. Une première, une qui me préoccupe plus particulièrement, c'est le développement économique de Montréal, et je le rejoins par le dossier des hôpitaux. Ce que je me demande, c'est dans la recherche — les hôpitaux, on me dit, vont faire de la recherche qui va être centrée, qui va être coordonnée, et Montréal comme vous le savez, je ne vous apprend rien, est un secteur qui est en plein développement de recherche médicale — qu'est-ce que ça va apporter, ça, à la région de Montréal en fait de développement économique?

M. Rochon: Les objectifs qui étaient à l'origine de la création des CHU rejoignent parfaitement les préoccupations du député de Crémazie, M. le Président. Il y avait un objectif de rationalisation de ressources là aussi autant pour la formation que pour la recherche de sorte qu'on ait de meilleures masses critiques et d'enseignants et d'internes et de résidents, mais aussi pour avoir une meilleure force en recherche parce que la recherche universitaire, et la recherche qui est faite dans les facultés de médecine, est essentiellement dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans les hôpitaux universitaires. Il y a des laboratoires de recherche sur les campus des universités; je ne saurais pas vous donner une proportion de mémoire, mais la très grande majorité est dans ces centres hospitaliers.

Alors, il y a donc un premier geste qui a été posé d'amener une fusion, comme on le sait, pour chacune des

universités, déjà de trois établissements universitaires, pour avoir quelque chose qui serait une masse critique suffisante pour que dans le domaine de la recherche on demeure et on soit de plus en plus compétitif au niveau international.

● (16 h 10) ●

À Montréal, si je ne me trompe pas, parmi les deux ou trois axes de développement économique de Montréal, le secteur de la santé a été identifié comme étant un de ces axes-là, en lien avec tout ce qui se fait comme recherche et développement — toute la R & D, comme on dit — dans le domaine pharmaceutique pour un exemple; je pense que c'est de l'ordre de 45 % de la recherche pharmaceutique qui est faite au Canada qui est au Québec et essentiellement au Québec, à Montréal ou dans la région du grand Montréal métropolitain.

J'ai eu l'occasion, en répondant à une autre question, de rappeler qu'on a vu récemment que le Québec se classe en dixième position en Amérique du Nord comme endroit où se développent les biotechnologies, recherche mais aussi entreprises de biotechnologie. Donc, le lien dans ce domaine-là a commencé à se faire entre ce qui se passe dans les laboratoires et ce qui peut en sortir comme produit pour devenir un produit commercialisable et éventuellement exportable. C'est le dixième en Amérique du Nord, et 40 % des activités commerciales en biotechnologie se font au Québec; je pense que là, Montréal a sûrement — je n'ai pas de chiffres, là — une très forte proportion de ça.

Donc, domaine pharmaceutique, domaine des biotechnologies, pour deux exemples, là, c'est deux secteurs où le lien... C'est là-dessus qu'on travaille présentement et c'est en rapport avec la mission commerciale que j'ai accompagnée en France il y a quelques semaines pour participer à une exposition européenne qui se tenait à Paris et où il s'est fait beaucoup de contacts entre une quarantaine d'entreprises québécoises qui faisaient partie de la mission et des entreprises françaises. Il y a une dizaine ou une douzaine d'accords de collaboration qui ont été signés à ce moment-là. Beaucoup de ces entreprises-là sont de Montréal ou de la région de Montréal.

On voit donc, là, tout ce qu'on est en train de mettre en place et de consolider pour que le lien recherche-développement et commercialisation soit très fort et que ça veuille vraiment dire quelque chose de réel dans le développement de Montréal. C'est des secteurs qui créent de l'emploi. C'est beaucoup des petites et des moyennes entreprises dans le domaine des biotechnologies; il y en a plusieurs. Dix petites entreprises qui engagent chacun 50 personnes, ça fait quand même 500 personnes. Il y a beaucoup, beaucoup de développement qui se fait présentement là-dessus.

Il y a un autre secteur qui est aussi important, qui est celui de l'instrumentation médicale et aussi le secteur des systèmes d'information. Il y a beaucoup de liens aussi entre les systèmes d'information et l'instrumentation médicale. Bon, pensons à tout le domaine de la télé-médecine, par exemple, qui est un cas de figure qui devient de plus en plus très présent au Québec.

Alors, on avait une situation où la recherche restait beaucoup dans nos laboratoires et des produits commercialisables qui restaient là parce que les gens ne voyaient pas le lien, des entreprises qui essayaient de partir en étant obligées d'aller importer des technologies d'ailleurs pour les commercialiser en manquant des opportunités qu'il y avait à côté d'elles. Et une grosse partie de notre action, c'est cette synergie qu'on est après renforcer pour que le réseau de la santé contribue à Montréal au développement économique et à la création d'emploi.

M. Campeau: Le fait d'unir les trois hôpitaux dans un CHUM, est-ce que ça veut dire que chacun des centres doit savoir ce que l'autre fait et qu'il n'y aura pas de double travail? Est-ce qu'il va y avoir un centre de recherche situé dans un seul immeuble ou si chacun va avoir son centre de recherche dans chaque hôpital?

M. Rochon: Bon, présentement, il y a d'abord, depuis septembre dernier, je pense, septembre ou octobre, un seul conseil d'administration pour le CHUM qui a trois pavillons, trois sites, mais une seule direction. Il y a quelques jours, on a choisi une nouvelle directrice générale de l'hôpital, qui est Mme Cléroux. Il y a maintenant un directeur de la recherche pour tout le CHUM, qui est le Dr Pavel Hamet. Et pour le développement il y aura un programme de recherche pour l'ensemble du CHUM.

Bon, les activités de recherche, ça ne veut pas dire nécessairement... Il n'y aura sûrement pas juste un laboratoire de recherche sur un seul des sites, parce que sur chacun des trois sites, il y a déjà des activités de recherche importantes, mais on va avoir là trois groupes de recherche qui vont faire partie du même programme de recherche et qui vont avoir pas mal plus d'encadrement pour se renforcer l'un et l'autre, se potentialiser, faire des rajustements d'un laboratoire à l'autre; ça sera à eux de décider. Et au lieu d'avoir trois hôpitaux qui compétitionnent entre eux, on aura un grand centre qui sera beaucoup plus fort sur la compétition nord-américaine et internationale.

M. Campeau: De cette façon-là, vous avez probablement entendu parler du scandale de la Société immobilière du Québec, avant qu'on n'arrive au pouvoir.

M. Rochon: Oui.

M. Campeau: Je vous lis, là, ce qui avait été... «D'une part, la Société a loué et acquis des locaux à un prix supérieur à celui du marché de l'époque et, d'autre part, elle a loué plus de locaux que nécessaire.» Ça, ça a été fait avant les élections. C'est parce que je veux faire une analogie avec ce que vous êtes en train de faire. À ce moment-là, le gouvernement avait acquis un excédent de bâtisses et il avait loué un excédent de bâtisses et, au lieu de louer à cinq ans, il louait à 20 ans; il favorisait quelques petits amis, là. Et ça ne veut pas nécessairement dire qu'ils étaient de mauvaise foi, ces gens-là qui étaient là.

Mme Loiselle: ... M. le Président, là...

M. Campeau: Ça ne veut pas dire qu'ils étaient de mauvaise foi, ces gens-là, mais...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...la pertinence, s'il vous plaît, et de permettre au ministre de répondre. Allez-y, M. le député, finissez...

Mme Loiselle: Tantôt, le... Un instant, là...

M. Campeau: Alors, ce que...

Mme Loiselle: ...parce que... M. le Président, juste un instant.

M. Campeau: Ce que je veux...

Mme Loiselle: Je n'ai rien dit tantôt...

M. Campeau: Est-ce que c'est moi qui ai la parole?

Mme Loiselle: ...mais le député de Fabre a traité les députés de l'opposition d'une gang de gars chauds. Là, maintenant le député de Crémazie est en train de dire que nous avons fait du patronage. J'espère qu'on va modérer...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je voudrais qu'on s'en tienne à...

Mme Loiselle: ...nos propos et ne pas être aussi partisans et politicien que ne vient de le faire le député actuellement.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Jusqu'à maintenant, ça va bien depuis hier. Je voudrais qu'on s'en tienne à la pertinence et qu'on continue dans les crédits sur la santé et la sécurité.

M. Campeau: Bon. L'exemple que je veux faire, M. le ministre, c'est que dans une coordination il faut que les gens... Vous parlez d'un conseil d'administration. Il faut que votre conseil d'administration ait du pouvoir de superviser parce que, si un conseil d'administration, comme l'exemple que j'avais souligné, si on ne lui fournit pas les détails nécessaires, il ne peut pas superviser une affaire. Alors, c'est là-dessus que je veux dire: Compte tenu de cette malheureuse expérience là, nous, comment va-t-on se prévaloir, comment va-t-on s'équiper pour pouvoir faire un bon travail et que ça ne tombe pas, avec les années, dans une... Autrement dit, qu'on ne s'en aille pas sur le conseil d'administration... que ça soit un événement social. Est-ce que les gens qui vont faire partie du conseil d'administration vont vraiment avoir du pouvoir et est-ce qu'ils vont exiger, contrairement à la Société immobilière du Québec, d'avoir tous les renseignements nécessaires pour bien gérer ce qu'ils ont à gérer? Parce que ça va faire quand même une grande organisation.

C'est vrai qu'il va y avoir un seul conseil d'administration, mais il va falloir que le conseil d'administration soit plus fort et qu'on l'informe bien.

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

M. Rochon: Alors, oui, M. le Président, je pense que je peux rassurer le député, la commission, que d'abord le conseil d'administration ayant les pouvoirs que reconnaît la loi de la santé et des services sociaux à un conseil d'administration d'établissement, ça lui donne tous les pouvoirs nécessaires pour gérer sa boîte, comme on dit, ou ses boîtes dans ce cas-là, si on fait référence aux trois campus.

Le conseil d'administration présentement est un conseil qu'on appelle provisoire, qui est une approche qu'on utilise beaucoup dans les quelques premières années de vie d'une organisation qui est le résultat de fusions d'établissements antérieurs, et il y a là-dessus des représentants, donc, qui viennent de chacun des trois pavillons, des trois anciens hôpitaux. Donc, il y aura au conseil d'administration l'information de ce qui se passe dans chacun des pavillons. L'université est aussi représentée sur ce conseil d'administration, et ceux qui viennent des établissements, c'est autant des médecins que des représentants des employés. Il y a donc autour de la table des gens qui eux-mêmes savent ce qui se passe dans l'ensemble de l'établissement.

Mais en plus de ça, le CHUM est après bâtir son équipe de gestion: il y a une directrice générale, il y a un directeur de recherche, il y aura un directeur financier, il y aura un directeur des immeubles, des espaces; je ne sais pas comment on l'appelait. Donc, l'équipe de gestion au niveau supérieur sera unique pour l'ensemble de l'établissement, et je leur fais confiance qu'ils vont pouvoir s'organiser avec le système d'information requis à l'interne pour avoir toute l'information et bien informer leur conseil d'administration. Et ça, ça se fait avec un encadrement qui est partagé entre la régie régionale et le ministère.

Pour toutes les fonctions de recherche-développement et les services surspécialisés, le ministère travaille très directement en collaboration avec les régies régionales universitaires, où il y a des universités, de sorte qu'on garde aussi une vision d'ensemble de l'ensemble du Québec, parce que dans plusieurs domaines l'équilibre doit se faire dans une région mais aussi pour l'ensemble du Québec. Alors, moi, je pense qu'on a les moyens, que la volonté est là aussi pour qu'on fasse une gestion très, très, très efficace, y compris celle des espaces, bien sûr.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne...

Mme Loiselle: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...vous avez une courte...

M. Campeau: Mon 20 minutes est-il fini?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Votre 20 minutes n'est pas fini. J'avais compris que vous aviez deux minutes.

M. Rochon: Deux minutes. Pourquoi?

M. Campeau: Ce que je...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est juste que, si on veut permettre à tout le monde...

M. Rochon: Oui, oui.

● (16 h 20) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...d'aller rapidement, mais, si vous en avez une autre...

M. Campeau: Bien, c'est vous qui décidez, M. le Président. Je voudrais continuer dans le même sens.

M. Rochon: On a encore 10 heures.

M. Campeau: Je voudrais m'assurer, M. le ministre. Vous avez dit: une directrice générale. Elle a des responsabilités, des fonctions. Vous avez dit: un conseil d'administration au-dessus. Il y a donc un président du conseil. Est-ce qu'il a des responsabilités ou si... Il n'est pas là par parole.

M. Rochon: Oui, oui. Puis, le président est en place avec son conseil depuis six mois.

M. Campeau: Bon. Puis vous me dites à part de ça: le ministère; le ministère intervient, le ministère a une certaine supervision.

M. Rochon: C'est-à-dire que le ministère travaille avec les CHU. Oui.

M. Campeau: Moi, tout ce que je veux, je veux que cet incident-là n'arrive pas. Alors, je l'amène comme exemple. Je pense que madame... je ne veux pas vous donner d'ordres, Mme Cléroux, mais je pense que vous auriez intérêt à lire ce rapport-là. C'est un vrai exemple de mauvaise administration. Puis, je ne calcule personne, je ne vise personne là-dessus. Je dis que c'est un mauvais événement, c'est un mauvais pas dans l'histoire du Québec, cette affaire-là. Bien, pour ne pas que ça se reproduise ou pour que ça aide à mieux gérer dans des choses comme ça, en ne vous accusant de rien, je dis que, si on est bien informé, on gère mieux. Et ça, c'est un cas d'administration où il y a eu des erreurs énormes. Il y a eu un laxisme dont il faut noter l'importance.

M. Rochon: Il est bien connu, je pense, M. le Président, en pédagogie qu'on apprend aussi beaucoup des mauvais exemples.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Je passe maintenant la parole à Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiselle: Merci, M. le Président. C'est sûrement l'arrivée du printemps qui fait que les députés ministériels parlent autant parce que, moi, depuis deux ans et demi à la commission des affaires sociales, je dois admettre que les députés ministériels ne parlaient pas beaucoup. Quand il y a eu le dépôt...

Une voix: C'est parce que vous ne nous écoutiez pas.

Mme Loiselle: Quand il y a eu le dépôt... vous n'étiez même pas là, vous. Quand il y a eu le dépôt de l'assurance-médicaments, on a été des heures en commission parlementaire. Les députés ministériels ne disaient pas un traître mot. Quand on a essayé de convaincre le ministre que les personnes âgées...

Mme Charest: M. le Président, point d'ordre.

Mme Loiselle: ...et les bénéficiaires de l'aide sociale, preuve à l'appui, subiraient les effets pervers d'une assurance-médicaments, les ministériels n'ont pas dit un mot.

On vient de traverser, M. le Président...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît. Je pensais que le temps était assez précieux pour qu'on le prenne pour parler de la santé et de la sécurité sociale. S'il vous plaît, je vous invite à revenir et non sur le comportement des députés.

Une voix: Point d'ordre.

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

M. Baril (Arthabaska): Mme la députée n'a pas le droit de présumer des choses de même. Moi, j'ai été cinq ans dans l'opposition, et, moi aussi, j'ai admiré le silence à 100 % des gens ministériels. Donc, il n'y a pas de reproche à faire. Vous n'avez pas de leçons à nous faire. Puis, les...

Mme Loiselle: C'est quel article, M. le Président?

M. Baril (Arthabaska): Je n'ai pas besoin d'article. On a le droit de prendre la parole comme on veut.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'ai compris la demande du...

Mme Loiselle: Vous l'aurez tantôt votre droit de parole, M. le député.

M. Baril (Arthabaska): Vous m'arrêterez, si vous voulez, mais j'aurai la gentillesse et la politesse de vous laisser parler.

Mme Loisel: Bien là, il va falloir ... un point, M. le Président. Je ne suis pas intervenue quand les députés ministériels ont parlé de tout et de rien. Alors, j'ai droit à mon droit de parole. Je veux parler de la loi sur l'assurance-médicaments. Je suis dans le contexte. Ça vous fait mal, hein, que je vous rappelle ce que vous avez fait?

M. le Président, ça leur fait mal de leur rappeler qu'ils n'ont rien fait pour défendre les personnes âgées et les personnes assistées sociales de leur comté. Ils ont été des muets à cette commission-là qui a duré des heures. Et là vous réagissez parce que les personnes âgées souffrent actuellement et vous vous réveillez, les ministériels du Parti québécois, parti social-démocrate. Alors, là, je continue, M. le Président...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît. Je pense que le temps est suffisamment précieux pour qu'on revienne à parler de santé et de sécurité et de services sociaux.

Mme Loisel: Je serais tentée de leur rappeler aussi qu'ils ont été très muets pendant deux mois quand on a fait la réforme sur l'aide sociale, M. le Président. Les députés ministériels ne parlaient pas beaucoup. Les députés ne parlaient pas beaucoup pour défendre les assistés sociaux.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît! Les échanges vont bien depuis hier. J'aimerais qu'on poursuive de la même façon.

Mme Loisel: M. le Président, tantôt les députés ministériels, quand ils ont pris la parole, ils ont commencé par féliciter le courage, la détermination du ministre de la Santé. Mais j'ai remarqué un point: ils n'ont pas parlé de sa compassion et de sa sensibilité envers les patients, envers les malades qu'il représente. Ça, ça m'a frappé.

Une voix: Il faut qu'on vous en laisse.

Modification de la présentation des crédits

Mme Loisel: Oui. C'est ça. Je pense que vous partagez peut-être, mais vous ne pouvez pas le dire. Une petite question avant d'arriver dans les choses plus précises. J'aimerais savoir par le ministre pourquoi on a changé... Premièrement, il y avait 10 programmes l'année passée. Je regardais les crédits de l'année dernière; c'était facile. On prenait la page des crédits, 10 programmes. On voulait savoir le budget des CLSC, on l'avait sous les yeux; le budget des organismes bénévoles, on l'avait sous les yeux. Mais là, on chambarde tout. De 10, on tombe à cinq, et ce qui est vraiment mignon, c'est qu'on change le langage. Là, on tombe dans des fonctions nationales, des fonctions régionales. Savez-vous quoi, M. le Président? J'ai même découvert, avec le nouveau langage — celle-là, je ne sais pas, vous n'aviez pas beaucoup dormi cette nuit-là, c'est très songé — une compression devient une contribution à la solidarité. Celle-là, je l'ai trouvée vraiment suave. Je me demandais où vous aviez pris ça.

Alors, je voudrais savoir pourquoi vous avez compliqué les choses comme ça...

M. St-André: Question de règlement, M. le Président.

Mme Loisel: C'est quoi, le niaisage, là, M. le Président?

M. St-André: Question de règlement, M. le Président.

Mme Loisel: Bien, là!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est quoi? Quelle est la question de règlement?

M. St-André: En vertu du règlement, je voudrais que vous rappeliez à la députée qu'elle doit s'adresser à la présidence lorsqu'elle intervient en commission.

Mme Loisel: Oh, quel point intelligent! Merci, M. le député.

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

Mme Loisel: Merci beaucoup.

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

Mme Loisel: Ça va être beau, ça, dans votre comté. Alors, M. le Président, j'aimerais savoir pourquoi on a décidé de modifier comme ça. Est-ce que c'est finalement pour rendre les choses plus compliquées? C'est parce que, moi, il y a des gens dans les établissements qui m'ont dit: On a regardé les crédits, là, puis ça a pris du temps avant de trouver où était notre élément à nous. Alors, j'aimerais vous entendre: Pourquoi vous avez compliqué les choses?

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

M. Rochon: Oui, bon, M. le Président, en parlant pour parler, il y a une nuance entre parler et dire quelque chose. Je me rappelle de la commission parlementaire sur l'assurance-médicaments. On a parlé beaucoup, mais, si l'opposition pense aujourd'hui qu'il y avait des améliorations qui auraient pu être faites, ils auraient pu parler pour dire quelque chose qui aurait pu nous amener un peu plus loin que l'article 1, où on est resté bloqué, M. le Président. Alors, c'est un peu tard pour y penser là, présentement.

Bon, revenant aux crédits, il n'y a pas de surprise, hein? Parce que, moi, j'ai annoncé au cours des deux dernières années, à l'étude des crédits, qu'on travaillait justement avec le Conseil du trésor pour changer la

présentation des crédits, dans le sens de ce qu'on a fait cette année finalement, pour que ça reflète plus ce qu'est la réalité, ce qu'est devenu la réalité du réseau de la santé et des services sociaux.

On avait auparavant une présentation des crédits qui était d'une dizaine de programmes dont la majorité étaient des catégories d'établissements, et ça correspondait à une époque où, comme je le disais tout à l'heure, le financement du réseau était fait par des établissements et des catégories d'établissements.

Ça a évolué. Ça a changé et, au début des années quatre-vingt-dix, comme je le rappelais — c'est tout relié, ça, avec la politique santé et bien-être — on a sorti de ça dans la réalité du fonctionnement et d'organisation des services de santé pour travailler sur les cinq grands champs d'activités de la politique santé et bien-être: santé physique, santé mentale, santé publique, intégration sociale et adaptation sociale.

Mais on est resté avec des crédits qui marchaient par classe d'établissements, alors que sur le terrain, dans la réalité, on finançait de plus en plus par champ d'activités où souvent plusieurs établissements pouvaient être impliqués dans un même programme ou travaillant pour une même clientèle.

La continuité des services et la complémentarité des ressources, c'est ça que ça veut dire. C'est qu'on ne laisse pas chaque établissement se faire son petit monde, comme ça a été à une époque révolue, et être plus ou moins en compétition avec l'autre établissement pour le territoire qu'il voulait défendre.

Moi, je me rappelle d'une époque où il y avait des débats épiques dans le réseau, M. le Président, à savoir qui avait dans sa mission de pouvoir faire un centre jour? Alors, ce n'était pas tellement une discussion qui tenait compte des besoins de la clientèle, parce qu'en fait un centre jour peut être bien fait par n'importe qui, que ce soit un CLSC, un centre de soins de longue durée ou un hôpital de courte durée, si c'est une façon de donner le service qui le rend plus accessible à la population. Alors, on avait vraiment des batailles de structures et tout était centré sur des structures d'établissements, comme les crédits le reflétaient. Mais la réalité a changé et les crédits n'avaient pas suivi.

Ce qu'on a présentement, c'est une présentation des crédits... Je comprends, là, que la première année, ça peut déranger puis il faut s'adapter à une nouvelle façon de faire, mais je pense qu'à l'usage très rapidement on va tous y trouver là une source de renseignements beaucoup plus significative, qui nous montre ce qui se passe vraiment dans le réseau.

Dans le réseau, pour comprendre comment ça marche et voir si les fonds sont bien utilisés et les regarder de façon critique lors de la révision des crédits, il faut regarder, par exemple, ce qui se passe au niveau de la première ligne et du territoire local d'organisation des services. La notion de territoire et de population a été carrément intégrée. On ne travaille plus seulement pour des clientèles; on sert toujours des clients ou des patients, mais on a aussi la vision de plus en plus d'informations et

une responsabilité de donner un établissement qui couvre une gamme complète de services en première ligne, par exemple, pour une population.

● (16 h 30) ●

Donc, quand on dit qu'on a des objectifs de prévention et de promotion de la santé, ça va au-delà de la rhétorique, là. On ne fait pas juste le dire. On en a, de la responsabilité, et on a des programmes et des activités qui servent la clientèle qui a des besoins immédiats, mais qui visent aussi la population, y compris ceux qui ne sont pas malades afin de leur rendre accessible ce qui peut être utile pour éviter qu'ils soient malades ou retarder le plus possible des occasions où ils ont besoin d'utiliser, comme client, le système de santé. Donc, si on veut vraiment savoir ce qui se passe, à partir des crédits qui sont présentés ici, on peut discuter, on peut donner toute l'information de ce qui se passe en première ligne, par exemple.

Au niveau de la région, dans les fonctions, ça fait partie de la région, la première ligne, il y a aussi quatre grands secteurs de services qui sont coordonnés plus directement sur l'ensemble de la région: ça, c'est tous les services de santé spécialisés, les hôpitaux; c'est tous les services à la jeunesse dont on a déjà parlés, autant la protection de la jeunesse que les services de réadaptation pour les jeunes en difficulté, où il y a une autorité pour l'ensemble de la région, ou deux, exceptionnellement; tout le domaine des services en réadaptation soit pour des problèmes de déficiences intellectuelles, ou des problèmes de déficiences motrices, ou sensitives; et, finalement, il y a des services pour les gens qui vivent avec un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme. Au niveau de la région, c'est ces quatre grands secteurs là.

Comme on l'a dit tout à l'heure, on a mieux identifié ce que sont des fonctions nationales, alors des secteurs comme la recherche et le développement en lien avec des partenaires privés qui peuvent développer plus d'activités avec les activités de recherche et de développement du réseau; les services surspécialisés qui couvrent plus qu'une région et une partie du territoire du Québec; et certaines autres fonctions qui ne se gèrent pas facilement à partir d'une région.

Et on a regardé comme deux programmes particuliers, parce qu'ils ont une enveloppe budgétaire qui leur est remise et dont ils sont responsables: l'Office des personnes handicapées pour ses fonctions, l'Office qui existe en fonction de sa propre loi; de même que la Régie d'assurance-santé qui gère un certain nombre de programmes, comme on le sait, tout ce qui regarde les services de santé et les services sociaux et certains autres programmes, services optométriques, dentaires, et le reste, qui a aussi un budget dont elle est responsable, qui a sa propre loi et son conseil d'administration, comme l'Office des personnes handicapées. Voilà deux autres programmes.

Et, finalement, les activités de recherche comme telles, qui recourent l'ensemble de tout le réseau, parce qu'il s'en fait dans les CHU, mais pas seulement là, même si le gros impact de recherche est fait dans les CHU, c'est devenu un autre programme.

Alors, si je peux me permettre un terme de mon ancien métier, c'est beaucoup plus physiologique, dans un sens, de présenter des crédits comme ça, parce que ça reflète le fonctionnement du réseau. Cette année, c'est pour ça que j'ai invité les directeurs généraux des régies régionales, qui sont, si vous voulez, par rapport au ministère, vraiment un peu comme des sous-ministres adjoints en région, là, si vous prenez l'image. Eux, ils sont des employés de la régie régionale, relèvent de la régie régionale, mais leur fonction, c'est vraiment la responsabilité de coordination sur l'ensemble d'une région et ils travaillent en étroite collaboration avec les sous-ministres adjoints qui ont une responsabilité plus transversale pour un secteur.

Alors, je rappelle ça parce qu'il faut évidemment, pour ça, connaître le réseau un peu ou apprendre à le connaître, savoir comment il fonctionne, de sorte qu'on puisse avoir des questions, des critiques, des discussions, des suggestions qui correspondent au fonctionnement du réseau aujourd'hui et non pas à son organisation telle qu'elle était il y a 10 ans. Alors, c.q.f.d., M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée.

Mme Loiselle: Oui, M. le Président. Au goût du ministre, c'est peut-être plus physiologique, mais c'est beaucoup moins limpide, en tout cas. C'est beaucoup moins limpide.

M. Rochon: Bien, je ne pense pas, M. le Président. On va s'y habituer, à voir ce qu'il faut y voir. D'année en année, on va pouvoir donner peut-être aussi l'information plus précise connaissant le type de questions qui sont posées. Mais il n'y a sûrement pas là, M. le Président, une intention de vouloir que l'information soit moins accessible; au contraire, c'est de la rendre non seulement plus accessible...

Mme Loiselle: C'est vous qui le soulevez. Moi, je n'en ai pas parlé.

M. Rochon: ...mais aussi significative. Parce que, si on veut savoir ce qui se passe vraiment, ce n'est pas surtout de discuter le budget d'un CHSLD, d'un centre hospitalier de soins de longue durée, qui va nous informer là-dessus, c'est ce qu'on fait pour les personnes âgées, par exemple. Et ça, il faut parler du CHSLD...

Mme Loiselle: On va en parler de ça, M. le ministre.

M. Rochon: ...mais en en parlant avec ce qui se fait dans le maintien à domicile, parce que c'est en lien, et en en parlant avec quels autres services peuvent être rendus par des groupes communautaires qui sont financés par le programme de soutien aux organismes communautaires. Là, on peut comprendre mieux ce qu'on fait pour les personnes âgées. Et c'est la même chose pour d'autres groupes ou d'autres clientèles.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée, prochaine question.

Réallocation de crédits aux organismes communautaires

Mme Loiselle: Dans votre cahier explicatif des crédits, j'aimerais savoir, à la page 12, au programme 2, élément 2, Fonctionnement des établissements de santé et de services sociaux, dans vos réaménagements budgétaires, vous parlez: Réaménagements de crédits aux organismes communautaires découlant des orientations privilégiées par les plans de transformation au chapitre du maintien à domicile, de la santé mentale et des actions de promotion de prévention. Vous dites qu'il y a une diminution de 26 168 000 \$.

Là, si on s'en va dans la page suivante, au programme 3, où certains députés se sont vantés qu'il y avait une augmentation dans le soutien des organismes communautaires, on retrouve exactement le même paragraphe et on dit qu'il y a 26 168 000 \$ de plus pour le soutien des organismes communautaires.

Moi, quand je regarde ça, M. le Président, je dis qu'on déshabille Paul pour habiller Pierre, parce que, finalement, vous retirez à un programme pour donner à l'autre. Alors, expliquez-moi ça, s'il vous plaît.

M. Rochon: Je vais essayer de m'assurer que j'ai bien compris la question, là. Une petite seconde, M. le Président.

(Consultation)

M. Rochon: M. le Président, effectivement on a enlevé à un pour donner à l'autre. On peut appeler ça «déshabiller Pierre pour habiller Paul», mais on peut appeler ça aussi «réallouer des ressources et des crédits en fonction des priorités qu'on s'est données et en fonction des services qu'on veut développer justement pour répondre à des besoins et à des populations».

Alors, là, ce n'est pas important... Vous voyez la différence. Si on regarde du point de vue de la population et de la clientèle, ce n'est pas tellement important que l'argent soit dans une boîte ou dans l'autre ou à un item budgétaire ou à l'autre item budgétaire. Si on prend ça du côté de la structure, comme l'a fait la députée en posant sa question, elle a dit: On a enlevé un budget à des hôpitaux, à des établissements pour le donner aux organismes communautaires, alors, ça, ça nous fait une bataille de structures et on peut se chicaner là-dessus.

Mais ce n'est pas comme ça que ça marche dans le réseau, là. Ce qui est important, c'est les services à la population, aux clientèles qui ont besoin de services. Alors, si on en arrive à conclure que le type de services qu'on veut donner peut être mieux fait et qu'il y a plus d'activités qu'on veut avoir faites par les groupes communautaires plutôt que d'autres genres d'activités, bien on va réallouer des ressources. On en réalloue de plus en plus au niveau de la première ligne, au niveau du maintien à domicile, au niveau des organismes communautaires.

Les organismes communautaires, avant qu'on ne commence la transformation, avaient un budget global qui était un peu inférieur à 100 000 000 \$. Là, il est rendu, cette année, dans les crédits, à 154 000 000 \$. C'est une légère augmentation qui correspond aux objectifs qu'on s'était donnés, de donner plus de ressources là. Alors, voilà la signification que ça prend: réallouer en fonction de populations et de besoins, ce n'est pas déshabiller Pierre ou habiller Paul; c'est de mettre l'argent à la bonne place, avec les bons intervenants pour rendre les services qu'on veut rendre compte tenu des objectifs qu'on s'est fixés. Voilà la signification des crédits présentés comme ça, M. le Président.

Mme Loisel: Ça touche le maintien à domicile. Alors, ce que vous enlevez à Paul, est-ce que c'est Paul, est-ce que c'étaient les CLSC...

M. Rochon: Non.

Mme Loisel: C'était qui? Ce que vous enlevez pour donner aux organismes communautaires.

M. Rochon: Paul et Pierre font du sens si c'est des clients...

Mme Loisel: Mais à qui vous l'avez retiré?

M. Rochon: ...des patients ou de la population.

Mme Loisel: Oui, oui, je le sais.

M. Rochon: Pierre et Paul, qui est un intervenant qui donne le service, si on le passe de un pour le donner à l'autre qui va donner un meilleur service...

Mme Loisel: Bien, ce n'est pas...

M. Rochon: ...on n'a rien enlevé au client. Non, mais...

Mme Loisel: Je comprends. M. le Président, si vous enlevez aux CLSC pour donner aux organismes communautaires, il y a un problème là.

M. Rochon: Pourquoi il y a un problème là, M. le Président? Est-ce qu'on peut m'expliquer le problème?

Mme Loisel: Parce que, déjà, vous ne leur donnez pas assez, aux CLSC, avec votre virage ambulatoire.

M. Rochon: Non.

Mme Loisel: Vous leur donnez des responsabilités supplémentaires, mais pas les investissements qui vont avec. Là, si vous me dites que, pour le maintien à domicile, vous enlevez aux CLSC pour donner aux organismes communautaires...

M. Rochon: Non, non.

Mme Loisel: C'est ça que je veux savoir: À qui vous retirez le 26 000 000 \$?

M. Rochon: M. le Président, on va réexpliquer...

Mme Loisel: C'est ça que je vous demande.

M. Rochon: ...parce que, là, on ne comprend pas, là. Je suis d'accord qu'il faut donner plus aux CLSC. Il y a des transferts qui ont été faits aussi des hôpitaux vers les CLSC, il y a ça aussi qui a été fait. Mais qu'on fasse des transferts de ressources vers les CLSC qui viennent de différentes sources et de différentes sources aussi des CLSC, selon le type de services et de personnel qui est impliqué, vers les organismes communautaires, c'est justement le genre de bataille et de chicane qu'on n'a plus dans le réseau, maintenant.

● (16 h 40) ●

Les gens veulent en avoir plus pour donner plus de services, ça, c'est sûr, mais dans la répartition des ressources qui sont disponibles. On est obligé de travailler avec ce qu'on a, là. Alors, pour en donner plus, il faut en donner plus à tout le monde, il faut en avoir plus. Et ça, on pourra revenir dans cette discussion-là aussi, le comment graduellement on va pouvoir stabiliser nos budgets et même en avoir plus et réinvestir dans le domaine de la santé éventuellement, quand on sera sorti du pétrin dans lequel on est.

Mais, actuellement, ce qui est important, c'est de répartir aux meilleurs endroits possible pour que la population, les clients reçoivent le service qui est le plus adéquat et le plus important pour eux par ordre de priorité. Alors, ce n'est pas question d'appauvrir un établissement ou un autre pour enrichir l'autre, c'est d'équilibrer, encore une fois, les personnels, les ressources, les budgets le mieux possible pour faire le mieux possible avec ce qu'on a.

Mme Loisel: Ma question, elle est simple. Moi, tout ce que je veux savoir, c'est: Dans votre 6 168 000 \$, est-ce que vous en retirez aux CLSC pour la maintien à domicile pour donner aux services communautaires ou si les CLSC ne sont pas touchés par ce budget-là? C'est ça que je veux savoir. Parce que, pour le maintien à domicile, M. le Président, le meilleur endroit — c'est les mots du ministre — c'est les CLSC. Alors, déjà qu'ils n'ont pas assez pour le maintien à domicile, si le ministre est en train de me dire qu'il leur retire de l'argent en faisant le transfert aux services communautaires, il y a un problème.

M. Rochon: Alors, là, je n'ai pas l'information détaillée. Ce que je peux vous dire, sur la base d'informations que j'ai, il semble que la... Attendez une seconde.

(Consultation)

M. Rochon: Alors, très majoritairement, me dit-on, me confirme-t-on, les réaménagements de crédits du 26 000 000 \$ viennent d'établissements hospitaliers plutôt que de CLSC. Pour les CLSC, dans la réallocation qui a été faite, il y a eu un ajustement, une augmentation pour la mission des CLSC qui a été donnée, de l'ordre de 66 000 000 \$ de plus dans les CLSC. C'est 26 000 000 \$ dans les groupes communautaires. Donc, pour les deux, il y a eu une augmentation des crédits qui leur sont alloués.

Mme Loisel: Quel est le budget pour les CLSC, 1997-1998? L'année passée, c'était...

M. Rochon: On peut revenir dans la discussion des anciens crédits, mais...

Mme Loisel: Non, non, 1997-1998.

M. Rochon: Ah! C'est ça. Là, c'est qu'on revient dans ce qui était l'organisation des crédits de l'année passée par classes d'établissements. Là, les crédits ne sont pas organisés comme ça.

Mme Loisel: C'est pour ça que j'aimerais savoir c'est quoi, le budget, parce que, moi, je n'ai pas pu le retrouver à cause de votre nouvelle façon de fonctionner.

M. Rochon: Vous, vous marchez encore par classes d'établissements plutôt que par réseau intégré de services. Nous autres, on parle d'un réseau intégré de services.

Mme Loisel: J'aimerais savoir combien les CLSC vont recevoir cette année comme budget. Je pense que c'est important.

M. Rochon: On peut rechercher l'information de combien l'ensemble des CLSC va... puis on peut vous donner ça.

Mme Loisel: Ça doit être facile à trouver.

M. Rochon: Mais retenez bien encore une fois que le débat n'est plus là: Combien aux CLSC? Combien aux groupes communautaires? Mais c'est une information que je vais voir si on l'a, tout de suite.

Mme Loisel: En quelque part, quand tu veux boucler ton budget, je pense que c'est important que ça fonctionne encore un peu comme ça.

M. Rochon: Alors, j'ai une information ici. Les crédits, si on recoupe, pour l'ensemble des CLSC, pour 1997-1998, vont être de l'ordre de 924 000 000 \$ et des grenailles comparativement à 1996-1997 où ils étaient de l'ordre de 784 000 000 \$.

Mme Loisel: Parfait, merci. J'aimerais savoir, l'année passée, dans les crédits, vous avez dit que, dans

votre plan de transformation, il y avait 105 000 000 \$ pour le maintien à domicile. Parce que j'ai lu les crédits de l'année passée, les échanges que vous avez eus. Vous avez dit qu'il y avait 105 000 000 \$ dans le maintien à domicile: l'année 1995-1996, 22 500 000 \$; 1996-1997, 50 000 000 \$; 1997-1998, 30 000 000 \$. Est-ce que vous parliez, à ce moment-là...

M. Rochon: Pour le maintien à domicile?

Mme Loisel: Oui. C'est ce que vous avez dit.

M. Rochon: Qu'on avait diminué de 105 000 000 \$ à 30 000 000 \$ en maintien à domicile? C'est ça que vous êtes...

Mme Loisel: Non, non, non. Que vous mettiez 105 000 000 \$ répartis de la façon suivante: 1995-1996, 22 500 000 \$; 1996-1997, 50 000 000 \$; puis vous aviez dit, pour la troisième année, 1997-1998, 30 000 000 \$. Est-ce que vous parliez, à ce moment-là, d'argent neuf ou...

M. Rochon: Ha, ha, ha! De l'argent neuf, M. le Président! À quelle place la députée pense qu'on va prendre ça?

Mme Loisel: Mais c'est vos paroles à vous, là, en commission parlementaire. Je vais vous sortir les galées.

M. Rochon: Non, non. De l'argent neuf en maintien à domicile, peut-être, mais c'est de l'argent réalloué.

Mme Loisel: Bon, bien, c'est ce que je vous dis. Pourquoi vous riez? C'est vos paroles à vous dans les galées de l'année passée.

M. Rochon: Non, non. De l'argent neuf. Il n'y a pas d'argent neuf dans le réseau de la santé et des services sociaux, qu'on se comprenne bien. On réorganise, on réaloue et on rééquilibre. C'est pour ça que je vous dis que ça ne peut pas être de l'argent neuf. De l'argent neuf, là, ce serait de l'argent neuf dans le réseau de la santé et des services sociaux, comme il a pu se faire cette année pour les projets d'économie sociale où, sur le budget de 80 000 000 \$ qui a été alloué à la suite du Sommet sur l'économie et l'emploi, il y en aura 72 000 000 \$ ou 75 000 000 \$ qui seront pour des entreprises d'économie sociale dans le domaine de l'aide domestique. Ça, ça va venir rejoindre des activités qui complètent ce qu'on fait avec les CLSC et des groupes communautaires et ça va être de l'argent neuf dans le secteur.

C'est pour ça que je réagissais, parce que ce n'est pas de l'argent neuf. Il faut vraiment qu'on réaloue, ce que vous appeliez «déshabiller Pierre pour habiller Paul». Mais, nous, ce qui est important, c'est qu'on mette l'argent à la bonne place pour que le client ait un meilleur service.

Là, ce qu'on me pose comme question, M. le Président, il faudrait que je vérifie, parce que je vois que la députée travaille dans le cadre des crédits comme on les avait structurés l'année passée. Alors, je peux refaire les ajustements...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça peut être vérifié et remis à la commission.

M. Rochon: ...et je vais vous revenir là-dessus.

Mme Loisel: Moi, j'ai pris pour acquis que ce que vous avez dit l'année passée, ça avait une certaine vérité. Alors, c'est pour ça que...

M. Rochon: Ah! C'est ce qu'on essaie, d'être constant, et, comme a déjà dit notre premier ministre...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, la question est posée et elle sera répondue dans les prochaines...

Mme Loisel: Ne citez pas le premier ministre sur ça.

M. Rochon: ...on dit ce qu'on pense et on fait ce qu'on dit, en général.

Mme Loisel: Oui, c'est ça. Ce n'est pas le bon cité, ça.

M. Rochon: M. le Président, un élément d'information pour tout de suite. On voit que ces données auxquelles j'avais fait référence étaient l'addition des montants de transfert qu'on retrouvait dans les plans de transformation de l'ensemble des régions. Alors, quand on regardait les plans de transformation des régions qui prévoyait première année, deuxième année, troisième année, c'est ce qu'il était prévu, ce que chacune des régions avait décidé de faire avec son enveloppe régionale.

Je peux vous dire — mais je n'ai pas cette information-là présentement — qu'on s'est donné un certain nombre d'indicateurs communs à toutes les régions, avec lesquels le ministère travaille aussi. Et le maintien à domicile, la croissance des ressources en maintien à domicile est un de ces indicateurs-là. On s'assure de suivre à chaque année pour être sûr que, dans l'ensemble des régions, on réalise ce qu'on a dit qu'on ferait dans les plans de transformation.

Alors, ce que j'ai dit l'an passé est toujours la réalité et j'ose espérer que, si ces chiffres-là peuvent changer, ce sera plutôt à la hausse qu'on pourra les changer.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dernière intervention, Mme la députée, avant de passer la parole à un autre député. Est-ce que vous avez une autre question?

Mme Loisel: C'était sur le sida. Est-ce que mon temps est limité si j'embarque sur ce sujet-là?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous aimez mieux... On peut passer au député d'Arthabaska et on reviendra.

Mme Loisel: C'est parce que mon temps est limité?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Bien, j'essaie autant que possible de garder des blocs. On a sept minutes de questions et 18 de réponses.

Mme Loisel: Je vais continuer. Toujours à la page 13 de votre cahier explicatif, on retrouve le même système pour les mesures reliées au sida. Activités connexes, vous parlez, pour les organismes communautaires, de 2 994 000 \$. Au programme 2, élément 4, Activités connexes, là il y a une diminution dans le réaménagement budgétaire; alors c'est votre réallocation que vous m'avez expliquée tantôt. Mais, quand on va un petit peu plus loin, l'autre tableau...

M. Rochon: Quelle page?

• (16 h 50) •

Mme Loisel: ... — page 15 — dans les mesures reliées au sida, on se rend compte qu'il y a eu une perte, une diminution de 1 800 000 \$. Parce que, là, M. le Président, j'aimerais rappeler au ministre qu'au niveau d'un problème pour les sidéens vous rappeliez même dans un de vos communiqués que les hommes et les femmes qui sont atteints du sida, c'est la première cause des décès entre 20 et 49 ans. Puis là je me demande si vous êtes en train de diminuer le budget, parce que, quand vous allez à la description Mesures reliées au sida, il y a une diminution de 1 800 000 \$. J'aurais de la difficulté à concevoir que vous admettiez une diminution de budget quand vous savez que cette problématique-là, elle est mortelle et que ça touche les jeunes, les jeunes adultes.

M. Rochon: O.K. Une petite vérification, s'il vous plaît.

(Consultation)

M. Rochon: M. le Président, je pourrais avoir plus de détails techniques pour la concordance des chiffres, mais je peux vous confirmer l'information suivante. Après vérification, dans les crédits de 1997-1998, il n'y a pas de diminution des argents donnés aux groupes communautaires. Je ne suis pas sûr, là, que je peux vous expliquer le fin détail du jeu budgétaire, mais ce que vous avez vous-même identifié à la page 13, le 2 900 000 \$, quasiment 3 000 000 \$ en fait, c'est un réaménagement budgétaire qui a été fait dans les fonctions régionales au niveau du sida. Donc, ce qui a l'air d'une diminution n'en est pas une, c'est en partie... Mais, encore là, on va vous expliquer le détail du chiffre.

Sous peu, ce qui n'est pas reflété dans les crédits, parce que les crédits, encore une fois, j'ai compris que c'est une photo instantanée à un moment du réseau, avant l'été au plus tard, on va pouvoir rendre publique la phase IV du programme sur le sida. Je ne peux pas vous donner de détails tout de suite, tout n'est pas fini, mais je peux sûrement dire qu'il y aura des bonnes nouvelles là-dedans pour ce qui est des gens qui ont le problème du sida et aussi pour les activités qui sont faites par les groupes communautaires dans ce domaine-là. Essentiellement, actuellement, on a plutôt une situation stable. On continue de la même façon, mais avec amélioration qui va venir avant l'été avec la phase IV du programme sur le sida.

Mme Loisel: Mais vos chiffres dans votre cahier ne parlent pas comme ça. Parce que, si vous appliquez le même principe que vous venez d'appliquer au maintien à domicile, au programme 3, les mesures reliées au sida, vous avez le 2 900 000 \$ qui apparaît là pour le soutien des organismes communautaires, mais, si on s'en va dans les activités connexes, c'est une diminution de 2 900 000 \$. Un peu plus loin, dans vos activités connexes détaillées, il y a une perte, une diminution de 1 800 000 \$ pour les mesures reliées au sida. Alors, il y a une diminution dans le budget qui était alloué aux organismes qui oeuvrent auprès des sidéens.

M. Rochon: On va revenir là-dessus pour expliquer le jeu des chiffres. Je ne peux pas vous l'expliquer présentement. Il y a du réaménagement, mais ce qu'on me confirme, c'est essentiellement du réaménagement des crédits vu qu'on a changé la méthode, la forme de présentation des crédits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si je comprends bien, vous allez faire parvenir à la commission des...

M. Rochon: Mais, si on peut revenir là-dessus, là... Je vais avoir besoin d'aide moi-même pour vous donner l'explication technique.

Mme Loisel: Oui, puis je veux juste attirer, M. le Président...

M. Rochon: Comme je vous dis, ce que j'ai comme information, on a une situation stable présentement et ce qui va être vraiment significatif pour ce secteur-là, c'est la phase IV du programme qui va sortir dans quelques semaines, avant le mois de juin.

Mme Loisel: Je comprends qu'il y a la phase IV qui va être annoncée, qu'il va sûrement y avoir des bonnes nouvelles, comme le ministre le dit, dedans, mais ce qu'on voit ici, quand on regarde les crédits 1996-1997, il y avait 13 266 000 \$. Ce sont vos chiffres. Crédits...

M. Rochon: Non, non, mais c'est ce que je vous dis. Si vous voulez être patiente, on va revenir pour vous expliquer ça.

Mme Loisel: C'est parce que je trouve ça drôle qu'il y ait quand même 2 000 000 \$ de différence dans le budget puis que personne n'est capable de me l'expliquer.

M. Rochon: Non, non, on va...

(Consultation)

M. Rochon: Il y a peut-être déjà un bout d'explication, même si on n'a pas tout, qui pourrait...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Cléroux, sous-ministre adjointe, vous pouvez l'expliquer? Une partie.

M. Rochon: Voilà.

Mme Cléroux (Cécile): Alors, dans le moment, on est en train de vérifier, on va vous donner l'information détaillée. La différence que vous voyez entre le tableau de la page 15 et les informations de la page 14 qui se retrouvent aussi à la page 13, ce sont des additions de chiffres. Quand on agrège nos données, on ne répète pas à chacune des pages les mêmes informations, d'une page à l'autre, dans leur détail. C'est les mêmes montants, au global, mais dans leur détail. Alors, là, dans le moment, je n'ai pas l'information de base, on est parti la chercher. On va être en mesure de vous expliquer la différence entre le 1 800 000 \$ que vous retrouvez à la page 15 et ce que vous retrouvez, le même chiffre, en plus ou en moins entre la page 14 et la page 13. Actuellement, malheureusement, je ne pourrai pas vous l'expliquer, mais il n'y a pas de diminution d'argent, c'est des sommations qui font la différence entre les deux chiffres puis on va pouvoir vous documenter dans quelques minutes.

Mme Loisel: Merci.

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

M. Baril (Arthabaska): Oui, M. le Président, je vous remercie de me donner la parole. J'ai trois, quatre sujets d'ordre général à discuter ou à échanger avec le ministre. D'abord, j'aimerais aussi faire un peu un constat de la situation au niveau, bien entendu, des personnes malades, des personnes âgées, des personnes sur la sécurité du revenu, comme malheureusement il y a dans mon comté, comme dans tous les comtés du Québec et qu'il y en a évidemment trop.

La semaine dernière, voilà 15 jours, deux semaines peut-être, parce que le temps passe vite, j'ai eu je dis bien la chance d'avoir la visite d'une soixantaine de personnes, des bénéficiaires de l'aide sociale, de la sécurité du revenu. Elles sont venues à mon bureau me faire part de leurs préoccupations, de leurs ennuis. Je dis que je suis fier de les avoir rencontrées parce que j'aime toujours... D'abord, je suis un gars assez... j'aime être disponible pour mon monde et j'ai toujours comme principe de dire:

Il faut être avec notre monde pas juste quand ça va bien, il faut être là quand ça va mal aussi. C'est un principe que j'ai toujours appliqué et que je me suis efforcé de respecter.

Ces personnes-là, bien entendu, sont venues me rencontrer, elles avaient plusieurs revendications, comme tout le monde les connaît, tous les députés en cette Chambre connaissent les revendications de ces personnes-là qui sont dans une situation défavorisée. Je les ai écoutées, mais je leur ai dit aussi: Je comprends que ce que je vais vous dire, ça ne réglera rien à votre problème. Ça, j'en suis bien conscient, que ça ne réglera rien à votre problème.

Mais je leur ai parlé qu'il n'y a pas juste le gouvernement du Québec qui est responsable de la situation actuellement que l'on vit. Je leur ai rappelé qu'au mois d'octobre 1995, lors du dernier référendum, il y avait encore trop de personnes qui défendaient, qui préconisaient de rester dans ce beau et grand pays qu'est le Canada parce que c'était avantageux pour nous d'y rester et d'y demeurer. Je leur ai souligné que, depuis deux ans, plus de 2 000 000 000 \$ de paiements de transfert que le gouvernement fédéral nous a envoyés à nous, comme responsabilité, le gouvernement du Québec. Je ne me souviens pas des montants, le ministre doit sans doute le savoir, mais il y a une très large partie de ce montant-là, de cette somme-là de plus de 2 000 000 000 \$, qui était justement pour les services des soins de santé puis la sécurité du revenu. Encore une fois, j'ai dit: Ça ne règle pas votre problème, mais les faits sont là.

● (17 heures) ●

Aussi, le gouvernement fédéral a fait une réforme de l'assurance-chômage qui coûte aussi au gouvernement du Québec une fortune, parce qu'on sait que l'admissibilité à l'assurance-emploi, je pense qu'il appelle ça aujourd'hui — imaginez-vous, l'assurance-emploi, ils ont changé le nom, mais ils ont changé les critères avec — de mémoire encore, je pense que le gouvernement du Québec, selon l'évaluation qu'il avait faite, nous coûterait 240 000 000 \$ de plus, environ, par année — je peux me tromper — 240 000 000 \$ de plus par année. Pourtant, ce même gouvernement fédéral là n'a pas diminué nos taxes et nos impôts pour autant; on continue à payer pareil au niveau du gouvernement fédéral.

Donc, quand on vient nous dire que... C'est évident, c'est beaucoup plus facile d'aller rencontrer le député du Québec, parce qu'il est plus proche des citoyens. Pas parce que les députés fédéraux ne sont pas proches des citoyens, mais le député du gouvernement ici, à Québec, c'est lui qui a à répondre à toutes les multitudes de programmes qui touchent le citoyen, tandis que le député fédéral, malgré la bonté — je ne veux pas discuter de la bonté de la personne — il a beaucoup moins de responsabilités terrains que n'importe quel député au niveau du gouvernement du Québec. Et ça, quand je dis ça, je vous le dis, je ne veux absolument pas dire ça pour déprécier le travail que les députés fédéraux font, mais la situation, elle est quand même exacte.

Donc, ils ont évidemment beaucoup de moins de manifestations ou d'informations qui leur sont transmises.

Vous savez aussi, également, que c'est rare que les municipalités, les maires vont aller voir leur député fédéral, c'est assez rare qu'elles vont aller les voir parce que la plupart de tous...

M. Paradis: ...

M. Baril (Arthabaska): Oui, mais, avec le programme des infrastructures, vous savez que le dernier mot est pas mal au niveau du gouvernement du Québec.

M. Paradis: Sauf le volet 4.

M. Baril (Arthabaska): Sauf le volet 4. Oui, vous avez raison, mais en tout cas. Moi, je vais vous dire que mon comté a bénéficié beaucoup du dernier programme d'infrastructures...

M. Beaudet: Il en a trop eu.

M. Baril (Arthabaska): ...et j'entends l'en faire bénéficier encore le plus possible.

M. Paradis: Sous un gouvernement libéral.

M. Baril (Arthabaska): Ah! Mais ça ne fait rien. Vous savez, rouge ou bleu, c'est le même argent, c'est les mêmes programmes.

M. Paradis: C'est vrai.

M. Beaudet: Il peut bien ne plus y en avoir pour nous autres, il a tout pris.

M. Baril (Arthabaska): Pour une fois qu'on a pu profiter de l'argent d'une partie de nos taxes, de nos impôts qui nous arrivaient chez nous, soyez assurés qu'à cette occasion-là j'essaie de sauter dessus, parce qu'il nous en est assez enlevé malgré nous autres que, quand on nous en propose, on en profite.

M. Paradis: 10 000 000 000 \$ d'écart, Campeau va vous expliquer ça.

M. Baril (Arthabaska): Donc, aussi, je leur ai expliqué tout le temps en leur disant: Je sais que ça ne règle pas votre problème, mais, nous, nous avons à vivre avec ça. Le ministre l'a dit, beaucoup de députés le répètent: Avec la situation financière dont nous avons hérité en 1994 quand nous avons pris le pouvoir, tout près de 6 000 000 000 \$ de déficit, avec une dette aux alentours de 80 000 000 000 \$, ça coûte au gouvernement du Québec, par année — j'arrondis les chiffres, là — entre 6 500 000 000 \$ et 7 000 000 000 \$ en service de la dette. C'est quelque chose. Je sais que j'aurais un bon informateur à côté de moi, l'ancien ministre des Finances. Il va sortir son petit papier, lui, il garde tout ça sur lui. Regardez, environ 7 000 000 000 \$ que ça coûte pour le service de la dette. C'est énorme, c'est beaucoup d'argent, vous savez.

Aussi, je suis président de la commission du budget et de l'administration qui a la chance de rencontrer le Vérificateur général sur toutes les vérifications qu'il fait ou les informations qu'il nous fournit dans son rapport annuel. Depuis 1976 que je suis ici, membre de cette Assemblée — j'ai sauté quatre ans, je suis allé prendre l'air un peu, ça m'a fait du bien, ça a été la meilleure décision de ma vie que j'ai prise...

M. Paradis: La pire, c'est de revenir.

M. Baril (Arthabaska): ...oui, c'est ça, mais, de toute façon — j'ai toujours lu avec beaucoup d'intérêt le rapport que le Vérificateur général a livré à chaque année. La semaine dernière encore, le Vérificateur a justement remis un rapport au président du Conseil du trésor, et le titre du journal d'aujourd'hui — puis je pourrais regarder sur le rapport aussi — c'est: *Le Vérificateur met au jour un gaspillage de 70 000 000 \$ à la Société immobilière du Québec*. Ça, je vais vous dire que ça fait partie de l'héritage avec lequel nous sommes obligés de vivre. Nous sommes obligés de vivre avec ça.

M. Paradis: Louis Laberge, il dit que ce n'est pas vrai.

M. Baril (Arthabaska): Oui, que Louis Laberge dise que c'est vrai ou pas vrai...

M. Beaudet: Mais c'est vos chums.

M. Baril (Arthabaska): On dit aussi que les transactions...

M. Beaudet: Vos chums, vous allez les croire.

M. Baril (Arthabaska): ...visées ont été effectuées sous le régime libéral. Dans le même article, on dit, de source bien informée, bien entendu, que la location de l'édifice par la FTQ, ça a été réglé sur un coup de téléphone entre Robert Bourassa et Louis Laberge et que c'était pour que le syndicat ait une attitude moins belliqueuse. Hein! C'est un beau mot, ça, voyez-vous? Donc, on a essayé un peu d'acheter la paix.

M. Paradis: ...la ligne Bouchard-Godbout, là.

M. Baril (Arthabaska): Mais, voyez-vous, on en paie le coût aujourd'hui, évidemment. Je pourrais, bien entendu, continuer encore longtemps sur cette...

M. Paradis: ...la ligne Bouchard-Godbout, là.

M. Baril (Arthabaska): Je pourrais continuer encore longtemps sur cette même veine, ma chère madame, mais je vais revenir pour, comme j'ai dit, traiter un peu plus globalement et essayer de parler de ma région, de mon comté d'abord.

Chez nous, à Victoriaville, l'ancienne ville d'Arthabaska, il y a un important centre hospitalier qui, à cause de... Vous connaissez, M. le ministre, la configuration de notre territoire, l'ex-région Mauricie—Bois-Francis—Drummond. Il faut que je dise que le sud, ce n'est pas pour rien qu'on s'est débattu pour avoir notre propre région administrative. À maintes reprises dans le passé, on a pu démontrer que les sommes d'argent qu'on avait sur la rive sud au niveau des services de santé ne correspondaient pas à nos besoins. Qu'on le calcule par capita ou bien au prorata de la population ou qu'on le calcule par établissement, nous étions toujours en perte du côté sud. Bon.

Malgré ça, je dois vous dire que ça a quand même ses bons côtés, comme on dit — parce que je suis toujours un gars qui essaie d'être positif, comme vous me connaissez — parce qu'au centre hospitalier d'Arthabaska on n'a pas attendu d'être obligé de faire le virage ambulatoire, soit la médecine d'un jour, on l'a appliquée chez nous au moins deux ans avant les autres, avant qu'on soit obligé de l'appliquer dans l'ensemble du territoire. C'est pour cette raison que, quand le gouvernement a décidé de l'étendre à la grandeur du territoire, les gens chez nous ne s'en sont pas beaucoup aperçus parce qu'ils étaient habitués à cette pratique-là. Si on l'avait fait chez nous, c'était pour essayer de dégager, justement, des budgets pour les réinvestir dans d'autres secteurs ou dans d'autres services, je devrais dire.

Réorganisation des services de santé mentale dans les Bois-Francis

Sur ça, j'aimerais vous parler d'un dossier bien particulier au niveau de la désinstitutionnalisation, la désins, comme on l'appelle, qui est plus facile à parler. Vous savez également que, dans la région chez nous, il y a un gros centre, je ne sais pas si c'est un centre hospitalier, mais en tout cas un gros établissement de santé, à Bernierville. Dans le cadre de la désinstitutionnalisation, il y a un nombre important, bien entendu, de bénéficiaires qui seront relocalisés.

J'ai participé également à une assemblée publique, à Bernierville même, avec les leaders locaux, avec les représentants de la régie. Je ne veux pas remettre en cause le projet de désinstitutionnalisation, mais c'est sur la façon de faire. Parce que vous savez que ce gros centre à Bernierville, c'est le moteur, c'est le coeur de l'économie du village. Il y a, je ne me rappelle plus, au-dessus de 1 100 à 1 200 personnes qui travaillent là.

Une voix: Huit cents.

M. Baril (Arthabaska): Ah! C'est plus que 800.

M. Paradis: Ils l'ont diminué.

M. Baril (Arthabaska): En tout cas.

M. Beaudet: Vous coupez partout, vous coupez là.

M. Baril (Arthabaska): Et c'est quand même majeur.

M. Beaudet: Vous coupez là aussi.

M. Baril (Arthabaska): Non, non. Écoutez, là, je vous parle... Le problème est grave.

Mme Loisel: En ami.

M. Beaudet: C'est important.

Mme Loisel: Il nous parle en ami.

M. Baril (Arthabaska): Hein? En ami.

M. Beaudet: Oui, oui. C'est important. On ne parle pas en ennemis.

M. Baril (Arthabaska): Non, non, je ne parle pas en ami, je parle des faits. Je relève une situation concrète. Je vous dis que j'ai été rencontré les gens. Ce n'était même pas dans mon comté. Voyez vous, c'était dans le comté de votre collègue...

M. Paradis: Roger Lefebvre, Frontenac.

M. Baril (Arthabaska): ...Roger Lefebvre, qui était présent, d'ailleurs, aussi.

M. Paradis: Oui.

M. Baril (Arthabaska): Bon.

M. Paradis: Vous voyez que je suis au courant.

M. Baril (Arthabaska): Mais j'y suis allé. Les gens m'avait invité, puis ils ont dit: Il faut que tu nous aides. Oui, je vais aller voir ça, ce qu'on peut faire. Ma question arrive. C'est que les représentants de la région ont tout expliqué comment ça se déroulerait, etc., que le plus de gens seraient relogés — je ne sais pas si on dit ça de même — ou relocalisés dans la région. Bien, les travailleurs, les infirmiers et infirmières qui travaillent maintenant à l'intérieur pourraient travailler pour donner les mêmes services, je vais dire, sur le territoire. Tout ça, ça allait bien. C'était parfait.

● (17 h 10) ●

J'ai rencontré, par la suite, les représentants du Centre de services en déficience intellectuelle de la région chez nous. C'est là que j'ai appris qu'il y a deux versions. Eux autres, le CSDI, ils disent: Ah bien, non, ça ne pourra pas se faire comme ça, parce qu'ils n'ont pas la même formation, parce que, après ça, quand ils seront relocalisés dans des familles — je ne sais pas, je ne connais pas tous les termes exacts... Ils disent: C'est les éducateurs qui doivent aller voir ce monde-là, et là ça va relever du CSDI.

Donc, ces personnes-là qui travaillent à l'intérieur de l'établissement présentement, ce ne sont pas des

éducateurs. Moi, je vais vous dire, je n'aime pas ça, tromper le monde. Quand j'ai participé à la rencontre à Bernierville, ce que les gens de la région disaient, j'étais d'accord avec ça. Mais là la version des représentants du CSDI m'a inquiété grandement. Parce que je me suis dit: Est-ce que nous avons induit en erreur la population qui était sur place lors de cette assemblée? Je vous le dis, je n'accuse personne, mais je suis inquiet. Dire à des travailleurs et aux gens du milieu que le plus on pourra relocaliser de bénéficiaires dans le milieu, le plus on pourra sauver des emplois, pour se comprendre en clair, là-dessus. Là, tu as le CSDI qui dit: Non, non, non, parce qu'ils ne relèvent pas de nous et qu'ils ne sont pas des éducateurs spécialisés. Ce n'est pas de même que ça va marcher.

Moi, j'aimerais ça avoir des éclaircissements pour informer exactement la population chez nous sur ce qui va arriver. On a cinq ans pour le faire. Comme je le leur disais, on est quand même chanceux, entre guillemets, d'avoir cinq ans pour le faire parce que, au moins, on ne nous annonce pas une fermeture demain matin. Donc, on a cinq ans pour s'ajuster à ça, mais il faut s'ajuster quand même d'une façon correcte.

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

M. Rochon: M. le Président, la question du député est assez pointue, est assez précise.

M. Baril (Arthabaska): Mais je ne veux blesser personne.

M. Rochon: Non, non, non. Ce n'est pas la question de blesser, mais je pense qu'il y aurait une meilleure information si vous acceptiez de donner la parole à M. Paulin Dumas qui est le directeur régional de la Régie Mauricie-Bois-Francs.

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

M. Rochon: Merci.

M. Dumas (Paulin): M. le Président, ce que le député vient de dire par rapport au plan de désinstitutionnalisation de Saint-Julien, c'est exact. Ils ont cinq ans pour vraiment réussir les orientations ministérielles de 1988. Quand le député fait allusion au Centre de déficience intellectuelle, je dois rappeler que le Centre de déficience intellectuelle de la région n'a pas actuellement un mandat en fonction de la désinstitutionnalisation de Saint-Julien. Ils sont utilisés comme experts, mais ils n'ont pas de mandat. Alors, la responsabilité était confiée à Saint-Julien de déposer son plan, de redéployer les résidents actuels en fonction de la désinstitutionnalisation et de l'intégration sociale. Je pense que les propos qui ont été tenus par le président à la réunion à laquelle vous faites allusion sont exacts, mais c'est aussi vrai que, pour travailler à l'intégration

sociale, il y a des employés de Saint-Julien qui devront aussi être supportés par une formation, parce que, dans le milieu, ça prend aussi des approches de réadaptation et d'éducation. Donc, nous allons tout faire pour que les employés qui travaillent à l'interne actuellement, quand ils vont suivre les clients, soient aussi supportés par des programmes de développement de leurs compétences.

M. Baril (Arthabaska): Oui. Ça, j'en conviens. Comme je l'ai dit tout à l'heure, et je veux le répéter parce que je ne veux pas mettre en doute ce que le président de la régie a dit à Bernierville, je vous l'ai dit, j'étais... Entre nous autres, il a bien fait ça. Il a été correct avec la population, il a été franc. Mais ça m'a soulevé un doute quand j'ai entendu les dirigeants du CSDI me dire ce qu'ils m'ont fourni. En plus, eux, dans leurs prévisions — parce que, eux autres aussi, il faut qu'ils entrent dans leur budget — dans le secteur des CLSC Suzor-Côté et de l'Érable, il y a une diminution de neuf postes et demi. Donc, j'ai dit: Comment ça se fait que vous allez... Sur neuf postes et demi, il y a deux administrateurs, mettons sept postes et demi en éducateurs. Donc, je me dis: Lorsque la désins de Bernierville sera réalisée, comment allez-vous être capables d'accomplir cette tâche-là, ces fonctions-là, si vous coupez des postes en éducateurs actuellement sur ce qui vous revient de responsabilités?

M. Rochon: Bon. M. le Président, je peux peut-être développer un peu sur la base de ce que M. Dumas nous a dit. Si je comprends bien, les responsables au niveau de l'établissement ont leur plan à développer pour nous montrer comment ça va se faire, ça. On a vu pas mal au Québec, depuis deux ans, de transformations de mission d'un établissement qui amènent graduellement à faire les choses ailleurs et autrement. Celui-là, on se donne cinq ans parce que, en santé mentale, on a l'avantage de faire le même genre de transformation que celle qu'on a faite en santé physique, mais à l'intérieur d'un secteur d'activité où on veut maintenir les mêmes fonds, les mêmes budgets, globalement. Donc, on n'a pas d'exigence budgétaire qui va s'ajuster à une situation avec des fonds qu'on n'a plus, à un moment donné. Donc, on va prendre plus de temps pour le faire.

Il y a deux éléments partout où on a fait ces changements-là qui vont nécessairement, qui vont sûrement faire partie du plan que vont faire les gestionnaires au niveau de l'établissement, le directeur général. Un, comme disait M. Dumas, c'est de s'assurer que les gens qui vont faire d'autres types de services vont travailler autrement, vont avoir des programmes d'adaptation. Ça, ça s'est fait pas juste dans le domaine de la santé, partout où il y a des réorganisations, des nouvelles orientations. Alors, on travaille avec le personnel qui est là, mais les gens doivent aussi prendre la formation qui leur permet de faire des nouvelles fonctions. Je présume que le député serait d'accord, on ne peut pas maintenir des services d'une façon x qui correspond à la formation actuelle des gens si des besoins font appel à des services de façon y. Il faut

vraiment faire l'ajustement pour satisfaire la clientèle, mais en permettant aux gens d'avoir la période de formation qu'il leur faut.

Si ce transfert-là veut dire que, pour le type d'activité ou le groupe de personnes qui était visé, il va y avoir une diminution de postes parce qu'il y a des transferts ailleurs ou n'importe quoi, en général, dans ces plans-là qui sont faits par un établissement, on tient compte de l'attrition normale aussi pour les postes. Alors, là, on sait, d'abord, qu'il y a un programme de départs accélérés qui va se faire, qui a été négocié avec les syndicats. On connaît aussi l'attrition compte tenu de l'âge des gens. Alors, sur une période de cinq ans, en général, il y a un moyen d'enregistrer la diminution de postes dont on a besoin sans que ça veuille dire la perte d'un emploi pour une personne. Mais on sait que, quand on l'a dans notre plan, bien, quand un poste se libère, on l'abolit, à ce moment-là, puis il n'y a personne qui a perdu son emploi. Alors, là, pour savoir exactement ce qui va se passer, je pense que ça pourra se voir localement quand les gestionnaires auront déposé leur plan.

Et une des fonctions de coordination d'une régie régionale, c'est aussi d'aider les établissements à valider les plans et, au besoin, d'aider en faisant des liens avec d'autres parties de la région, ou que les gens soient re-placés, ou que les ressources soient équilibrées. Je ne sais pas si ça vous éclaire un peu plus, là.

M. Baril (Arthabaska): Bien, quand un bénéficiaire sera relocalisé, replacé, est-ce qu'il va toujours relever de la régie ou bien s'il va... Lorsqu'il va y avoir une famille d'accueil — je ne sais pas comment vous appelez ça — il va relever du CSDI ou bien s'il va toujours relever de la régie?

M. Rochon: Non, non. Qu'il relève d'un organisme ou d'un autre, localement, d'un établissement ou l'autre, la coordination d'ensemble au niveau de la région est sous la responsabilité de la régie, que ça soit d'un établissement ou l'autre ou que ça soit dans une ressource intermédiaire, comme on dit, d'une famille d'accueil ou quoi que ce soit.

M. Baril (Arthabaska): Oui, mais ça prend des budgets. Admettons que c'est le CSDI qui va gérer ça après, il va falloir que les budgets lui soient transférés. Il ne faudra pas que la régie les garde pour d'autres choses. Parce que, là, le CSDI va manquer de budgets. Moi, que ça soit un ou l'autre...

M. Rochon: Mais pourquoi, là, on craindrait que le CSDI n'ait pas les budgets qu'il va lui falloir pour réaliser... À ce moment-là, pourquoi on craindrait ça?

M. Baril (Arthabaska): Non, mais c'est parce que vous dites... Moi, c'est parce que je veux que ça soit clair.

M. Rochon: C'est ça que j'essaie de faire, moi aussi.

M. Baril (Arthabaska): Oui. C'est parce que vous dites: Ça relève de la régie. Le CSDI, actuellement, n'a rien à voir là-dedans. C'est la responsabilité de la régie de voir à la désinstitutionnalisation. Ça, j'en conviens. C'est parfait avec ça. Mais le jour où les bénéficiaires vont être transférés d'un organisme à un autre, si la régie, elle, garde les budgets qui normalement étaient utilisés pour opérer le centre à Bernierville, s'ils ne sont pas transférés au CSDI, là, il va y avoir un manque.

M. Rochon: Alors, ça, M. le Président, c'est vrai. Si l'argent et les ressources ne suivent pas les clients, il y a un problème, mais, si l'argent suit les clients, il n'y a pas de problème.

M. Baril (Arthabaska): Non, c'est correct, moi...

M. Rochon: Et ce qui est l'idée de l'opération, je pense que c'est ça, sérieusement, c'est de s'assurer que les ressources humaines, financières et budgétaires vont aller où va la clientèle pour lui donner les services. Et la régie ne garde pas d'argent; la régie alloue les fonds à un organisme ou à l'autre qui est en position de donner des services. Alors, si les clients s'en vont d'une place, la régie, avec les établissements, va travailler pour que les budgets soient alloués aux établissements qui sont là pour agir. On peut vous rassurer, c'est comme ça que ça se fait.

● (17 h 20) ●

M. Baril (Arthabaska): Ma préoccupation, c'est que les bénéficiaires ne soient pas perdants, d'abord, puis que, deuxièmement, les travailleurs et travailleuses qui sont actuellement dans le centre soient, comment je dirais, je ne veux pas dire privilégiés, mais qu'ils soient... qu'on respecte...

M. Rochon: Qu'on tienne compte de leur situation.

M. Baril (Arthabaska): ...qu'on tienne compte de leur situation...

M. Rochon: C'est ça, voilà.

M. Baril (Arthabaska): ...avant d'en prendre d'autres de l'extérieur. C'est ça, ma préoccupation. Il s'agirait aussi d'être assez clair au niveau de l'information au niveau de ces gens-là, parce qu'ils sont inquiets...

M. Rochon: Oui.

M. Baril (Arthabaska): ...quand on sait que, demain matin, tu as 800, 900 ou 1 000 personnes et tu ne sais pas ce qui va t'arriver.

M. Rochon: C'est ça.

M. Baril (Arthabaska): Il ne faut pas que ce soit des choses, des réponses... il ne faut pas qu'il y ait, en tout cas, des situations ambiguës.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le député. M. le député d'Argenteuil, suivi de Mme la députée de Rimouski.

M. Beaudet: Merci, M. le Président.

M. Désilets: Excusez-moi, M. le député d'Argenteuil. M. le Président, est-ce que vous m'accorderiez ou est-ce que l'opposition m'accorderait 30 secondes pour une question au directeur, M. Paulin? On est dans la même région.

Mme Loiselle: M. le Président, c'est demandé avec tellement de gentillesse qu'on va dire oui.

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

M. Désilets: Une toute petite question.

M. Beaudet: Je n'ai pas pu répondre, mais j'accède à...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Désilets: Merci, M. le député d'Argenteuil. Merci, aussi, Mme la députée de Saint-Henri.

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

M. Désilets: Question quand même assez rapide au niveau de la région 04, c'est Mauricie—Bois-Francs—Drummond. Vous coordonnez l'ensemble de la régie?

M. Rochon: Le nord et le sud.

M. Désilets: Le nord et le sud.

M. Baril (Arthabaska): Encore.

Transformation des services de santé dans la région de Mauricie—Bois-Francs

M. Désilets: À quelle place vous êtes rendus dans l'atteinte des objectifs — si on prend en photo, tout de suite — au niveau de la transformation de tout le réseau? Est-ce qu'on est train, est-ce qu'on est en dedans, est-ce qu'on dépasse, où on se trouve, actuellement?

Une voix: Les objectifs?

M. Désilets: Oui, par rapport aux objectifs, oui.

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

M. Dumas (Paulin): Oui. M. le Président, à cette question, le bilan se faisait encore hier soir avec l'équipe,

on constate qu'on a à peu près 80 % des objectifs du plan de transformation qui sont atteints. Sur le plan structurel, il y avait 11 fusions à faire, il y en a 10 de faites, de finies. Du côté du redéploiement des services à la clientèle, pour vous donner un exemple au niveau de la transformation de l'offre de service et de la façon de faire en hôpital, en centre hospitalier de courte durée, santé physique, nous avions prévu au plan atteindre, en l'an 1999, 317 000 jours d'hospitalisation et le bilan me donne 323 000 actuellement comparativement, en 1995-1996, à 360 000. Donc, on est à à peu près 6 000 jours d'hospitalisation de l'objectif. Ça veut donc dire que les façons de faire à l'hôpital sont maintenant radicalement changées, que l'augmentation des activités ambulatoires montent en flèche et que les listes d'attente diminuent. Donc, la transformation visée au plan, qui a été approuvée par le ministre le 3 juillet dernier, donc ça ne fait pas encore un an, est atteinte à 80 %.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Je reviens à M. le député d'Argenteuil.

Utilisation des services de santé de l'Ontario

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Comme je le mentionnais plus tôt, étant donné la présence des directeurs des régies régionales, j'aimerais profiter de l'occasion de la présence du directeur de la Régie régionale de l'Outaouais pour obtenir quelques informations.

On a parlé, lorsqu'on a questionné le directeur général de la Régie régionale des Laurentides, du rapatriement des patients qui vont outre-frontières, en Ontario. L'Outaouais présente un problème encore beaucoup plus aigu à cause de l'importance du nombre de patients qui s'acheminent en Ontario, évidemment, en particulier, à Ottawa. Ce problème-là se fait encore plus aigu en particulier en cardiologie. On a déjà questionné le ministre, d'ailleurs, là-dessus. Il y a eu, à un moment donné, le début des coronographies qui s'est fait à Hull et suivi des dilatations qui ont été enclenchées. Par la suite, les dilatations ont été à nouveau retournées à Ottawa.

Est-ce que, dans le plan du ministre, le rapatriement de la population, en général, du Québec qui va se faire soigner dans la province de l'Ontario, c'est quelque chose qui est éminent? Est-ce qu'il a l'intention de prendre des mesures coercitives pour y arriver ou si ce sera juste volontaire? Quand je dis «coercitives», là, évidemment, on n'ira pas les chercher avec des menottes, mais on pourrait facilement obliger, si ce n'est pas une urgence, que ça se fasse au Québec; si c'est une urgence, on négociera. Est-ce qu'il y aura la mise en place des dilatations coronariennes dans le centre hospitalier de Hull, et ce, dans une échéance relativement brève? Finalement, comme on sait que, si on met le bras dans le tordeur, tout y passe, si on fait les dilatations, il devrait y avoir de la chirurgie cardiaque. Alors, dans l'enclenchement des dilatations à Hull, quand le ministre a-t-il l'intention d'instituer ou d'installer la chirurgie cardiaque à Hull?

Je pense que ça répond à des questionnements de mes cinq confrères de la région qui se questionnent et ont souvent des revendications de leurs électeurs quant à ces sujets qui sont évidemment de toute importance pour eux.

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

M. Rochon: Alors, comme on se l'était dit, dès qu'on aura réglé le problème de l'angioplastie, on posera la question de la chirurgie cardiaque. Alors, on va peut-être attendre d'installer l'angioplastie avant d'arriver à cette question-là. Mais je reviens au début de la question du député, M. le Président.

M. Beaudet: Ça, c'était la troisième question. On est rendu à la deuxième, maintenant.

M. Rochon: Bon. On sait qu'en 1995, je ne sais pas trop à quel moment de l'année, on a approuvé, et M. Parizeau est allé lui-même le présenter, à ce moment-là, l'annoncer, ce qu'on a appelé le deuxième plan ou la deuxième phase du plan de rapatriement des services de santé de Ottawa vers Hull. Et ça, c'est peut-être bon de le rappeler, pour ceux qui ne seraient pas familiers avec cette situation — je sais que le député d'Argenteuil l'est très bien — essentiellement, il a été question de rapatrier les services, comme c'est le cas dans la région des Laurentides. M. Michel Léger y a fait référence en répondant à une question, ce matin. On a le même genre de situation dans la région de la Gaspésie pour des services qui sont donnés au Nouveau-Brunswick. On s'aperçoit que ça nous coûte plus cher pour avoir les services. Clairement, pour l'Outaouais, ça nous coûte beaucoup plus cher, les services hospitaliers et les services médicaux — parce qu'on rembourse, quand même — à Ottawa que dans la région même.

Alors, ç'a été la logique, de faire le plan de rapatriement. Pour vous donner un exemple de ça, la phase II du plan de rapatriement demande des investissements. Je pense qu'en immobilisations c'était de l'ordre de 25 000 000 \$ et, en budget de fonctionnement, de 21 000 000 \$, ou vice versa, là, je ne m'en rappelle pas, mais c'est de cet ordre-là comme investissement. Mais on savait qu'après trois ans de rapatriement des services on réalisait une économie de 8 000 000 \$ récurrente à chaque année. Donc, c'est un investissement important, mais qui nous permet, après ça, de faire une économie et de donner un service plus près des gens, plus accessible plus directement, au moins sur le plan géographique.

Alors, le plan de rapatriement semble être réalisé — là, je vous donne ça sous toutes réserves — à à peu près 80 %, présentement. Il n'est pas prévu de faire un rapatriement à 100 %, parce qu'il semble — mais là je ne pourrais pas vous donner de détails, là, présentement — que, pour certains services surspécialisés ou pour lesquels la demande est moins fréquente, c'est probablement encore une meilleure accessibilité puis, surtout, une façon plus efficace de donner le service, en ayant des arrangements

plus spécifiques avec les centres hospitaliers universitaires qui sont à Ottawa. On vise, je pense, un rapatriement de l'ensemble des services qui sera de l'ordre, au total, de 85 %, 86 % de l'ensemble des services qui sont requis. Et on est rendu peut-être à 75 %, 80 %. Donc, c'est quelque chose qui est en voie d'être complété comme opération.

La deuxième question était celle: Comment on s'assure, maintenant qu'on a rapatrié les gens, que les gens vont utiliser les services dans la région? Alors, ça, c'est une bonne question. Le plan, la deuxième phase du plan de rapatriement prévoyait — et je pense que c'est en place, que ç'a commencé à fonctionner — qu'il y avait un système d'information centralisé. Il y a une certaine coercition, effectivement, qui est exercée, c'est-à-dire que, si quelqu'un a besoin d'être hospitalisé, par exemple, le médecin fait sa demande d'admission et il y a un système d'information central qui s'assure qu'il y a une place de disponible dans la région. À ce moment-là, la personne doit aller dans la région. Si la personne décide quand même d'aller à Ottawa, c'est à ses frais, à ce moment-là.

M. Beaudet: Actuellement?

• (17 h 30) •

M. Rochon: Ah oui. Bien, là, je ne sais pas où ils en sont rendus dans la partie opérationnelle de ce système d'information, mais ça faisait partie de la phase II du rapatriement. On pourra vérifier. Bien, c'est ça, on me confirme que c'est implanté. Ça fonctionne déjà.

M. Beaudet: C'est déjà en opération.

M. Rochon: C'est en opération.

M. Beaudet: Si quelqu'un s'en va se faire hospitaliser en Ontario alors qu'il y a des disponibilités au Québec, c'est à ses frais.

M. Rochon: C'est à ses frais.

M. Beaudet: O.K.

M. Rochon: Maintenant, évidemment, s'il n'y a pas de disponibilité encore puis qu'il y en a en Ontario, la personne ne sera pas retardée pour ça, va aller en Ontario, puis on va payer. Puis la question est bonne parce que, pour changer les habitudes de consommation d'une population, il faut s'aider de différentes façons. Mais, à ma connaissance, c'est très bien accepté de la population. Je n'ai jamais entendu aucune plainte ou critique là-dessus, d'aucune façon, parce que les gens voient que finalement ils ont un meilleur service et c'est plus près de chez eux.

Bon, là, je reviens à ce qui était la troisième question. On vient de régler finalement la question de l'angioplastie, qui va pouvoir être faite, compte tenu qu'il y a un certain nombre de conditions qui vont être respectées. C'est des conditions qui nous sont dictées par l'analyse qui a été faite par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé pour assurer un service de qualité et tout à fait sécuritaire pour les gens. Par exemple, pour

illustrer ce que ça veut dire, ça, on sait aujourd'hui qu'il y a 2 % à peu près de complications qui peuvent se présenter. Sur un ensemble d'angioplasties qui sont faites, il peut y avoir 2 % de cas où il y a une complication qui demande une intervention chirurgicale rapide, et le critère auquel les gens se réfèrent, c'est que ça doit être en dedans d'une heure, et de préférence autour de 40, 45 minutes, qu'un patient soit transféré de la table d'angioplastie à la table de la salle d'opération.

M. Beaudet: À l'autre table.

M. Rochon: De table à table, comme on dit. Alors, ça, on a une entente avec le Centre hospitalier universitaire d'Ottawa. Il faut maintenir ce genre d'entente là. On sait, par exemple, que, pour faire de l'angioplastie, si je me rappelle bien, le Conseil d'évaluation nous dit qu'il faut qu'il y ait deux médecins habilités à la faire pour couvrir le suivi puis des choses du genre.

M. Beaudet: Congés, vacances.

M. Rochon: Bon. Alors, les conditions ont été posées, j'ai écrit à la régie régionale le 15 de ce mois-ci. Alors, ça, c'est une chose qui est réglée pour l'angioplastie. J'ai...

M. Beaudet: Pardon, M. le ministre. À un moment donné, il y avait une entente qui avait été faite avec le Centre universitaire d'Ottawa, mais laquelle entente arrivait à échéance, et vous nous aviez mentionné que probablement vous alliez la renouveler en attente que ça se règle à Hull. Est-ce que ça, ça a été fait, dans les démarches, le renouvellement de l'entente?

M. Rochon: Oui, oui. Je ne sais pas si ça a été signé au moment où on se parle, mais ça avait été déjà prévu...

M. Beaudet: C'est dans l'intention de...

M. Rochon: ...quand les arrangements ont été faits avec l'hôpital, qu'on visait d'emblée la période des mois de juin et juillet au moins, et plus, au besoin. La première entente, c'était limité pour aller jusqu'à la fin de mars parce que les gens ont convenu qu'ils suivraient l'année financière et qu'ils renouvelleraient l'entente avec la nouvelle année financière. Alors, sur ça, il n'y a vraiment aucun problème de ce côté là.

Y aura-t-il développement de chirurgies cardiaques au CHRO, au Centre hospitalier régional de l'Outaouais? Ça, là, c'est une autre question. On n'en est pas, à ma connaissance, rendus là, présentement. Faudra d'abord voir techniquement ce que ça veut dire. Est-ce qu'il y a le volume de demandes qui permet de s'assurer qu'on va avoir une équipe chirurgicale de masse critique suffisante pour donner un bon service et tout ça? À ma connaissance, tout ça, là, ça n'a pas été analysé. Je ne serais pas surpris que les médecins localement soient peut-être déjà rendus

loin pour monter un dossier. Si on m'apprenait ça demain matin, je ne tomberais pas nécessairement en bas de ma chaise. Ha, ha, ha! Mais je ne pense pas qu'au ministère on ait de demande spécifique à ce sujet-là. On me confirme qu'on n'a pas de demande. Peut-être qu'éventuellement ça viendra. De toute façon, quand on aura atteint le déficit zéro puis tout ça, il y aura de meilleurs jours et ce sera peut-être pensé.

M. Beaudet: Il n'y aura plus de problème.

M. Rochon: Non, mais on pourra peut-être faire plus facilement du développement.

M. Beaudet: Sûrement.

M. Rochon: Et, effectivement, M. le Président, si on manque d'effectif, bien, on pourra peut-être demander au député d'Argenteuil de revenir à la table. Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Il faudrait me recycler. Mais, entre-temps, M. le ministre, il ne faudrait pas qu'on soit tous morts pour profiter du déficit zéro.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

(Consultation)

M. Rochon: On me dit d'ailleurs, M. le Président, qu'au cahier explicatif des crédits...

Des voix: ...

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

M. Rochon: Au cahier explicatif des crédits, à la page 9, vous pouvez retrouver... Bon. Alors, il y a un chiffre intéressant à voir dans le transfert budgétaire. Page 9...

Mme Loiselle: Du cahier explicatif?

M. Rochon: Cahier explicatif, page 9, la première ligne, assurance-hospitalisation hors Québec. Il y a un 20 950 000 \$ qui a été enlevé. Si vous tournez deux pages pour vous rendre à la page 12 et que vous regardez dans les réaménagements budgétaires, vous retrouvez le même 20 950 000 \$ qui réapparaît. Alors, ça a été enlevé de la Régie de l'assurance-maladie parce qu'on payait ça en Ontario pour être donné à la région de l'Outaouais pour ses angioplasties.

Une voix: De la réallocation.

M. Beaudet: Pour l'angioplastie.

M. Rochon: Est-ce que ce n'est pas bien, ce que permet de faire la réallocation?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie...

M. Beaudet: M. le ministre, je suis sûr que les gens de l'Outaouais vont vous remercier d'avoir accédé à leur demande. Mais je peux vous dire que ça leur a pris du temps à l'obtenir.

M. Rochon: Ah? Non, ça n'a pas pris tellement de temps à l'obtenir, parce que c'était...

M. Beaudet: Ça fait déjà deux ans et demi qu'on en parle.

M. Rochon: Ah non, non, non. C'était prévu dans le plan...

M. Campeau: ...

M. Beaudet: Ça ne se faisait pas il y a 32 ans, M. le député de Crémazie. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Compte tenu qu'il me reste 30 minutes et que j'ai encore trois interventions, j'apprécierais que...

M. Rochon: ...M. le Président, s'il y a un cas où on a vraiment fonctionné dans les temps, c'est bien celui-là. C'était prévu, l'angioplastie, dans le rapatriement, phase II. On en avait parlé en décembre avec eux et on avait bien dit aux gens: On attend, pour pouvoir décider quand on peut le faire, d'en bien connaître les conditions nécessaires pour avoir le service de qualité sécuritaire, et le Conseil d'évaluation des technologies de la santé faisait une révision des critères qu'il avait établis trois, quatre ans auparavant, quand avait commencé à se développer l'angioplastie. Le Conseil d'évaluation a terminé son évaluation au début du mois de février. Je pense que c'est vers la fin février qu'a été transmis son rapport au ministère. Il restait à faire l'analyse pour bien s'assurer que les budgets pouvaient suivre et que les réaménagements pouvaient être faits, et c'est il y a 15 jours que j'ai envoyé la lettre qui confirmait que ça se faisait.

Alors, comme séquence de déroulement, je pense que ça a été bien. Si les gens avaient voulu l'avoir comme cadeau à l'époque des Fêtes, je comprends qu'ils ont trouvé qu'il fallait qu'ils attendent un peu, mais je ne pense pas qu'ils puissent dire qu'on les a fait pâtir vraiment, là, pour prendre cette décision et la confirmer.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le ministre. Encore une fois, je répète: Il nous reste trois interventions jusqu'à 18 heures. J'aimerais ça qu'on puisse les passer. Mme la députée de Rimouski, après ça Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, et

la dernière intervention sera de M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Rochon: Si vous me permettez, j'excuse, là... Parce que auriez aimé sûrement que tout ça vous soit expliqué avec plus de détails par Mme Géraldine Hutton, la directrice générale, qui a dû quitter il y a très peu de temps pour prendre son avion pour retourner. Alors, je l'excuse.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, M. le Président. On a entendu parler depuis deux jours surtout de l'élément ou, enfin, du volet curatif du domaine de la santé et des services sociaux. Moi, j'aimerais qu'on regarde un peu, à partir de nos préoccupations, en termes de prévention et de promotion de la santé, tout le volet de la santé publique. Nous savons pertinemment que le réseau de la santé publique a connu également une restructuration, et j'aimerais ça qu'on puisse un peu faire le point, comment s'est effectuée cette restructuration et où elle en est rendue. J'aimerais aussi avoir une idée des budgets alloués dans le domaine de la santé et comment se répartissent ces budgets-là par région. Ça, c'est une première question.

Et une deuxième qui est toujours dans le secteur de la santé publique. On entend parler depuis déjà plusieurs années de la mise sur pied d'un institut de santé publique comme tel. Alors, j'aimerais savoir, est-ce que vous êtes en mesure de nous informer à quelle étape est rendu ce projet? Est-ce qu'on peut déjà avoir un indice sur son fonctionnement futur, sa structure et les budgets qui y seront alloués?

Budget alloué à la santé publique

M. Rochon: Alors, la première question, c'est le budget qui est alloué...

Mme Charest: À l'ensemble du réseau de la santé publique et comment cette répartition s'effectue au niveau des régions.

● (17 h 40) ●

M. Rochon: Le budget alloué à la santé publique pour l'ensemble du Québec et comment il se répartit entre les régions. Alors, je vais vous donner une partie de l'information, parce que, si vous l'apprenez comme ça, là, il faut recouper l'information parce que la santé publique, il s'en fait dans les CLSC et il y a des budgets aussi au niveau des régions régionales pour les fonctions de santé publique qui sont assumées pour l'ensemble de la région. Alors, si vous allez au tome II des questions particulières... Vous avez ça, ces cahiers-là, je pense, tout le monde.

Mme Charest: Oui.

M. Rochon: Alors, l'étude des crédits, réponses aux questions particulières, tome II, page 9. Alors, vous

avez là une partie de la réponse. Le montant qui est là, le 44 500 000 \$, c'est la partie du budget de santé publique qui est au niveau des régies régionales. Se rajoute à ça ce qu'on trouve dans les CLSC, se rajoute à ça ce qu'on trouve, par exemple, au Laboratoire de santé publique du Québec. Il y a un certain montant qui vient de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour les honoraires des médecins qui travaillent en santé publique, les dentistes qui travaillent en santé publique. Si vous mettez tout ça ensemble, ça fait un montant de l'ordre de 200 000 000 \$ pour la santé publique dans l'ensemble du Québec. Là, je ne saurais pas vous dire, avec l'information qu'on a là, la répartition du 200 000 000 \$ par région, mais je pense bien qu'en voyant l'ordre de grandeur...

Mme Charest: Mais on en a déjà une bonne idée en voyant ce qui est réparti comme budget par régie régionale.

M. Rochon: C'est ça.

Mme Charest: Alors, ça, c'est une très bonne idée. Et je pense qu'on peut faire le même exercice par rapport aux CLSC. Alors, ça, ça répond à ma question.

M. Rochon: Dans les proportions, là, oui.

Création d'un institut de santé publique

Mme Charest: O.K. J'aimerais vous entendre sur l'institut de santé publique.

M. Rochon: Alors, l'institut de santé publique, vous savez qu'il y a un groupe de travail qui s'était penché sur cette question-là, qui a déposé son rapport il y a déjà quelques semaines. C'est un rapport qui a été aussi rendu public et présenté à l'ensemble des régies régionales, et la décision est prise qu'on va créer un institut de santé publique. Mais, il faut bien se comprendre, là, il s'agit d'un institut virtuel, si je peux l'appeler comme ça. Ça ne sera pas une bâtisse avec un déplacement de personnel. Autrement dit, il n'y a aucun budget additionnel qui est requis... Pardon?

Mme Loiselle: Ils vont être sur Internet?

M. Rochon: C'est ça. Ha, ha, ha! On va le voir passer sur l'autoroute de l'information, peut-être, oui. Il n'y a donc pas de budget additionnel en santé publique pour la création de l'institut, c'est là aussi essentiellement une réallocation. Ha, ha, ha! Voilà!

Maintenant, ce que ça va permettre de faire, l'institut, c'est assez important: c'est d'avoir pour l'ensemble du Québec une programmation unifiée pour des activités de formation continue en santé publique pour tous les différents types de professionnels et de personnes qui travaillent dans ce domaine-là, en collaboration étroite avec les universités. Mais il n'y a personne qui a vraiment le mandat de s'assurer que de la formation continue dans

ce domaine-là... Encore là, autant pour les médecins que pour les infirmières et les gens dans le domaine des activités sociales, c'est très multidisciplinaire, la santé publique, dans sa pratique. Alors, il y a une première mission de formation. Il y en a une de recherche aussi pour des recherches de nature plus appliquée qui se font déjà un peu partout, mais où il n'y a pas nécessairement de l'encadrement, là aussi, en collaboration avec les universités.

Mme Charest: Ce sont les types de recherches qui viennent en support aux activités de promotion de la santé?

M. Rochon: C'est ça. Beaucoup de recherches appliquées et de recherches évaluatives sur des actions qui sont faites auprès des populations. Il y a, troisièmement, une fonction d'information à la population, mais aussi à tous ceux qui travaillent dans le réseau, mais d'information sur des grands enjeux de santé publique pour qu'on ait une meilleure éducation de l'ensemble de la population dans ce domaine-là, et finalement une vocation de certains services, là aussi, surspécialisés qui doivent exister pour l'ensemble du Québec. Alors, l'institut va regrouper des organisations qui existent présentement, comme le Laboratoire de santé publique et quelques autres organisations. Il y a le Centre de toxicologie du Québec qui va faire partie de l'institut, le Centre anti-poison et l'enquête Santé Québec. Alors, c'est toutes des activités qui sont à différents coins, et tout ce monde-là a été impliqué...

Mme Charest: Qui existaient déjà?

M. Rochon: Oui, oui. Oui, oui, qui existaient déjà, mais tout ce monde-là est impliqué dans le travail avec le comité et il est bien d'accord pour se retrouver regroupé comme un élément de l'institut et donc pouvoir mieux travailler ensemble.

De la façon dont l'institut va commencer à vivre comme organisation, on a encore un petit peu de travail à faire pour trouver l'instrument légal pour le faire, mais on cherche un moyen simple. Ça pourra être aussi bien, me dit-on, par exemple, par décret qu'on pourra créer un institut comme ça. On aura vraisemblablement un conseil d'administration provisoire pour une année, avec une équipe de gestion qui accepte de prendre un intérim d'une année pour qu'on puisse vraiment organiser l'institut et le lancer, et ça permettra à ce moment-là de préparer vraiment la stabilisation de l'équipe, soit des gens de l'équipe intérimaire, parce que ça va prendre quand même une équipe de 12, 15 personnes au centre de l'activité pour coordonner l'ensemble du fonctionnement de l'institut. Puis on aura des gens là qui pourront continuer après — il y a d'autres personnes — mais ça va nous permettre de partir rapidement et de voir venir devant nous comment on va consolider cette opération-là après une année.

Pour le budget, on a profité aussi de la nouvelle année budgétaire parce que le budget va être composé par de l'argent qui était ailleurs dans le réseau. Alors, là, il y aura un budget pour... On n'additionne pas nécessairement

tous, tous, tous les budgets des différents groupes qui s'y joignent, mais, en prenant les principaux, pour vous donner une idée, il y aura donc un budget de l'ordre d'à peu près 25 000 000 \$ qui sera composé en partie par les laboratoires existants, qui ont à peu près 14 000 000 \$ de budget. Le ministère lui-même, qui a une partie de son budget, de même que l'enquête Santé québec, ça fait un 3 000 000 \$ à peu près, ça, qui va être là. Et il y aura, dans les budgets qui sont déjà dans les régies régionales pour des activités qui vont correspondre maintenant à la mission de l'institut, un montant de l'ordre de 8 000 000 \$ à peu près, qui a été annoncé aux régies, qui va être transféré. Les équipes, dans la plupart des cas, vont rester où elles sont, mais elles vont devenir des équipes de l'institut qui seront localisées en région.

Mme Charest: Des équipes multidisciplinaires?

M. Rochon: Oui. Ça, c'est beaucoup des équipes de recherche ou d'expertise.

Mme Charest: Des épidémiologistes, des... O.K.

M. Rochon: ...dans des domaines particuliers, et souvent les expertises ont été développées dans le domaine des problèmes d'environnement, par exemple, dans une région ou l'autre parce que c'est là que se trouve ce type de problèmes là plus que dans une autre région. Alors, ces équipes-là vont rester sur le terrain pour faire leur travail. C'est en gros où on en est rendu. C'est donc en phase d'installation.

Mme Charest: Est-ce que ces équipes de recherche vont avoir des mandats, disons, ciblés année après année, avec des objectifs...

M. Rochon: Oui.

Mme Charest: Comment on va arrimer, dans le fond, leur travail avec ce qui se fait en termes de promotion de la santé puis d'autres activités qui requièrent une certaine expertise puis certaines données pour nous aider à mieux cibler les actions sur le terrain?

M. Rochon: Alors, l'institut, l'équipe de gestion, il y aura, pour chacune des grandes fonctions que j'ai identifiées, formation continue, recherche, services et information, une personne qui en sera responsable, un directeur ou une directrice de l'institut, donc une petite équipe centrale qui va devoir préparer une programmation dans chacune des fonctions, y compris pour la recherche comme pour la... pour chacune des fonctions. Cette programmation-là va devoir se faire en partant des priorités nationales de santé publique qui ont été aussi rendues publiques par la sous-ministre adjointe, Mme Collin, il n'y a pas longtemps, au mois de mars, je pense. Alors, on a sept grandes priorités de santé publique qui ont besoin à des degrés divers d'une activité de recherche pour le développement de ça.

Deuxièmement, l'institut va sûrement tenir compte des priorités dans les régions et des besoins dans des régions où il y a des activités qui ont besoin d'être enrichies par une activité de recherche. Donc, une des tâches de l'institut dans sa mise en opération, ça va être de se préparer une programmation dans chacune des fonctions. Et c'est un institut qui va se trouver à être rattaché au ministère, mais avec un contrôle très à distance. Mais l'imputabilité de l'institut est au ministère et au ministre.

Mme Charest: Donc, il va relever du ministre?

M. Rochon: Oui.

Mme Charest: O.K. Il va être directement imputable au ministre.

M. Rochon: Oui. Mais c'est une organisation qui va avoir son organisation légale, son entité légale comme telle.

Mme Charest: Et vous allez aller chercher l'expertise à la grandeur du réseau, donc à la grandeur du Québec.

M. Rochon: C'est ça.

● (17 h 50) ●

Mme Charest: Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, tout en vous faisant remarquer que M. le député de Saint-Hyacinthe se retire.

Mme Loiselle: Bonne soirée.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiselle: Merci. Je l'apprécie énormément. J'en ai tellement eu beaucoup, aujourd'hui. C'est vraiment apprécié de votre part.

M. le Président, j'aimerais revenir aux enjeux et aux orientations qu'on retrouve pour la mission dans le volume III, plans ministériels et gestion des dépenses. Quand vous parlez des enjeux au niveau du réseau de la santé et des services sociaux — il est bien écrit, je l'admets — vous dites qu'il faut maintenir les principaux acquis de notre système et vous signalez: «Tout devra être fait pour éviter le développement d'un système à deux vitesses: l'un pour les riches et l'autre pour les moins fortunés. Dans un contexte où l'État est à réviser son rôle fondamental, le système public doit cependant s'en tenir à offrir les services essentiels.»

Nous, on est habitués, les parlementaires. Ça, c'est le discours. J'avoue que le discours, il est toujours très impeccable, il est rassurant. On essaie de nous parler d'équité. Mais c'est toujours le geste, moi, qui... Parce que c'est ça que les gens vivent. Les discours, ça n'a

aucun impact dans la vie des gens. Mais le geste que le gouvernement pose, ça, ça touche le monde. Moi, je trouve qu'au niveau de la santé il y a des gestes qui sont portés, qui sont durs, et ce qui me déçoit énormément, c'est que beaucoup de gestes manquent de compassion, sont plutôt associés à des colonnes de chiffres. Et on voit aussi ce qui se produit dans le système, actuellement.

Votre vœu, votre orientation, votre souhait de dire que vous voulez éviter que le système devienne un système à deux vitesses, un pour les riches, un pour les pauvres, bien, vous êtes en train de manquer votre coup, parce qu'on regarde ce qui se passe sur le terrain: hier, il y a eu l'ouverture de l'hôpital-hôtel Escal, où une personne, pour pouvoir y aller, doit payer jusqu'à 260 \$ par jour pour une chambre privée, 175 \$ pour une chambre semi-privée. Alors, on s'entend que ça, ce n'est que pour les personnes qui sont fortunées, qui sont bien nanties. On voit à Montréal, dans la grande région de Montréal, une prolifération de petites entreprises qui offrent maintenant des soins à domicile, des soins infirmiers, des soins postopératoires. Ça, ça pousse comme des champignons, à Montréal. Alors, quand vous dites que vous voulez éviter le système à deux vitesses, vous êtes mieux de réajuster le tir, parce qu'on s'en va vers un système à deux vitesses.

Mais j'aimerais accentuer mon intervention sur les itinérants, parce que ces gens-là, M. le Président, c'est comme les pauvres, c'est comme les démunis, c'est comme ceux à faibles revenus, ils ne peuvent pas se payer des hôtels-hôpitaux, ils n'en ont pas les moyens. Ils ne peuvent même pas se payer des soins où ils doivent déboursier des montants pour recevoir des soins à la maison après une hospitalisation. Mais les itinérants, c'est encore pire parce que, avec le virage ambulatoire, on laisse les gens le moins longtemps possible à l'hôpital, maintenant, on les retourne à la maison; les itinérants, ils n'ont pas de maison. Leur maison, c'est la rue. Moi, je pense que, là, il va falloir que le ministère réagisse promptement, parce que ces gens-là, quand vous les sortez de l'hôpital, pour faire leur convalescence — c'est des gens qui ont besoin de soins, ils viennent de subir une opération — bien, ils se retrouvent dans la rue, ils dorment sur les trottoirs. À Montréal, c'est encore pire parce que c'est là qu'est la concentration des itinérants.

Mais, à Québec, il y a eu une problématique, et on me dit qu'il y a un comité de travail qui a été mis sur pied justement pour régler la situation pour la région de Québec. J'aimerais savoir quelle solution vous avez trouvée pour la région de Québec. Et, en deuxième, qu'est-ce que vous entendez faire pour régler la situation à Montréal? Parce que, à Montréal, vous fermez des places pour itinérants. Vous fermez L'Invitée, le refuge pour femmes toxicomanes et itinérantes. Ça va fermer ou c'est déjà fermé. Vous avez fait une fusion...

M. Rochon: C'est un groupe communautaire, ça, ou c'est un... C'est un établissement du réseau?

Mme Loiselle: C'est un genre de refuge pour femmes toxicomanes itinérantes et qui ferme.

M. Rochon: C'est ça. Mais ce n'est pas un établissement du réseau, c'est un groupe communautaire, probablement.

Mme Loiselle: Oui, que vous subventionnez.

M. Rochon: Ah bon! O.K.

Mme Loiselle: Je pense que vous ne le subventionnez plus. Vous avez fait la fusion aussi de trois groupes, Domrémy, Alternatives et Préfontaine, et c'est devenu le centre — attendez — Dollard-Cormier. Mais le problème avec ça, c'est que, en fermant Alternatives, Domrémy et Préfontaine, vous avez coupé de moitié les lits pour ces itinérants-là. Il y avait 120 lits; ça tombe à 63.

Alors, étant donné que le temps file, qu'il me reste cinq minutes, moi, je veux savoir, un, c'est quoi, les solutions que vous avez trouvées pour la région de Québec et, deux, ce que vous allez faire pour les itinérants au niveau de leur convalescence, surtout dans la grande région de Montréal.

M. Rochon: Oui. Alors, il y a pas mal de choses, là. Je vais essayer, puis il nous reste cinq minutes, de donner assez d'information sur chacun de ces points-là.

Accessibilité des soins de santé (suite)

Le premier commentaire de la députée, M. le Président, réfère au système à deux vitesses. On en a parlé plus tôt dans les travaux de la commission, dans la révision des crédits. Moi, en tout cas, ce que je comprends de cette situation-là nous amène à faire une couple de distinctions. Le programme qui est financé avec l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie, qui nous donne essentiellement notre système public de services de santé et de services sociaux, fonctionne avec le concept du médicalement et du socialement requis, et l'objectif, c'est de dire aux gens qu'avec l'argent de leurs taxes on a un système qui leur donne, pour les problèmes qu'ils ont — encore là, tant sur le plan de la prévention que du traitement — les services requis sur le plan médical ou sur le plan social. Il y a toujours eu des services qui n'ont pas été identifiés, reconnus comme faisant partie du médicalement requis, par exemple, pour la santé, et je parlais — parce que c'est un des exemples les plus clairs, les plus nets — des services de chirurgie purement esthétiques: ça n'a jamais été couvert pour l'assurance-maladie parce que ce n'est pas jugé être médicament requis.

L'objectif, quand on dit qu'on veut éviter un système à deux vitesses — et ça, c'est un engagement que le gouvernement a pris — c'est que toute la transformation vise justement à sauver ça, cet acquis-là. C'est ce qui est vraiment l'objectif majeur pour s'assurer que reste accessible aux gens, de la part du réseau public, tout ce qui est médicalement et socialement requis. Qu'il se développe à côté de ça, en plus de ça, d'autres services qui sont offerts à des gens, s'il y a un marché, autrement dit, pour d'au-

tres services — et l'exemple de l'hôpital-hôtel est un exemple de ça...

De toute façon, je pense que c'est les mêmes personnes qui avaient ouvert ce genre de services là à ville de Laval, et ça n'a pas fonctionné là puis elles transportent ça ailleurs. C'est vraiment un phénomène de marché: Est-ce qu'il y a une demande pour un service différent? Alors, là, on a vraiment l'exemple d'une situation où on offre des services de convalescence plus luxueux, probablement avec des chambres plus grandes, puis télévision ou d'autres choses, pour ceux qui ont de l'argent et qui veulent se payer ça au lieu d'avoir ce qui est médicalement et socialement requis, qui est offert par le système, et ça, je pense qu'on ne peut pas empêcher ça et il n'y a rien... Il n'y a pas d'éléments de système à deux vitesses, là.

Le système à deux vitesses, c'est s'il y a des services requis qu'on va offrir à côté d'un autre système pour des gens qui ont de l'argent, qui vont passer en avant de la file d'attente, à qui on va donner des services pour ça, parmi les services requis, et c'est ça qu'il faut éviter et c'est ça, je peux assurer la commission, qui est l'objectif, qu'on va tout faire pour s'assurer qu'on protège cet acquis-là. Mais ça n'empêche pas de partir autre chose, qu'il se fasse autre chose s'il y a un marché pour d'autres genres de services.

Maintenant, je reconnais que, quand on traverse une période comme celle qu'on traverse, où il y a des efforts à faire sur le plan financier, sur le plan des budgets, il peut y avoir des gens qui peuvent voir là une opportunité d'essayer de développer autre chose et de venir offrir des services médicalement ou socialement requis en compétition avec le réseau public, et ça, on a eu souvent à donner de l'information puis à dire à des gens: Si vous faites ça, vous vous mettez effectivement en compétition avec le réseau public et on ne vous laissera pas prendre le marché. Notre objectif, c'est de couvrir la population pour ça. Et, si vous offrez quelque chose qui fait partie du panier de services requis, vous allez vous mettre en compétition avec le système public, qui va prétendre, lui, qu'il va essayer d'être capable de l'offrir à tout le monde aux mêmes conditions, compte tenu de la contribution financière que les gens peuvent faire. Dans le quotidien, qu'il y ait soit des gens qui n'ont pas compris ça ou qui, pour n'importe quel autre objectif, pensent à des projets du genre, c'est vrai que ça existe, mais je pense qu'il faut expliquer aux gens que, s'ils sont sur le territoire du médicalement requis et du socialement requis, le système veut toujours l'assurer. Pour d'autres genres de services qui sont quelque chose pour d'autres marchés, ça devient une autre question.

Je pense qu'il faut préciser ça, parce que, à un moment donné, d'abord, ce n'est pas facile de comprendre ce qui se passe, puis il y a des choses qu'on veut empêcher mais d'autres qu'il n'y a pas de raisons qu'on empêche de faire.

Mme Loiselle: On s'entend bien, M. le Président, que les entreprises privées qui donnent des soins, les hôtels de convalescence, bien, leur cible, c'est les gens qui ont de l'argent...

M. Rochon: Bien oui!

Mme Loïselle: C'est ça.

M. Rochon: Bien oui. Mais ce qu'il est important de savoir, c'est que ces gens-là, s'ils veulent avoir le service qui est offert par le réseau de la santé, il leur est accessible. Mais, si ces gens-là, par leurs taxes, paient les services qui sont donnés à tout le monde, mais qu'ils veulent prendre de leur argent pour s'acheter plutôt un autre service ailleurs, bien, ils peuvent le faire. Mais ils ne viennent pas prendre la place — c'est ça qui est la différence avec le... — de quelqu'un qui a moins d'argent dans le système public parce qu'ils peuvent se le payer ou qu'on n'offre pas des services pour tout le monde et qu'on laisse les gens prendre une partie du service.

Services offerts aux itinérants

Mme Loïselle: Les itinérants?

M. Rochon: Bon, les itinérants, ça...

● (18 heures) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'il y a consentement des deux côtés pour permettre un cinq, six minutes additionnel pour les...

M. Rochon: Parlant de compassion, là, je peux sûrement témoigner pour ces gens-là aussi. Il y a vraiment une très grande compassion. Là on a vraiment affaire aux plus démunis de notre société, et, en général, des gens qui sont vraiment des itinérants, c'est des gens qui sont exclus de tout réseau social et c'est parmi les gens qui sont dans le plus grand besoin et souvent même dans la misère.

Dans les actions qui sont prises, je pense qu'on va rejoindre une bonne partie... Je ne saurais pas vous dire quelle proportion des personnes itinérantes, mais il y a une bonne partie des itinérants qui sont des gens qui ont un problème de maladie mentale. Les orientations ministérielles qu'on vient de rendre publiques, qui visent justement à aller retrouver dans la communauté les gens qui sont dans la rue, qui y sont venus après la désinstitutionnalisation, c'est une bonne partie de la clientèle qu'on va aller chercher. Quelle proportion exactement des gens qui sont itinérants on va rejoindre avec ça? On a sûrement de l'information là-dessus; je ne saurais pas vous le dire. Mais, au moins pour un groupe de ces gens-là, immédiatement il y a une opération qui est lancée pour aller les chercher.

Pour l'ensemble des services, c'est la même chose. Je pense que d'avoir un établissement — puis c'est là que ça prend son sens — l'organisation du réseau maintenant sur une base de population et de territoire... L'établissement de première ligne qui se consolide autour du CLSC et de l'organisation des soins de longue durée a comme mandat, dans sa communauté, d'aller les chercher, ces gens-là, pour les autres services et d'en faire une priorité, et ça, ça va nécessairement être une priorité pour rejoindre ces gens-là au cours des prochaines années. Là, je ne

pourrais pas vous donner tout de suite d'information sur les ressources spécifiques que vous avez soulevées. Ce n'est pas des services coupés dans le réseau public, mais est-ce qu'il y a des groupes communautaires qui aident les personnes itinérantes et qui manquent de ressources? Si on veut me donner les noms, là, je peux essayer de... Je vais sûrement avoir plus d'informations et, au besoin, je pourrai revenir ou on pourra donner d'autres informations à ce sujet-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière question, Mme la députée.

Mme Loïselle: Oui. Je veux juste savoir, dans la vraie vie, là, une personne itinérante qui vient de se faire opérer, elle doit quitter... Je veux juste savoir. Elle se fait opérer, elle doit quitter l'hôpital, elle a besoin de soins de convalescence. Qui me garantit que cette personne-là, elle est suivie par quelqu'un de votre système?

M. Rochon: Bonne question. O.K.

Mme Loïselle: Qu'est-ce qui arrive quand elle quitte la chambre?

M. Rochon: Là, vous avez fait référence à la situation particulière qui a été médiatisée, l'incident dans la région de Québec. Un élément d'information, là, et M. Lehoux, de la Régie régionale de Québec, pourra compléter l'information là-dessus. Mais ce qu'on fait à travers tout le Québec, c'est de s'assurer que tous les centres hospitaliers — et c'est déjà pas mal répandu — aient des protocoles avec les CLSC du territoire qu'ils desservent et des protocoles de fonctionnement qui font que, quand quelqu'un quitte l'hôpital, on est assuré, ceux qui lui donnent son congé, que, si cette personne-là a besoin de soins supplémentaires ou d'un suivi à domicile ou de quelque façon que ce soit, l'hôpital soit bien enligné avec le CLSC pour que le CLSC prenne la relève et suive.

Mme Loïselle: Oui, mais ils n'ont pas de domicile, ce sont des itinérants. C'est ça, là.

M. Rochon: Non, non. C'est correct. Correct. Mais là, en arrivant à des personnes — c'est ce que je vous disais — le CLSC a la responsabilité soit de s'assurer qu'on trouve une place pour ces gens-là ou, au besoin, une personne va être gardée plus longtemps à l'hôpital tant qu'on n'aura pas trouvé une place. L'objectif de diminuer les durées de séjour dans les hôpitaux, c'est parce qu'on sait qu'on peut faire, en diminuant les durées de séjour, si on organise bien des services... Les durées de séjour sont diminuées beaucoup plus pour ce qui est fait avant une opération, par exemple, qu'après, depuis que les hôpitaux, de plus en plus, font tout, l'examen, l'investigation sur une base externe et ambulatoire, plutôt que de passer trois ou quatre jours à l'hôpital pour faire ça. Il y a une bonne partie des durées de séjour qui ont été diminuées de ce côté-là. Alors, la durée du séjour ne vise pas à nécessairement

laisser quelqu'un partir de l'hôpital, et c'est pour ça qu'il s'installe des protocoles avec le réseau des CLSC, pour que, quand on dit «continuité de services», on assure la continuité.

Mme Loiselle: Dans toutes les régions du Québec ou seulement pour régler la solution de la région de Québec?

M. Rochon: Non, partout. Partout, partout, partout. Dans beaucoup de régions, là, c'est déjà...

Mme Loiselle: Tout est réglé.

M. Rochon: Je ne sais pas si le terme est français, là, c'est déjà «réseauté». C'est déjà fait, les protocoles. Ils existent déjà avec beaucoup d'hôpitaux et de CLSC. Je ne vous dirais pas aujourd'hui que ça couvre à 100 % présentement, mais toutes les régions du Québec sont à faire ça. Mais, pour les hôpitaux, ça a été une nouvelle façon de travailler, de se mettre vraiment en continuité avec la première ligne. Certains le faisaient, d'autres ne le faisaient pas.

Dans la région de Montréal, comme j'ai dit en répondant à une autre question, je pense, aujourd'hui ou hier, les hôpitaux ont commencé à le faire, et le premier réflexe, ça a été de le faire avec les CLSC du territoire de leur région, ne réalisant pas nécessairement qu'il y a une partie de leur clientèle qui retournait dans la région voisine. Alors, là, il a fallu qu'il se fasse, comme le disait M. Boily, le directeur général de la Régie régionale de la Montérégie, en répondant à une question, une connexion entre les deux régions pour qu'elles puissent s'assurer de ça. Alors, ça, c'est ce qui...

Mme Loiselle: D'après ce qu'on sait, M. le Président, certains protocoles existent sur papier, mais les services n'existent pas, faute de fonds.

M. Rochon: Non, le service n'existe pas.

Mme Loiselle: Alors, c'est beau que ça soit sur papier, mais l'itinérant qui sort de l'hôpital, si le service n'est pas là, il n'est pas plus avancé, que le protocole soit signé.

M. Rochon: Le service n'existe pas. On part d'une situation où il ne se faisait à peu près rien pour ce monde-là, on réorganise le système et on redéploie les ressources autrement pour le faire; dans certains cas, on n'est peut-être pas rendu là encore. Ça fait deux ans et demi que tout ça est commencé. Il y a eu une première année qui a servi à les faire, les plans de transformation, à les faire accepter. Vous vous rappelez ce que ça pris comme information, comme consultations, vous vous rappelez le temps que ça nous a pris pour expliquer au monde, contre la campagne de désinformation qui était faite, que de fermer un hôpital, ce n'était pas un problème, que c'était le début de la solution. Alors, il y a une première année où on est

obligés de faire ça, et, dans la plupart des régions, c'est depuis un an et demi qu'on travaille à faire effectivement de la réallocation.

Il y a certaines rigidités encore dans nos systèmes, on en a encore amélioré une partie dans les dernières conventions qui ont été signées avec les syndicats, mais c'est sûr que ce n'est pas quelque chose qui se fait du jour au lendemain.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie.

M. Rochon: Dans certains endroits, on est plus avancé que d'autres. Si vous voulez quelque chose de plus sur la région de Québec — c'était dans votre question — peut-être qu'on peut donner une minute ou deux à M. Lehoux, qui pourrait vous dire ce qu'on fait là-dessus présentement.

Mme Loiselle: Autre que le papier.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une minute ou deux, maximum. M. Lehoux.

M. Lehoux (Janel): O.K. M. le Président, toutes les personnes qui quittent l'hôpital ont des conseils, ont des avis, et un contact est fait par les gens de l'hôpital avec le CLSC concerné: le CLSC les reçoit et les rappelle. Concernant les itinérants, c'étaient des gens sans adresse, et il y a quelques personnes qui se sont retrouvées dans des maisons de refuge. Suite à cette constatation-là que ces personnes-là se sont retrouvées dans des maisons de refuge, on a réuni les CLSC, les hôpitaux, les maisons de refuge ensemble pour s'assurer du suivi très approprié de ces personnes-là, même si elles quittent en disant: Je suis correcte, je sais où aller. Là, on ne les laissera plus quitter l'hôpital sans que le CLSC soit informé, et il les prend en charge à partir de l'urgence et non à partir de leur domicile.

Une voix: Ce n'est pas vrai.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Les travaux sont ajournés à demain, 24 avril...

M. Rochon: M. le Président, je veux juste remercier, puis je sais que je le fais en votre nom à tous, les directeurs généraux des régies régionales qui ont été ici deux jours avec nous, et plusieurs ont pu m'aider beaucoup à vous donner le maximum d'information qu'on pouvait.

Mme Loiselle: Oui. Merci beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Les travaux sont ajournés à demain, 24 avril, 9 heures, ici même, dans la salle Louis-Joseph-Papineau.

(Fin de la séance à 18 h 8)