
ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 30 avril 1998 — N° 114

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

**Président de l'Assemblée nationale:
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 jeudi 30 avril 1998

Table des matières

| | |
|---|----|
| Volet santé et services sociaux | 1 |
| Remarques préliminaires | |
| M. Jean Rochon | 1 |
| M. Pierre Paradis | 5 |
| M. Rémy Désilets | 8 |
| Mme Solange Charest | 8 |
| M. Jean-Claude St-André | 10 |
| M. Léandre Dion | 11 |
| Discussion générale | 12 |
| Pénurie de médecins omnipraticiens dans certaines régions | 12 |
| Engorgement des salles d'urgence | 21 |
| Bilan du programme des départs assistés | 31 |

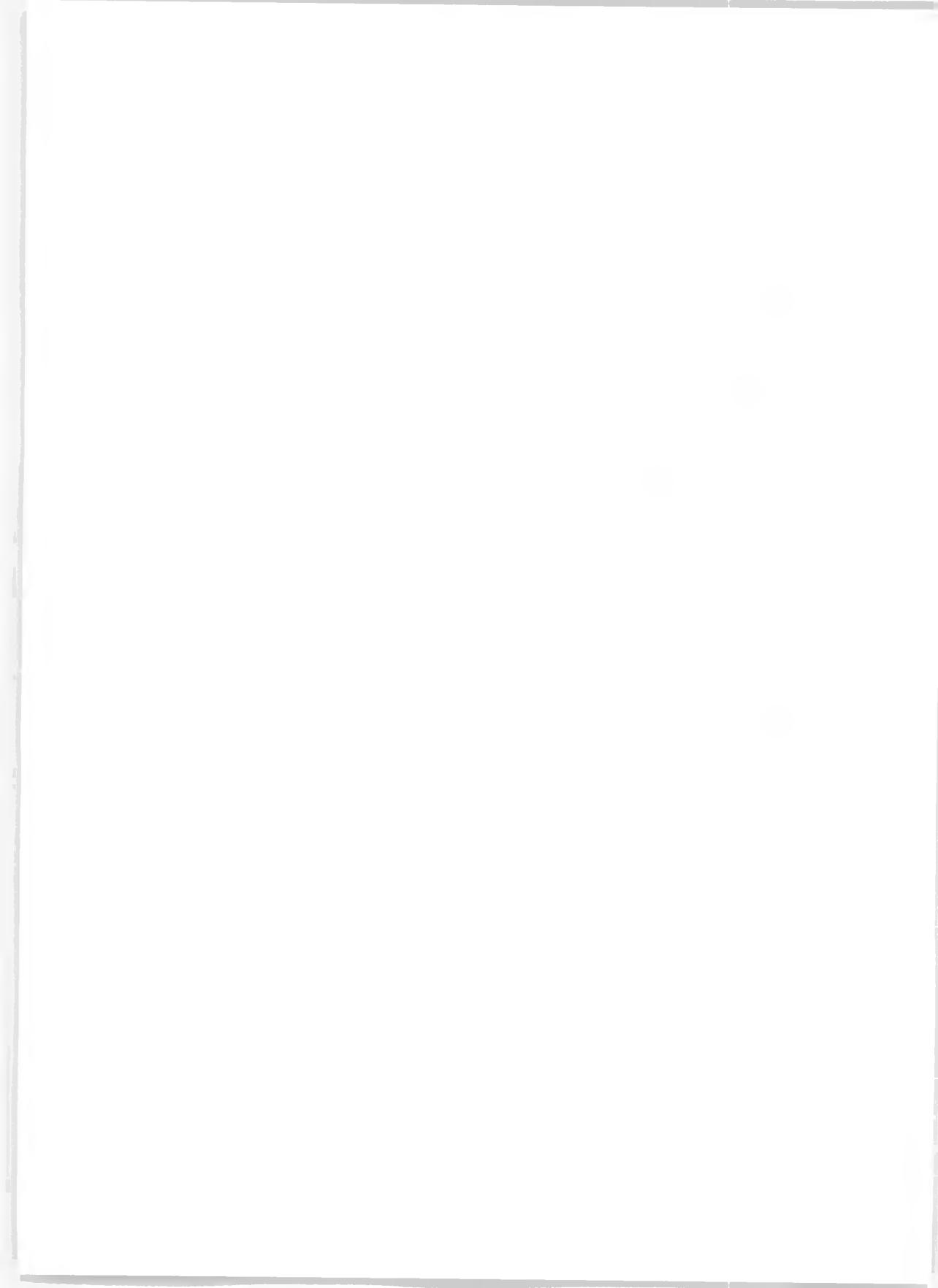
Autres intervenants

M. Rosaire Bertrand, président

Mme Solange Charest, présidente suppléante

- * M. Michel Tétreault, ministre de la Santé et des Services sociaux
- * M. Lionel Chouinard, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 30 avril 1998

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

(Quinze heures dix-neuf minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Mme la secrétaire, est-ce que le quorum est constaté?

La Secrétaire: Oui, M. le Président, nous avons quorum.

Volet santé et services sociaux

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Je rappelle le mandat de la commission: la commission des affaires sociales est réunie afin d'étudier les crédits budgétaires de la santé et des services sociaux pour l'année financière 1998-1999.

Est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous avez un ordre particulier de programmes ou vous voulez discuter d'ordre général? M. le député.

● (15 h 20) ●

M. Paradis: Moi, si ça convient au ministre et aux membres ministériels de la commission, peut-être avant de procéder aux remarques préliminaires comme telles, il restait, jusqu'à ce matin, en suspens des réponses à des questions de l'an passé — parfois, ça fait du bien de nettoyer le passé avant de s'embarquer dans le présent ou dans l'avenir — qui n'avaient pas été fournies. Je tiens à l'indiquer, Mme la secrétaire de la commission, ce matin, a fait signifier à nos bureaux, sur la fin de l'avant-midi, des exemplaires de C.T. du Conseil du trésor qui touchaient toute l'affaire. Vous allez vous en souvenir, M. le Président, tout le monde va s'en souvenir, du budget discrétionnaire du ministre, l'an passé, des voyages au Stampede de Calgary, des Harfangs de Beauport, etc., alors qu'il manquait de l'argent comme tel.

Le ministre, l'an passé — et je pourrais relire au texte les réponses qu'il avait données, c'était le 22 avril 1997 — nous avait indiqué que très clairement toutes ces choses-là étaient autorisées par le Conseil du trésor et que c'était facile d'obtenir les décrets. Un an après, on les a obtenus ce matin, à 11 heures et quelques, à nos bureaux, et les décrets en question n'autorisent pas le ministre à faire les C.T., à faire ce qu'il a fait l'an passé.

Simplement pour demander si, en plus de ce qui nous a été signifié ce matin, il y a d'autres documents qui l'auraient autorisé à faire ce type de dépenses là, d'autant plus que, cette année, il y en a pour 138 500 \$, pour être exact, dans des styles de festival aérien de Québec, mais moins que l'année passée, je tiens à le souligner, M. le

Président, mais il y en a quand même encore. Est-ce qu'il y a quelque chose qui a été modifié depuis l'an passé, compte tenu que les C.T. de l'an passé ne justifiaient aucunement ces dépenses de festival western?

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

M. Rochon: M. le Président, je reconnais là l'approche classique des insinuations puis des petits détails. On va essayer de faire toutes sortes de manoeuvres pour mêler les cartes. J'avais compris que, dans cette revue des crédits, il y a une façon de procéder où on met d'abord la table, et qu'on achemine, et qu'en cours de route... Je ne doute pas que c'est avec ça que le député va remplir son temps. Alors, on va répondre comme on a fait l'an passé, le plus complètement possible, le plus correctement possible, et donner toute l'information qui est demandée.

M. Paradis: Tout ce que je voulais, c'était de clarifier l'an passé. Si le ministre préfère continuer à embrouiller les pistes, moi, je n'ai aucune objection. Qu'on procède suivant ce qui est prévu au règlement. À ce moment-là, le ministre a droit à des remarques préliminaires. Je voulais lui fournir l'occasion, dans ses remarques préliminaires, d'expliquer ce qu'il a fait l'an passé et ce qu'il a fait cette année dans ce contexte-là, compte tenu des documents qui nous ont été acheminés un an après la demande, M. le Président, et je vous le souligne, comme président de la commission. Et les autres membres devraient également être inquiets quand ça prend plus qu'un an à fournir des documents qui ne répondent pas aux questions. Je ne voudrais pas que la même chose arrive cette année. C'est simplement une mise en garde. Maintenant, si le ministre souhaite procéder...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre, est-ce que vous voudriez procéder à vos remarques préliminaires?

Remarques préliminaires

M. Jean Rochon

M. Rochon: Je présume que c'est en suivant les règlements parlementaires qui sont les nôtres qu'on a une chance d'être plus transparents, corrects et de réaliser les objectifs qui sont ceux de cet exercice, M. le Président.

Bon, oui, dans les remarques préliminaires, je pense qu'il est important qu'on se donne un peu une perspective puis un contexte avant de discuter des petits détails d'une situation ou de l'autre dans la revue des crédits, surtout qu'on est dans un contexte où le système de santé du

Québec, de santé et de services sociaux, à l'instar, à cet égard, des systèmes des autres provinces et de beaucoup d'autres pays, a passé à travers et sort tranquillement d'une période de réorganisation majeure, je pense, qu'on peut qualifier de peut-être sans précédent, surtout si on tient compte que, en plus de l'ampleur des changements qui ont dû être faits autant sur les aspects d'organisation, les aspects plus macros du système, qu'à l'intérieur même des établissements et de l'organisation des services, qu'en plus de l'ampleur, donc, de cette réorganisation on a dû procéder dans des limites de temps très serrées et dans un contexte financier qui obligeait, tout en réorganisant, à diminuer beaucoup, à subir des diminutions importantes de crédits. C'est un peu plus de 10 % de l'ensemble de l'enveloppe budgétaire de tout le secteur de la santé et des services sociaux qui aura consisté à l'effort budgétaire demandé pour l'assainissement des finances publiques du Québec.

Cette année que nous entreprenons, 1998-1999, va être une année très importante, à la suite de ces trois dernières années. C'est un peu une année charnière entre ce qui a été l'effort majeur de la réorganisation et ce qui est l'accent qu'on voudra mettre sur la consolidation de ce qui a été réorganisé. On ne se fait pas d'illusions, des changements de cette ampleur-là qui impliquent des changements de façon de faire, des changements beaucoup dans les pratiques de gestion, les pratiques professionnelles ont besoin d'un temps un peu plus long que deux à trois ans pour vraiment être complètement intégrés et bien stabilisés, parce qu'il faut reconnaître les limites et les contraintes qui sont celles des êtres humains à pouvoir absorber du changement et à s'ajuster à des nouvelles situations. Donc, l'année qui s'en vient sera marquée par un effort pour compléter la transformation en regard des retards qui peuvent avoir été pris, compte tenu des difficultés parfois imprévues qui se sont présentées, et, à mesure que la transformation sera complétée, on mettra en place les mesures pour bien consolider les changements qui ont été faits.

Je voudrais rappeler que toute cette réorganisation s'est faite en ayant trois objectifs majeurs à l'esprit. Ça, je pense que c'est toujours important, si on veut avoir une analyse des crédits correcte, d'avoir l'arrière-scène présente toujours à l'esprit. Le premier de ces objectifs-là a toujours été de mettre l'accent pour mieux adapter les services aux besoins de la population, reconnaissant qu'il s'est passé puis qu'il y a une période de changements importants qui se passe dans notre société, comme dans beaucoup d'autres. Je ne rentrerai pas dans les détails, mais on pense toujours au vieillissement de la population, on pense aux conséquences des crises économiques successives qui ont été connues dans les deux dernières décennies, qui ont laissé des traces importantes qui se manifestent sous forme de violence, sous différentes formes.

Peut-être aussi à cause d'un éveil, d'une plus grande sensibilité de la population à l'égard de certaines situations qui sont plus connues qu'elles l'étaient auparavant, mais aussi parce que, dans beaucoup de cas,

on a des moyens d'intervention qu'on n'avait pas et qu'il y a des capacités d'aider des gens qui sont aux prises avec des difficultés de santé ou des problèmes sociaux qui étaient peut-être moins remarquables avant parce qu'on ne savait pas comment pallier à ces situations, mais maintenant il y a eu une évolution importante, et, si les besoins ont changé, nos capacités d'intervenir ont changé beaucoup et donc cette adaptation nécessaire qui a été un des caps qu'on a toujours voulu garder.

Pour s'assurer que les interventions pour maintenir la santé et l'améliorer de même que le bien-être de la population soient le plus stables et significatives possible, on a voulu aussi, comme deuxième objectif important, mettre un accent sur la prévention et sur la promotion de la santé et du bien-être partout où c'est faisable. Le vieux dicton qui dit que vaut mieux prévenir que guérir est toujours vrai, et il faut s'en faire un objectif très clair parce que la pression de demandes de services pour des situations souvent très difficiles que vivent des gens et des groupes est tellement forte que tout l'effort peut facilement être consacré, concentré à solutionner, à répondre à des crises sans qu'on puisse garder une marge de manoeuvre pour intervenir plus en amont sur des situations qui, avec le temps, si on a des bonnes stratégies d'intervention, finissent par diminuer le nombre de problèmes auxquels on aura à faire face ou, au moins, pour en minimiser un peu les dommages.

Finalement, comme troisième aspect — et ça, ça caractérise aussi la façon dont les crédits ont été utilisés et ça caractérise aussi la façon dont les crédits sont bâtis et présentés maintenant — toute cette transformation s'est faite avec une volonté politique très claire de décentraliser et d'alléger le plus possible le système. Donc, la base régionale a été la pierre angulaire pour réorganiser les services. Mais, au-delà du point central de la région pour la coordination et la réorganisation, je pense que partout les gens ont réussi à atteindre le niveau local, le niveau du territoire local, la dimension de la MRC ou l'équivalent dans les communautés urbaines pour que la population, de plus en plus, puisse vraiment sentir qu'il y a une organisation de santé qui se bâtit au niveau local et que tout ce qu'on appelle la «première ligne de services de santé ou de services sociaux» devienne bien intégré sous la responsabilité d'une organisation qui connaît bien sa population; non seulement sa clientèle qui a des problèmes, mais la population à laquelle elle doit rendre compte de l'utilisation des services.

Et, si on parle de prévention, ça veut dire qu'on pense aussi à des gens qui n'ont pas de problème, mais qu'on pense à eux parce qu'on peut intervenir sur les situations qui pourraient les amener à avoir des problèmes. Donc, l'adaptation, la prévention partout où c'est possible et la décentralisation, ça a été ces axes, des phares très importants qui ont guidé notre action dans les dernières années.

• (15 h 30) •

Bon, si tout ça a été possible, je voudrais dire, au début de cet exercice des crédits, M. le Président, que c'est grâce aux efforts très importants qui ont été consentis

par le personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux. Bien sûr, on les entend présentement puis on les a entendus dans le passé manifester de l'inquiétude, manifester des insatisfactions parfois, et il faut comprendre que c'est tout à fait normal. On ne passe pas à travers une réorganisation comme ça sans en subir des contrecoups. Et, d'être capable de garder le cap toujours sur la finalité, qui est d'améliorer la qualité des services qu'on donne à une clientèle et à une population, c'est demander beaucoup de renoncement parfois à des gens qui vivent ces changements-là comme étant responsables de produire les services. Mais, dans l'ensemble, de façon très, très large, les gens se sont comportés de façon très responsable et ont su faire les ajustements et, dans des conditions parfois difficiles, maintenir la qualité des services qu'on a donnés, et ça, je pense que ce n'est pas seulement une vision en rose de la situation de la part du ministre ou du ministère. Beaucoup de sondages, beaucoup de coups de sonde dans la population ont confirmé que, malgré les craintes qu'on pouvait avoir, les gens qui ont dû avoir des services de santé et des services sociaux ont été très satisfaits, dans des proportions de 80 % à 90 %, des services qui ont été reçus, et, pour ça, faut rendre hommage à ceux qui sont responsables de ça, c'est-à-dire ceux qui donnent les services.

Bon, quelques exemples de ce que ça nous donne et le genre de situation où on se retrouve. Encore une fois, comme je disais tout à l'heure, tout n'est pas complété, il y a des pans de mur encore importants sur lesquels il faut travailler, mais il y a quand même certaines réalisations dont faut se rappeler, qui ont été marquantes. L'assurance-médicaments était en lien avec cette transformation. On s'est rappelé que le médicament est devenu une technologie de la santé très importante. Grâce au médicament, des gens qui devaient être institutionnalisés et même protégés contre eux-mêmes, dans le cas de certaines maladies mentales importantes, peuvent maintenant circuler, vivre dans la communauté. Par contre, le médicament est une technologie qui se développe beaucoup et où les coûts...

Si globalement le prix de beaucoup de médicaments a été assez bien contrôlé, il y a une production de nouveaux médicaments très performants qui sont de plus en plus coûteux. On était dans une situation où il y avait à peu près 1 500 000 habitants de notre pays, du Québec, qui n'avaient aucune couverture, aucune protection. On avait des situations où des gens, avec un écart de revenus de quelques milliers de dollars, se trouvaient dans une couverture complète sans aucuns frais de leurs médicaments et où d'autres n'avaient aucune couverture, des gens qui avaient 65, 66 ans et qui avaient une couverture à peu près complète et des gens de 63 ans qui n'avaient aucune couverture. Il y avait donc des inéquités à corriger, et le programme d'assurance-médicaments, tout en étant obligé de demander une contribution à tout le monde parce qu'on était toujours dans ce contexte d'économies à réaliser, a permis, tout en faisant des économies, d'atteindre une beaucoup plus grande équité et une accessibilité égale pour tous maintenant à tous les

médicaments qui sont nécessaires pour le maintien de la santé, pour le traitement des problèmes qui peuvent se présenter.

J'y faisais référence tout à l'heure, un des grands acquis, je pense, de cette transformation, c'est la consolidation au niveau local de l'ensemble des services de première ligne, qui intègrent aussi les soins de longue durée, et maintenant à partir d'une information beaucoup plus accessible, Info-Santé. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'endroits dans le monde où, 24 heures par jour, sept jours par semaine, on peut avoir au bout de la ligne un professionnel de la santé ou des services sociaux qui est capable de donner de l'information. Certaines études de première évaluation ont montré que des gens nous disent, jusqu'à un pourcentage de l'ordre de 30 %, je pense, ou plus, que ça évitait à des gens de se précipiter à l'urgence de l'hôpital et qu'on a donné l'information dont ils avaient besoin pour, de façon responsable, régler leurs problèmes, souvent, ou que les gens ont mieux su s'orienter et ont su comment mieux utiliser leur système de santé et de services sociaux pour aller chercher ce dont ils avaient besoin. Donc, à partir de l'information plus accessible jusqu'aux différents types de services, y compris les services d'hébergement et de soins de longue durée quand l'autonomie des gens a été trop diminuée, ça devient maintenant une organisation intégrée pour une population et gérée par un conseil d'administration où la population est majoritaire et bien représentée.

Je donne un autre exemple, je ne veux pas passer le bilan en détail en revue, mais cette accessibilité à des services, en termes de plages de temps, s'est améliorée aussi. Ce n'est pas parfait, mais je pense qu'il n'y a pas de CLSC maintenant au Québec qui n'offre pas des services sur une plage de 60 heures par semaine ou plus. Dans des endroits où il n'y a pas de centre hospitalier, dans des régions plus rurales, je pense qu'on a une douzaine de CLSC qui fonctionnent 24 heures par jour pour s'assurer des services de petite urgence. Donc, l'accessibilité aux services, qui a été durement mise en cause dans cette réorganisation, est restée, je pense, une réalité, et on est en position pour pouvoir l'améliorer au cours des prochaines années.

Au niveau de l'hôpital, l'hôpital a vu son rôle se changer de façon importante. À mesure que l'établissement de première ligne, le CLSC devient un peu la base du système de santé, l'hôpital prend un rôle qui lui permet d'utiliser de façon beaucoup plus efficace les technologies modernes, et on sait que, tout en diminuant la durée de séjour dans les hôpitaux, on a pu augmenter la productivité des hôpitaux. Il y a de plus en plus de gens qui reçoivent des services hospitaliers, maintenant, et ça, ça aurait été très paradoxal il y a 10 ans. C'était devenu de plus en plus, au cours des 10 dernières années, possible d'avoir des services hospitaliers sans devoir être hospitalisé. Mais, avec la réorganisation, il y a vraiment un accent qui a été mis là-dessus et une accélération de ce mouvement.

Donc, M. le Président, je pense qu'on se retrouve, trois ans après, avec une réorganisation qui a fait à peu près tout le chemin qu'elle a pu faire en trois ans et qu'on

a vu, au cours de 1997-1998, la dernière année, aussi commencer à se refléter sur le terrain, en plus de ce qui se passe localement et régionalement, des orientations données pour l'ensemble du Québec, à partir du ministère, qui permettent d'assurer à tout le monde au Québec que, peu importe leur région, peu importe l'endroit où ils sont, il y a un minimum de standards qui, de plus en plus, sont assurés à tout le monde, que ce soit dans le domaine des orientations en santé mentale, les priorités de santé publique, les stratégies de prévention du suicide, le programme de lutte contre le cancer, les stratégies interministérielles contre la violence. Il y en a une quinzaine, 12 à 15 de ces grandes orientations là qui encadrent l'ensemble du réseau, et on s'est donné, dans certains secteurs où la transformation est très importante, des nouvelles institutions qui nous permettent une meilleure organisation de nos ressources, comme l'Institut national de santé publique ou la réorganisation et l'intégration des services qui regardent le sang au Québec avec Héma-Québec qui a été créé il n'y a pas tellement longtemps.

On aura à faire des efforts plus grands, mais il y a déjà, cette année, en 1997-1998, un effort qui a été fait pour améliorer nos moyens de permettre au personnel de mieux s'adapter, d'avoir recours à des formations, et de poursuivre la réorganisation du réseau, et d'y participer de façon très active plutôt que de seulement la subir.

Les crédits de cette année reflètent d'abord une décision importante prise par le gouvernement à l'automne dernier, qui a été de réaliser qu'on s'était rendu à la limite, qu'on avait toujours dit — j'ai eu à le répéter souvent — qu'on serait très vigilants pour ne pas franchir un point au-delà duquel, dans l'effort budgétaire, on risquerait de mettre en péril la qualité et l'accessibilité aux services, et ce point a été atteint en 1997-1998. On se rappellera qu'en septembre la décision a été prise d'alléger, comme on appelle dans le jargon, la «commande budgétaire» au réseau de la santé et des services sociaux de l'ordre d'à peu près 300 000 000 \$, donc de la diminuer d'à peu près de la moitié de ce qui avait été prévu au début. Et, cette année, on voit le reflet de ça dans les crédits pour 1998-1999, qui sont, en fait, une augmentation des crédits budgétaires de 3 %.

● (15 h 40) ●

Ça laisse un effort important à faire de 150 000 000 \$ pour le réseau plus un 8 000 000 \$ pour les fonctions administratives, 158 000 000 \$, un effort très important qui va demander que, au-delà de l'effort qui a été fait dans tout le secteur administratif, qui a été taxé de l'ordre d'à peu près 25 % de réductions dans l'ensemble au Québec... L'effort au niveau central a été de 30 % de réduction, 20 % au niveau des régies régionales, pour un effort de réduction des dépenses administratives moyen d'à peu près 25 %. L'ensemble de tous les organismes y ont contribué à la hauteur d'au moins 8 %.

Au-delà de ça, sur une période qui devrait être un peu plus longue comme réalisation, à cause des temps de latence d'économies faisables, on pense qu'on a à compléter des actions, pour tout ce qui est service de

soutien et service administratif, qui ne vont peut-être pas apporter beaucoup, beaucoup dans le court terme, mais qui ont un potentiel énorme d'économies. À l'intérieur, maintenant, d'un budget qui a réalisé sa part de coupures, où on a fini de couper, tout ce qu'on libère de ressources par une plus grande efficacité administrative devient des services de plus qui sont disponibles pour la population.

Les orientations — je terminerai là-dessus, M. le Président — qui seront privilégiées dans cette année charnière, c'est d'abord de mettre une priorité absolue sur la consolidation de la première ligne, ce à quoi j'ai référé tout à l'heure, en pensant aux personnes âgées, donc au maintien à domicile, comme une des priorités, sûrement à Info-Santé, qui est un peu la facilitation de l'accès au système. On pensera aux jeunes avec, entre autres et singulièrement, des problèmes comme les toxicomanies, le suicide, on pensera au soutien aux familles, en référence surtout aux personnes handicapées et aux gens qui ont des problèmes de santé mentale.

Le deuxième grand secteur de priorités, c'est au niveau des services hospitaliers où on a déjà commencé à cibler quatre secteurs chirurgicaux particuliers: la cardio, la neurologie, l'orthopédie, surtout pour ce qui regarde les prothèses de genou et de hanche, et l'ophtalmologie, surtout en regard des cataractes qui sont un problème très important pour les personnes âgées. Et, en plus de ces quatre secteurs chirurgicaux, le domaine de la radio-oncologie et les urgences, bien sûr, vont être des domaines prioritaires importants.

Au niveau des soins de subsécialités, des CHU et des réseaux d'enseignement, on travaillera, cette année, à voir comment on peut avoir des plans d'action et commencer à les mettre en oeuvre pour s'assurer que les équipements de haute technologie dont on a besoin pour suivre l'évolution technologique pour certains types de services... pour bien appuyer aussi les efforts de recherche et de développement qui sont faits dans le réseaux afin qu'ils puissent être faits.

Et il y a des modifications importantes qu'on est à mettre en place avec les médecins, qui s'appellent des plans de pratique pour s'assurer que la pratique médicale dans les grands centres universitaires où on doit intégrer des activités de formation, de recherche et de services et fonctionner dans des domaines de haut de gamme où l'évolution est très, très rapide... qu'on ait un corps médical qui a des profils de carrière beaucoup plus stimulants et qui correspond beaucoup plus à ses conditions de travail.

Nous avons présentement à l'étude, espérant qu'on pourra l'adopter, une loi qui s'appelle le «projet de loi n° 404», qui, entre autres, révisé de façon importante et améliore de façon importante, je pense, tout le service de plaintes dans notre système pour l'orienter vraiment comme un service à la clientèle, et qu'on soit de plus en plus en contact avec les gens qui ont eu des services, et que ces gens-là aient de plus en plus de facilité à donner une rétroaction sur les services qu'ils ont eus, et qu'on se serve de ça pour vraiment continuer à améliorer nos services. Et, en plus, le projet de loi n° 404 apportera un bon

nombre d'allègements administratifs de sorte que la décentralisation soit facilitée en enlevant beaucoup d'irritants et de lourdeur administrative et en nous permettant d'aller plus loin dans la décentralisation.

Alors, M. le Président, voilà quelques éléments que j'ai voulu identifier parmi les plus importants, qui nous donnent un peu la perspective de ce qu'on a traversé, l'importance de cette année charnière qui est devant nous et l'espoir, je pense, qu'on a dans l'an prochain, où on atteindra le déficit zéro, de s'être préparés pour accélérer un développement dans un système qui saura dépenser de façon beaucoup plus efficace les ressources qu'on y met, de sorte que, de l'argent mis en santé, il y aura toujours une partie qui sera de la dépense pour le président du Conseil du trésor, mais ça deviendra en bonne partie aussi beaucoup un investissement pour la santé et pour le bien-être de la population. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le ministre. J'invite maintenant M. le député de Brome-Missisquoi à faire ses remarques préliminaires.

M. Pierre Paradis

M. Paradis: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, vous me permettez de saluer le ministre et les gens qui l'accompagnent. Je ne peux m'empêcher de remarquer que c'est le ou la troisième sous-ministre en très peu d'années qui accompagne le ministre de la Santé. On se rappellera d'André Trudeau, on se rappellera de Paul-André Paré, et maintenant on accueille Lise Denis comme sous-ministre de la Santé. Je compatis, un peu comme on a compati l'an passé, avec la nomination de Cécile Cléroux à la tête du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. On nous dit que c'était un défi qui n'était pas facile à relever.

Mme Denis, je lui souhaite bonne chance. Je lui demande de faire preuve du maximum de transparence. Cette année, les livres de crédits qui ont été remis ne reflètent pas la même transparence que les années passées. En ce qui concerne les citoyens comme tels, les listes d'attente, on nous glisse ou on nous insère, en réponse aux questions, un article publié dans le Fraser Institute qui date de statistiques de 1985. Ce n'est pas une façon de répondre aux parlementaires et à la population, de quelque côté de la Chambre que ça se retrouve. Je vous demande de donner ces renseignements-là brutalement. Si ce sont de bons renseignements, la population pourra s'en réjouir; si ce sont de mauvais renseignements, la population pourra le déplorer.

Je tiens à vous souligner que vous n'êtes pas la seule à avoir péché. Le bureau du premier ministre, à l'occasion de votre nomination, a omis de mentionner dans votre curriculum vitae que vous aviez déjà été ministre sous le gouvernement du Parti québécois. C'est sans doute un défaut de transparence accidentel, mais il ne faut pas que ces choses-là se poursuivent. Il faut que les gens sachent à quoi s'attendre. Madame, vous avez quelque chose à dire?

Mme Charest: Continuez. Je ferai mes commentaires après.

M. Paradis: Ça va. Je pense que les gens ont le droit à toute la vérité, et ils sauront à quoi s'en tenir, surtout en ce qui concerne les listes d'attente comme telles. L'an passé, elles avaient été publiées. J'espère que ce n'est pas ça qui a causé un froid entre le ministre et le sous-ministre en titre à l'époque. Cette année, c'est une façon irrespectueuse pour la commission, pour la présidence, pour les membres des deux côtés de répondre à des questions et c'est un exemple que je donne; il y en a d'autres dans le cahier des crédits comme tel. Je ne vous en tiens pas rigueur, possiblement que tout ça a été préparé avant votre arrivée. J'ose espérer que, l'an prochain, ce sera plus transparent.

L'étude des crédits donne l'occasion aux députés, qui sont des représentants de la population, qui s'occupent des patients, des malades, des personnes les plus vulnérables de notre société, de vérifier comment, dans l'année qui s'est écoulée, l'argent — puis c'est beaucoup d'argent, en santé, M. le Président; on se plaint qu'on en manque, mais c'est quand même beaucoup, c'est un tiers du budget du Québec; on parle d'à peu près, pas tout à fait, là, 13 000 000 000 \$, c'est beaucoup d'argent — ça a été dépensé l'an passé et comment on veut ensemble que ce soit investi, l'an prochain, au bénéfice des gens que nous représentons à l'Assemblée nationale et qui sont les personnes les plus vulnérables que nous représentons.

Moi, je dois avertir le ministre que, à première vue, il y a des inquiétudes non seulement de la façon dont ça a été dépensé l'an passé, mais de la façon dont le ministre se comporte et ce qu'il nous propose cette année. Pour le ministre, il n'y a pas de problème. Donc, quand il n'y a pas de problème, il n'y a pas d'augmentation nette des crédits comme telle. Ce que le ministre nous dit, c'est qu'il y a tellement peu de problèmes que, cette année, on va être encore capable de couper 158 000 000 \$ dans la santé. Je ne sais pas si les députés de l'autre côté ont des témoignages différents de leur comté, mais les gens qui dépendent des services de santé et des services sociaux, moi, chez nous, me disent qu'il n'y a plus de place pour des coupures. Et là on va être appelés, nous, à voter programme par programme et élément de programme par élément de programme ce que le ministre nous propose en disant: Tout va tellement bien qu'il y en a trop. Donc, vu qu'il y a trop d'argent, on va en couper encore 158 000 000 \$, cette année.

Est-ce qu'on va tout simplement et servilement voter ces crédits-là ou est-ce qu'on va, programme par programme et élément de programme par élément de programme, questionner le ministre pour qu'il nous fasse la preuve qu'il y en a trop? À partir du moment où on sera convaincus qu'il y en a trop, on pourra voter des coupures de 158 000 000 \$. À partir du moment où on est convaincus qu'il en manque, bien, c'est notre devoir de parlementaire, si on choisit la ligne des gens qu'on représente plutôt que la ligne ministérielle... Mais ça, ça reste à voir, M. le Président.

L'an passé, on a assisté à une panoplie de problèmes qui ont été, le ministre va dire exagérés, moi, je dirai correctement médiatisés, les débordements d'urgence, M. le Président. C'est la première fois, moi, au Québec que je vois, le matin, en ouvrant mon téléviseur, après avoir entendu la météo, le rapport sur les sports, les nouvelles de l'actualité puis la congestion des ponts, la congestion des urgences, un tableau à chaque matin m'indiquant quelle est la congestion des urgences dans les grands centres urbains: N'y allez pas, vous ne pouvez pas vous faire soigner. Ça, je pense que c'est inacceptable que ça devienne une norme acceptée dans une société qui prétend avoir de la compassion pour les gens qui sont malades. Les listes d'attente ont allongé. Le ministre en est tellement conscient qu'il a passé des instructions à ses fonctionnaires de ne pas les publier cette année, de publier un vieil article du Fraser Institute qui part de données de 1996 alors que la question était directe.

• (15 h 50) •

Quand on a des bonnes nouvelles à annoncer, ce n'est pas la façon dont on procède. Quand on a des bonnes nouvelles à annoncer, on dit: En ophtalmologie, là, c'est raccourci. En ce qui concerne les prothèses, les gens qui attendent pour les hanches, là, il y en a moins, c'est moins long. Mais le ministre, au lieu de faire ça, cette année, a choisi de répondre un petit peu bêtement.

M. le Président, l'accroissement de la médecine à deux vitesses, les gens qui ont les moyens puis les gens qui n'ont pas les moyens, le ministre y a fait allusion tantôt en parlant des gens qui attendaient pour des opérations de cataracte. Il y a des médecins présentement qui se désengagent du service de la Régie d'assurance-maladie et qui disent aux gens: Ça coûte 1 200 \$, ça coûte 1 400 \$, ça coûte 1 500 \$; viens me voir. Il y a des médecins qui s'achètent des équipements et qui se les font financer par les banques, qui coûtent 1 000 000 \$, 1 500 000 \$, pour passer des tests. Et, si vous avez l'argent, vous pouvez vous faire soigner. Ça, ça s'est accéléré, au cours de la dernière année.

Il y a une question sur laquelle je vais revenir, M. le Président, parce qu'on a beau avoir, comme dit le premier ministre, le meilleur ministre de la Santé que le Québec n'a jamais connu, quand on n'a pas de personnel pour soigner les gens, ce n'est pas le ministre qui soigne les gens; lui, il soigne son image puis il soigne l'image de son parti. Pénurie de médecins, pénurie de médecins spécialistes, maintenant pénurie de médecins omnipraticiens dans des régions qui couvrent ou qui s'étendent de plus en plus à la grandeur du Québec, autant à Montréal que dans les régions périphériques, et j'y reviendrai. Pénurie de personnel infirmier, épuisement du personnel en place et, comme si ce n'était pas suffisant, comme si ça n'avait pas déjà coûté assez cher à notre société, endettement de notre système, particulièrement du système hospitalier du Québec. Moi, j'aimerais savoir du ministre de la Santé de combien les hôpitaux du Québec ont été coupés, l'ensemble des hôpitaux, depuis qu'il assume sa responsabilité de ministre.

Je regardais strictement, dans les renseignements fournis cette année, l'augmentation des déficits, à la page

117 du tome I, réponses aux questions particulières. On se rend compte que le déficit des centres hospitaliers est passé de 54 000 000 \$ en 1995-1996 à 148 000 000 \$ en 1996-1997, à 256 000 000 \$ en 1997-1998. À la page 73 du tome II, on se rend compte que les déficits accumulés s'élèvent à 442 000 000 \$. Est-ce que ça apparaît dans le déficit zéro dont le premier ministre se vante régulièrement sur la place publique? Est-ce que ce 442 000 000 \$ apparaît dans ce qu'il est convenu d'appeler une hypothèse sur ce qu'il y a de plus essentiel pour les services à la population du Québec? Moi, j'aimerais que le ministre nous dise si, en plus de ce 442 000 000 \$, il y a des emprunts qui ont été effectués par les régies régionales pour le bénéfice des centres hospitaliers de leur région. M. le Président, si, l'an passé, les hôpitaux ont terminé l'année avec un déficit de 250 000 000 \$ et que l'on impose, cette année, des compressions qu'on nous demande de voter ici, tous et chacun d'entre nous, de 158 000 000 \$, quel va être le déficit accumulé qui n'apparaîtra pas au bilan financier du gouvernement du Québec? 158 000 000 \$ en plus des 256 000 000 \$, simplement pour cette année et l'an passé.

M. le Président, la situation est inquiétante pour ceux et celles... d'autant plus que je pense que le ministre de la Santé, à un moment donné, a compris le problème puis s'est fait rappeler à l'ordre par soit le ministre des Finances, soit le premier ministre. Dès l'année 1996 — on est en 1998 — dès le 6 octobre 1996, le ministre de la Santé déclarait d'un ton très solennel, et on est obligé de le croire quand il dit ça: Moi, je peux assurer le monde que les coupures, c'est fini. Le ministre doit s'en rappeler, il était à l'émission *Mongrain*. C'est ce qu'il disait à la population du Québec. Moi, je suis certain que les députés de l'autre côté l'ont cru, je suis certain que les fonctionnaires du ministère l'ont cru. En tout cas, l'ensemble de la population n'avait pas de raison de douter. Il venait d'arriver, ça ne faisait pas tellement de temps qu'il était là, puis, à *Mongrain*, tu ne vas pas dire n'importe quoi. Pardon?

M. St-André: ...les documents?

M. Paradis: Bien, c'est-à-dire, je n'ai pas lu mes documents, moi, je lis le ranscript de l'émission *Mongrain*: «Les coupures, c'est fini.» Ça, c'est le 6 octobre 1996.

Le 4 octobre 1997, parce que c'est au mois d'octobre que le ministre a des relents de sincérité puis des relents de véracité, il déclarait à Michelle Coudé-Lord, du *Journal de Montréal*, le 4 octobre 1997: Le pire est derrière nous, je le sens. Avec toutes ces compressions, on vient de frapper le mur. Ça, c'était un an après la première déclaration: Il n'y en aura plus, de compressions.

M. le Président, je ne sais pas ce qu'il va déclarer au mois d'octobre qui s'en vient, mais, moi, ce que je vois dans les crédits, c'est 158 000 000 \$ de compressions additionnelles qui vont affecter les gens qu'on représente dans nos comtés. Là, je sens des députés qui sont prêts à défendre le ministre plutôt que de défendre les gens — ça,

il y en a quelques-uns au Parti québécois — mais il y en a d'autres, je dois le reconnaître, dans la formation ministérielle qui ont choisi de représenter leurs citoyens plutôt que de représenter le gouvernement auprès de leurs citoyens. Ça a été le cas du député de Saint-Jean — je pense que le monde en a été témoin à l'Assemblée nationale — le cas du député de Lévis, il y en a quelques-uns comme ça, mais c'est rare. Les autres préfèrent rester assis sur leur chaise plutôt que de partir avec leur chaise.

Dernièrement, M. le Président, parce que certains diront: C'est un libéral qui parle, ce n'est pas crédible...

Mme Charest: Ça, c'est vrai.

M. Paradis: ...l'ancien premier ministre... Il y a quelqu'un qui vient de dire, de l'autre côté, une députée: Ça, c'est vrai. Je vais citer un péquiste. Ça, ça doit être vrai aussi. Un ancien premier ministre, Jacques Parizeau, ça ne fait pas tellement longtemps, déclarait dans le journal *Le Soleil*: «En santé, on a voulu aller trop loin et sauver trop d'argent trop vite sur le dos des malades.» Je n'entends plus «ça, c'est vrai», M. le Président, mais je présume que c'est le même écho qui devrait me revenir de l'autre côté de la table si on n'était pas partisan et si on avait à coeur les gens que l'on représente.

M. Parizeau, encore — si on ne veut pas écouter, de ce côté-ci, au moins qu'on écoute le gardien de la doctrine: «Faire disparaître toutes les infirmières en même temps, ce n'était pas la trouvaille du siècle.» J'imagine qu'il s'adressait au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce n'est pas un libéral qui s'adresse à lui, là, c'est M. Parizeau. Et je pense que, dans ces cas-là, M. Parizeau jouit de l'éloignement nécessaire, lui, pour ne pas être pris dans ce qu'on appelle la «partisanerie» et rappeler à l'ordre des officiers gouvernementaux très importants comme le ministre de la Santé et des Services sociaux lorsqu'il y a débordement, lorsque la vie, la santé de la population est mise en danger par des décisions bureaucratiques et technocratiques qui sont loin des préoccupations de la population.

Et le rôle, M. le Président, je vous le souligne, je sais que c'est votre rôle à vous, je sais également que c'est le rôle des gens de l'autre côté — on va voir comment ils l'assument — de rappeler au ministre que ce qui compte d'abord et avant tout, c'est la santé des gens. Puis peut-être ce qui a mis, l'an passé, la cerise sur le sundae, si vous me passez l'expression, ça a été la décision du ministre d'investir non pas la petite marge de manoeuvre qui avait pu se dégager dans les soins à la population, mais plutôt d'engager et d'investir cette marge-là, 11 000 000 \$. Ce n'est quand même pas négligeable.

● (16 heures) ●

Hier, le premier ministre nous disait qu'il n'avait pas un seul sou de disponible au gouvernement du Québec pour les victimes de l'hépatite C, pas un seul sou de disponible, et je pense que le ministre de la Santé le conseillait, à ce moment-là. Il y avait 8 000 000 \$ pour les banques, il y avait 75 000 000 \$ pour la bibliothèque, il y avait 60 000 000 \$ pour les chevaux de course, mais pour

les victimes de l'hépatite C il n'y avait pas un seul sou de disponible.

11 000 000 \$ en publicité, le ministère de la Santé a dépensé plus de 11 000 000 \$ en publicité et en commandite dans les trois dernières années alors que le réseau de la santé subissait les plus dures compressions de son histoire. Je pense, M. le Président, que, quand on a une responsabilité ministérielle comme celle du ministre de la Santé et des Services sociaux, la meilleure publicité dont il peut jouir — et là j'hésite pratiquement à le dire parce qu'il va le prendre avec un grain de sel — s'il souhaite avoir un conseil d'ami, la meilleure publicité dont un ministre peut jouir, c'est un régime qui fonctionne bien, c'est un régime qui soigne bien, et dans des délais raisonnables, les gens qui font appel au système. Et, si vous avez un régime qui répond bien à la mission dont l'Assemblée nationale l'a chargé, vous n'avez pas besoin de 11 000 000 \$ en publicité, vous avez besoin d'utiliser correctement les ressources humaines qui sont mises à la disposition des gens qui sont là pour rendre des services.

M. le Président, ça m'amène — et j'ai prévenu le ministre que j'y reviendrais — à la pénurie de médecins. On pourrait parler — et j'y reviendrai — de pénurie de médecins spécialistes. J'ai déjà eu l'occasion d'interroger le ministre de la Santé sur la pénurie de médecins omnipraticiens, et le ministre de la Santé m'a répondu à ce moment-là: Tout a été planifié dans les moindres détails; les omnipraticiens, on en a trop au Québec, et, lorsqu'on offre des programmes de retraite anticipée, c'est parce qu'on a prévu que les ressources seraient là en nombre disponible pour répondre à la population.

Aujourd'hui, M. le Président, je vais faire le travail — ce n'est pas à sa demande expresse, mais je suis certain que, s'il était ici, il me demanderait d'intervenir en son nom — d'un député de l'Assemblée nationale, le député de Jonquière. Les plans d'effectifs médicaux pour la circonscription de Jonquière prévoient 59 médecins. Présentement, 39 médecins sont disponibles. Il y a 15 jours, ces médecins, surchargés de travail, afin d'alerter l'attention de leur député, ont effectué une journée d'étude. Réaction nulle de la part du député de Jonquière, nulle de la part du ministre de la Santé.

Lundi dernier, ces médecins, encore une fois essouffés — ils n'en peuvent plus, il en manque 20; ils sont 39 alors que les plans d'effectifs en prévoient 59 — ont décidé de ne plus assurer la disponibilité pour la garde en gériatrie. Ça, c'est le début de la semaine. Le ministre est mort de rire, M. le Président. Je ne suis pas certain, moi, que le député de Jonquière est mort de rire. Et je ne suis pas certain que la population qui a vécu cette journée d'étude et je ne suis pas certain que les personnes âgées du comté de Jonquière comprennent. Ils comprennent d'autant moins que dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean le ministre de la Santé a offert jusqu'à 300 000 \$ à 14 médecins omnipraticiens pour qu'ils prennent leur retraite et qu'ils ne soignent plus la population.

Moi, j'aimerais, dans un premier temps, pour qu'on tente de clarifier l'oxygène, que le ministre nous explique, lui qui a tout planifié dans les moindres détails, comment

il a pu en arriver à offrir à 14 médecins de cette région-là jusqu'à 300 000 \$ pour qu'ils prennent leur retraite alors que son plan d'effectifs, le plan de la régie régionale, pour le comté du premier ministre — imaginez-vous vos comtés, vous autres, les députés d'arrière-banc, si le comté du premier ministre n'est pas une priorité pour le ministre de la Santé, il y a des députés qui peuvent crier longtemps — n'a pas été rencontré. Et non seulement il n'a pas été rencontré, mais il a incité des médecins à ne pas soigner les gens, allant à les payer jusqu'à 300 000 \$. Moi, j'aimerais comprendre du ministre de la Santé sur quelle logique repose sa proposition.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? Merci, M. le député. J'ai compris qu'il y avait d'autres remarques préliminaires, M. le député de Maskinongé.

M. Rémy Désilets

M. Désilets: Oui, merci, M. le Président. D'abord, moi, je ne sais pas grand-chose et j'essaie de répliquer un petit peu à notre ami, entre parenthèses, oui, Ernest Jacob, mais Ernest Jacob, il chemine.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je m'excuse, mais je ne voudrais pas qu'on commence sur cet élan-là, qu'on respecte les règles de part et d'autre. Allez-y, M. le député.

M. Désilets: Oui. Je me demande à quelle place était le député de Brome-Missisquoi depuis trois ou quatre ans. Je ne sais pas s'il était dans la lune ou où il était, mais on dirait qu'il arrive à terre après une longue chute ou un grand voyage, qu'il n'était pas là lors du Sommet économique, en 1996, où tout le monde... il y avait un consensus, et même de sa formation politique, pour l'objectif d'atteindre l'objectif zéro quelques années plus tard, trois ans plus tard. On dirait qu'il n'était pas là puis qu'il n'était pas conscient de ce qui s'amenait.

J'aimerais savoir aussi du ministre, de l'ancien ministre Marc-Yvan Côté, pendant que l'opposition était au pouvoir, il a essayé de mettre de l'ordre un petit peu dans le système de la santé, mais il a manqué d'écoute de la part de ses collègues de l'époque; il n'a pas pu faire le virage ambulatoire, il n'a même pas pu le commencer parce qu'il n'avait pas l'appui de ses collègues. Et au niveau du parc immobilier, au niveau des hôpitaux, c'était le fiasco à l'époque, c'était un fiasco au niveau des urgences, et puis on n'a pas jugé bon à l'époque d'impliquer et d'investir davantage dans le domaine de la santé.

Maintenant, on essaie de se gargariser, puis dire: Écoute, ce n'est pas correct. Mais, moi, je me dis: Écoute, il y avait un virage important à faire, à commencer à l'époque, vous ne l'avez pas fait; maintenant, on fait énormément, on améliore la situation d'une façon remarquable. Et au lieu de critiquer, oui, vous devriez, à la place, participer, essayer de trouver des éléments de solution encore davantage, au lieu d'être une critique bête

un peu comme vous le faites. Parce qu'en plus de ne pas avoir fait l'effort à l'époque vous accumuliez déficit par-dessus déficit et dépassiez des déficits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député, vous n'oubliez pas de vous adresser au président, s'il vous plaît, avec respect. S'il vous plaît.

M. Désilets: C'est un peu, M. le Président, ce que je voulais vous laisser comme. . .

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Et, de part et d'autre, on a écouté respectueusement, je pense, jusqu'à maintenant et le ministre et le leader de l'opposition, alors j'apprécierais qu'on continue de la même façon.

M. Désilets: Mais c'était tout pour mes remarques.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'était tout?

M. Désilets: Oui, pour le moment je vais m'en tenir à ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Rimouski, je pense que vous avez des remarques préliminaires.

Mme Solange Charest

Mme Charest: Oui, merci, M. le Président. Alors, vous savez, quand on est dans l'opposition, il y a certains députés de l'opposition qui s'imaginent qu'ils peuvent dire n'importe quoi et que, peu importe ce qu'ils disent, leur crédibilité, ça ne semble pas les préoccuper. Alors, moi, je suis députée du côté de Rimouski, je suis très fière de l'être, et j'en suis à mon premier mandat. Je peux affirmer ici que la question de la crédibilité est une chose très importante en politique si on veut vivre et survivre et j'apprécierais beaucoup que la critique de l'opposition officielle soit un peu plus crédible dans ses remarques.

Vous savez, on peut faire des critiques et être très constructif, mais on peut charrier et dire n'importe quoi, et ça n'arrange en rien les problèmes auxquels on doit faire face. Oui, la réforme de la santé a été une réforme majeure; on n'en fait pas de cette ampleur à tous les jours et une réforme de cette ampleur exige beaucoup de suivi, et je pense que la réforme qu'on a effectuée, on devait la faire. Et, dans le fond, ce que la critique de l'opposition officielle nous reproche, c'est d'avoir fait ce qu'eux, les libéraux, n'ont jamais eu le courage de faire au cours de leurs 10 ans de mandat. M. Marc-Yvan Côté, le ministre de la Santé du gouvernement libéral s'est essayé à quelques reprises, mais il n'a pas eu l'appui de ses collègues du Parti libéral du Québec et il a été obligé de fermer les livres et de ne pas s'en occuper. Et c'est comme ça qu'on s'est retrouvé en 1994-1995 avec un déficit de 6 000 000 000 \$.

• (16 h 10) •

Depuis que nous sommes arrivés, nous avons dû faire également face à des coupures du fédéral, en termes de transferts aux provinces, dans le domaine de la santé de l'ordre de 7 000 000 000 \$. Et même votre chef, que vous couronnez ce soir, M. Jean Charest, rappelait, durant la dernière campagne électorale fédérale, que seul Jean Chrétien était responsable de la détérioration des soins de santé. Il disait que Jean Chrétien était le seul à dire qu'il n'avait pas de responsabilités. Mais la réalité était que le gouvernement libéral fédéral avait imposé des réductions de 35 % de ses paiements de transferts aux provinces au titre de la santé et des services sociaux.

Jean Charest disait et je le cite: «M. Bouchard, comme Mike Harris, comme Gary Filman, comme Ralph Klein, comme tous les autres premiers ministres, sont obligés de gérer les coupures unilatérales d'Ottawa.» Et ça, c'était dans les journaux du 7 mai 1997, plus précisément dans le *Journal de Québec, Le Devoir*, etc.

Alors, je pense que là-dessus on pourrait mettre les pendules à l'heure, et on pourrait... qu'une réforme de ce type-là peut exiger à l'occasion des réajustements, des aménagements, des arrimages et de revoir des façons de faire. Mais ceci étant dit je suis persuadée, pour être une professionnelle de la santé, parce que dans ma vie antérieure j'ai oeuvré 12 ans dans le domaine de la santé, je peux vous dire que la réforme, elle devait se faire, qu'elle se fait bien et que, dans l'ensemble du système, les choses qui se sont faites devaient être faites.

Ceci étant dit, moi, je voudrais aussi revenir sur la question des témoignages dans le comté. Vous avez peut-être des témoignages de gens insatisfaits, mais laissez-moi vous dire M. le critique de l'opposition officielle, que nous aussi, les députés au pouvoir, on reçoit des critiques. Et ça s'adonne que ce sont des...

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

Mme Charest: Oui, M. le Président, je m'adresse à vous pour que vous parliez au critique de l'opposition...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous savez comment le président a les épaules larges. Ha, ha, ha!

Mme Charest: ...pour que vous lui transmettiez mes messages.

Des voix: ...

Mme Charest: Oui, et, moi, je vous vois et j'en profite pour vous passer quelques messages.

Alors, je voudrais vous dire, M. le critique de l'opposition, par l'entremise de M. le Président, que, encore dimanche dernier, j'étais au centre hospitalier régional de Rimouski et qu'il y a des citoyens et des citoyennes qui sont venus me dire jusqu'à quel point ils avaient reçu des soins et des services de qualité, dans des délais tout à fait normaux, et ce, au cours des derniers mois, malgré la réforme et malgré les compressions budgétaires.

Alors, moi, ce que je voudrais passer comme message au critique de l'opposition, c'est d'avoir du respect aussi pour le personnel qui oeuvre dans ce grand réseau qui est celui du réseau de la santé du Québec. Il faut reconnaître la qualité du travail et il faut aussi que les travailleurs, qu'ils soient techniciens, qu'ils soient professionnels, qu'ils soient employés de soutien, soient fiers du travail qu'ils effectuent dans le réseau de la santé et qu'ils ne soient pas gênés du tout d'appartenir à ce réseau. Alors, je pense que là-dessus vous seriez beaucoup plus constructifs, l'opposition officielle, si vous saviez reconnaître à César ce qui appartient à César, parce que, malgré la réforme, la qualité des services et des soins a été maintenue et l'accessibilité...

M. Paradis: M. le Président, simplement un petit rappel à l'ordre.

Mme Charest: ...a été également maintenue.

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

M. Paradis: M. le Président, simplement un petit rappel à l'ordre. Je ne suis pas ministre de la Santé. Les remarques préliminaires, habituellement, ça s'adresse au ministre. Je ne veux pas interrompre le...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, si vous voulez terminer votre intervention, en n'oubliant jamais de vous adresser au président, entre autres.

Mme Charest: Bien, M. le Président. Je veux bien que le critique de l'opposition officielle fasse des procédures, mais il me semble qu'il y a des choses qui doivent être dites et qui sont le moment propice pour le dire.

Pour l'instant, je vais m'arrêter ici. Je n'insisterai pas plus, mais je reviendrai sur certains éléments, parce que je trouve inadmissible qu'en 1998, si on n'a pas de critiques constructives à faire, il me semble qu'au lieu de nuire on devrait essayer d'aider. Alors, je pense que ça, c'est un message que je tiens absolument à passer au critique de l'opposition par vos bons services, M. le Président.

M. Paradis: M. le Président, je m'excuse encore une fois, là. Si on veut féliciter le ministre, je n'ai aucune objection. C'est permis par le règlement, et qu'on le fasse, mais...

Mme Charest: Vous avez juste à ne pas dire des conneries...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que j'aurais votre accord, votre collaboration, M. le député de l'opposition, pour permettre au ministre de faire un appel urgent? Je suspendrais pour quelques minutes.

M. Rochon: Merci.

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

(Suspension de la séance à 16 h 10)

(Reprise à 16 h 24)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, nous reprenons nos travaux. Mme la députée de Rimouski avait terminé ses remarques préliminaires. M. le député de L'Assomption, je pense que vous vouliez faire des remarques préliminaires.

M. Jean-Claude St-André

M. St-André: Merci beaucoup, M. le Président. Je vais devoir exprimer mon profond désaccord une fois de plus avec le député de Brome-Missisquoi, pas parce qu'il est libéral mais parce qu'il est profondément démagogue.

Des voix: Oh!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît! Là je vais faire appel à la collaboration de tout le monde pour...

Une voix: Encore interrompu.

M. Paradis: Comme il doit s'adresser à la présidence, le terme s'adressait à la présidence. M. le Président, défendez-vous.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): D'abord, tout le monde doit s'adresser à la présidence, d'une part, et, d'autre part, j'apprécierais quand même qu'on soit très prudent dans les remarques qu'on fait, tout en s'adressant à la présidence. Et je vous fais remarquer aussi qu'on est dans les remarques préliminaires, toujours. M. le député de L'Assomption.

M. St-André: Quand j'écoute le député de Brome-Missisquoi, les remarques qu'il a faites, je ne suis vraiment pas surpris que le nouveau chef du Parti libéral considère de le remplacer comme leader parlementaire. Ce n'est pas un hasard.

M. Paradis: Ça a été suggéré par le député de l'autre côté, M. le Président.

M. St-André: J'imagine que les journalistes écrivent à partir de ce que j'ai... Sûrement.

M. Paradis: La Société Saint-Jean-Baptiste est d'accord.

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

M. St-André: Je ne vois pas ce que la Société Saint-Jean-Baptiste vient faire dans les crédits du ministère de la Santé.

Ces choses étant dites, il y a deux points sur lesquels j'aimerais insister. D'abord, le député de Brome-Missisquoi a parlé de compressions dans les crédits du ministère de la Santé. C'est absolument faux. Il démontre qu'il ne prend pas connaissance de l'information et des documents puis des crédits qui ont été déposés par le président du Conseil du trésor. S'il avait pris la peine de consulter les documents, il y a une note qui me paraît assez claire, là — l'étude des crédits, cahier explicatif des crédits 1998-1999 — les crédits du ministère de la Santé pour cette année vont augmenter — augmenter — de 3,1 %. C'est écrit ici: 3,1 %, 390 000 000 \$.

Même mieux, M. le Président, dans les fonctions dites nationales — fonctions dites nationales, je présume qu'il s'agit plus d'activités qui sont reliées à l'administration, au support, à la coordination nationale — on a coupé dans les dépenses d'environ 4 %. Et dans les fonctions dites régionales ou des fonctions terrains — services directs à la population, je présume — les crédits ont augmenté de près de 4 %. C'est écrit ici en toutes lettres.

M. Paradis: Simplement pour prévenir le député que les applaudissements n'étaient pas pour son discours.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paradis: Non, mais simplement, il s'emballait.

M. St-André: M. le Président, je pense que ce serait important tout de même que vous rappeliez au député de Brome-Missisquoi qu'il y a un certain décorum à respecter en commission parlementaire. Souvent, il s'amuse, comme ça, à faire des petits commentaires, à nous interrompre dans le but évident de nous distraire de nos interventions. Je voudrais bien l'assurer que nous sommes parfaitement conscients de ce que nous faisons.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je voudrais simplement rappeler à tout le monde qu'on a écouté attentivement et le ministre et le député de Brome-Missisquoi, alors j'aimerais bien qu'on continue dans le même ordre.

M. St-André: Merci beaucoup, M. le Président.

M. Paradis: Et les remarques préliminaires s'adressent au ministre, toujours, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Et en passant par la présidence.

M. Paradis: Exact.

M. St-André: Bien, M. le Président. Je parle des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, ça s'adresse au ministre de la Santé, je pense. Je ne vois pas

en quoi je suis hors d'ordre, là. Je comprends, par exemple, que le député de Brome-Missisquoi n'ait pas le goût d'entendre parler des vraies affaires puis des vrais chiffres. Il aurait dû prendre connaissance de ses documents. Je pense que c'est important, ça fait partie de ma responsabilité de lui rappeler ça.

M. le Président, on a également parlé de Jacques Parizeau. J'ai eu le plaisir, hier soir, de participer à l'assemblée de mise en nomination de ma collègue de Blainville, à laquelle justement Jacques Parizeau a prononcé une allocution fort intéressante. Et c'est dommage que le député de Brome-Missisquoi était absent, parce que, s'il avait été présent, je ne suis pas sûr qu'il le citerait aujourd'hui, je ne suis pas sûr de ça du tout, du tout, du tout.

Bien sûr, Jacques Parizeau, c'est Jacques Parizeau; il a dit ce qu'il pensait, il n'a pas la langue dans sa poche, et il a exprimé effectivement certaines réserves à l'endroit de notre façon de gérer le dossier de la santé. Cependant, j'ai entendu de mes oreilles M. Parizeau saluer le courage et la détermination du ministre de la Santé qui a pris la direction de ce ministère-là dans un contexte extrêmement difficile, contexte d'ailleurs que le député de Brome-Missisquoi doit connaître, il a participé à le créer pendant au moins dix ans, n'est-ce pas? Les libéraux nous ont légué un déficit éphémère, 6 000 000 000 \$, on s'en souviendra, ce qui fait que le ministre de la Santé a eu une tâche beaucoup plus ardue à réaliser.

Il faut aussi rappeler — M. Parizeau, encore une fois, dans son allocution, hier, a insisté sur ce point-là — les coupures tout à fait irresponsables du gouvernement fédéral, de l'ordre de 2 000 000 000 \$ par année, qui ont forcé notre propre gouvernement à prendre des décisions difficiles — c'est vrai qu'on a pris des décisions difficiles dans la santé, pas juste dans la santé — mais en toute responsabilité et pour préserver l'avenir, pour préserver l'intégrité de notre système de santé, pour préserver l'intégrité de nos programmes sociaux. Il a fallu qu'on pose des gestes difficiles, et là on voit la marge de manoeuvre enfin émerger, on la voit enfin émerger.

● (16 h 30) ●

Et cette année déjà, au moment où on se parle, malgré toutes les décisions difficiles et le contexte extrêmement difficile qu'on a eu à gérer dans les trois dernières années, on voit enfin le résultat de nos fruits, on est capable, cette année, d'augmenter les crédits du ministère de la Santé de 3 %, et je suis convaincu que, dans les années qui vont venir, on va pouvoir faire plus, parce que c'est bien notre intention.

Et d'ailleurs je renvoie le député de Brome-Missisquoi aux déclarations mêmes du premier ministre du Québec rappeler que, aussitôt qu'il y aurait une marge de manoeuvre de disponible, elle serait d'abord allouée à la santé. Le député de Brome-Missisquoi devrait se rendre compte de ça. Bien sûr, pour ma part, j'admets qu'encore pour cette année ça ne m'apparaît pas suffisant, mais déjà, dès l'année dernière, lorsqu'on aura atteint le déficit zéro, on va pouvoir faire plus.

Et, si les libéraux avaient géré d'une façon responsable pendant quatre ans, déjà aujourd'hui on pourrait faire énormément. Si on avait voté oui au dernier référendum, on aurait déjà beaucoup plus de crédits disponibles au moment où on se parle, notamment pour la santé et pour l'éducation et pour toutes les missions gouvernementales. Le député de Brome-Missisquoi devrait savoir ça et il devrait avoir honte de citer Jacques Parizeau. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Est-ce qu'il y a d'autres remarques préliminaires? M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Léandre Dion

M. Dion: Merci, M. le Président. C'est sûr que tout le monde, dans un domaine aussi difficile, aussi délicat que celui de la santé, n'importe qui, n'importe quand peut toujours mentionner un bras qui saigne ou un pied qui a des ampoules, parce que ce n'est pas pour rien qu'on a un système de santé, c'est parce qu'il y a des bras qui saignent et c'est parce qu'il y a des ampoules aux pieds, c'est-à-dire c'est parce qu'il y a de la maladie, c'est parce qu'il y a de la souffrance. Mais se servir de cette réalité-là uniquement à des fins, je dirais, partisanes — je ne dirais pas «bassement partisanes», mais chacun comprendra — je pense que ce n'est pas tout à fait correct.

La première chose que j'ai faite quand j'ai été élu, une des premières choses que j'ai faites, ça a été d'organiser un débat-santé où j'ai réussi à mettre autour de la même table à Saint-Hyacinthe les gens, les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les administrateurs, enfin les gens de tout le milieu de la santé et des services sociaux, parce qu'il était très important, face aux différentes transformations qui s'en venaient, il m'apparaissait très important que les gens tirent dans la même direction, fassent une analyse semblable des mêmes problèmes et puissent s'entraider à trouver des solutions et pas seulement se tirer dans les jambes. Ça a été un succès extraordinaire et ça a permis aux gens de chez nous non pas de trouver faciles les transformations, mais de travailler d'une façon active et dynamique en collaboration avec les gens du ministère.

C'est sûr qu'il y a toujours deux choses qui sont présentes sur le terrain: d'un côté, une propagande très bien articulée, à partir des souffrances réelles des gens, pour démontrer qu'on ne s'occupe pas des vieux, qu'on ne s'occupe pas des femmes, qu'on ne s'occupe pas des enfants, qu'on ne s'occupe de personne, que ça va mal et que tout est à la débandade; mais, à côté de ça, quand on consulte les personnes, M. le Président, qui ont eu affaire au réseau de la santé, qui ont eu besoin dans les dernières années, dans la dernière année, le taux de satisfaction est considérable. Et, quand on parle avec les gens qui travaillent à l'intérieur de la santé, alors, là, c'est un tout autre son de cloche que celui de la propagande.

Moi, je me souviens, M. le Président, et je vais le raconter ici parce que ça m'avait impressionné, je

rencontre une dame qui avait plus de deux dizaines d'années, plus de deux décades de service dans le système de la santé, une infirmière, et qui me disait: M. Dion, je vais vous demander une chose. Dites à M. Rochon de ne pas se laisser impressionner par les critiques.

Une voix: De l'opposition officielle.

M. Dion: Oui, et d'une certaine propagande médiatique aussi. Dites-lui qu'il ne se laisse pas impressionner. Qu'il continue comme avant. Qu'il continue à faire la transformation. C'était une transformation indispensable. Déjà, on commence à sentir que les gens travaillent avec une autre mentalité, que les gens qui ont, par exemple, à déterminer le nombre de jours qu'un patient doit demeurer à l'hôpital réagissent différemment. Ils réagissent en fonction du besoin du patient et en fonction de ce qui est le meilleur pour son rétablissement et non pas en fonction d'autres intérêts.

Alors, ces transformations-là qui se sont produites, M. le Président, qui ont été provoquées, étaient nécessaires. Tout le monde sait que si... Évidemment, si quelqu'un avait en tête qu'il valait mieux laisser sauter le système pour revenir à un système un peu sauvage où le mercantilisme médical prendrait le dessus, ces gens-là, c'est normal qu'ils n'aient pas les transformations qui permettent de sauver le système de la santé, M. le Président. Mais ceux qui veulent vraiment conserver un système de santé au service de tout le monde et donner la chance à tout le monde d'avoir les meilleurs soins au Québec, je pense qu'ils sont contents qu'il y ait eu ces transformations-là.

Ce n'est pas parce que c'est facile. Parce que, même si les gens sont d'accord avec les transformations, ils ne disent pas: C'est facile. C'est vrai que, quand on va dans les hôpitaux — et j'y vais, M. le Président — on rencontre une certaine fatigue, un certain essoufflement et une inquiétude. Mais je dois dire que ce qui est vrai aussi, c'est que, depuis six mois, la situation change pour le mieux. C'est bien sûr que, en plein milieu des départs annoncés il y a environ un an, il y avait énormément d'infirmières, par exemple, qui se voyaient dans une situation où elles auraient à faire face à tout le mécanisme de supplémentation et qui étaient inquiètes. Et cette inquiétude-là s'ajoutait aux fatigues du travail, M. le Président. C'était vraiment difficile. Et, maintenant que la poussière retombe et que les gens prennent leur place d'une façon plus calme et plus sereine, les choses rentrent dans l'ordre.

Évidemment, c'est sûr qu'il manque d'argent dans le système de la santé, M. le Président. Je ne dirai pas que tout est parfait, il manque de l'argent. Mais tout le monde sait que, si le ministère de la Santé n'avait pas été privé, durant les trois dernières années, des 7 000 000 000 \$ que le fédéral devait lui donner en vertu des ententes qui avaient été prises à l'origine, en fonction desquelles ils devaient partager équitablement les dépenses du système de santé... Vous savez, c'est facile, quand on a le gros bout du bâton, de s'engager. On va faire les choses tous les

deux. Tiens, on va prendre chacun notre part et on va financer chacun notre part. Quand vient le temps, celui qui a le gros bout du bâton, il se retire unilatéralement et il laisse toute la charge à l'autre. Ça, c'est facile. C'est le comportement du gouvernement fédéral. S'il avait été un peu plus responsable, s'il avait eu un peu plus de suite dans ses idées, et un peu plus équitable, on en aurait plus à mettre dans le système de santé, M. le Président. Mais, encore là, il faut que ce soit mis au bon endroit, il faut que ce soit mis dans les services aux gens et non pas dans n'importe laquelle baliverne.

Alors, M. le Président, je pense que la situation du système de santé est une situation qui est toujours inquiétante et je pense qu'elle le sera toujours. Il y aura toujours des listes d'attente à raccourcir, des durées d'attente à éliminer. Moi, je veux remercier le ministre de la Santé de ce qu'il a dit il y a à peu près un mois, quand il a dit que des gens dans les urgences des hôpitaux, dans les corridors des hôpitaux, sur des civières pour un grand nombre d'heures, pour une journée, c'était totalement intolérable. Moi, je pense que c'est un signal qu'il était important de donner aux urgences des hôpitaux. Parce qu'il y avait des solutions sur le terrain. Il y avait des solutions et il y a des hôpitaux qui les ont trouvées, les solutions.

Alors donc, il y en a, des solutions. Moi, je dis à M. le ministre de la Santé: S'il a réussi à faire ces transformations-là et si, malgré toutes les difficultés et malgré les sacrifices qui ont été demandés aux médecins, aux infirmières, aux travailleurs de toutes sortes, aux administrateurs, si, malgré tout ça, les gens continuent de travailler ensemble, on le doit à l'autorité morale de notre ministre qui a démontré, par sa compétence et son sens de l'équité, qu'il savait mener la barque à bon port. Et je suis convaincu que, si on continue dans ce sens-là, la situation ne pourra que s'améliorer, étant entendu, comme l'a dit mon collègue, que, déjà cette année, le budget a augmenté dans le système de santé. Merci M. le Président.

Discussion générale

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Les remarques préliminaires étant terminées, j'invite maintenant M. le député de Brome-Missisquoi à poser la première question.

Pénurie de médecins omnipraticiens dans certaines régions

M. Paradis: Oui, M. le Président. Sans vouloir reprendre ou sembler répliquer aux remarques préliminaires des collègues, ceux et celles qui prétendent que le budget a été augmenté ont négligé d'en rendre compte — et c'est la première l'année qu'il le fait, je pense que je vais l'en féliciter — le ministre de la Santé se plaint que cette année il manquait 158 000 000 \$ pour maintenir le coût du système. Je pense qu'il l'a fait à l'Assemblée nationale, au salon bleu. C'est de valeur que ses collègues ne l'aient pas entendu. De même, le premier ministre, dans un communiqué

émis par son Service des communications, a indiqué: Il manque 150 000 000 \$ pour cette année, simplement pour maintenir les coûts du système.

C'est triste que les députés de l'opposition, qui ont parlé d'augmentation, n'aient entendu ni la voix du ministre de la Santé, ni la voix du premier ministre du Québec, ni la voix du président du Conseil du trésor qui, à la page 35, de son message... Ça fait beaucoup de distractions pour un député, mais on sait comment les comtés sont préoccupants, que les problèmes de santé et que les gens qui nous appellent pour se plaindre peuvent retenir notre attention, et je pardonne le député de n'avoir entendu ni son président du Conseil du trésor, ni son ministre de la Santé, ni le premier ministre.

● (16 h 40) ●

Je veux revenir à la question que j'ai adressée tout simplement, M. le Président, pénurie de médecins, on va en traiter sous plusieurs aspects, pénurie de médecins omnipraticiens dans la région ou dans le comté même du premier ministre. Imaginez-vous, vos comtés à vous autres, ce que ça veut dire pour le ministre de la Santé. S'il n'a pas de préoccupations pour le comté du premier ministre, qu'est-ce que ça veut dire, le comté de Rimouski? On aura beau le féliciter, je pense que le premier ministre a essayé cette tactique-là, il l'a déclaré son «plus meilleur» ministre de la Santé de toute l'histoire du Québec et, malgré ça, il manque 20 médecins omnipraticiens dans le comté de Jonquière.

Comme je l'ai indiqué tantôt, ces gens-là ont fait une journée d'étude, essoufflés, à bout de souffle, pour tenter d'attirer l'attention. Depuis lundi passé, ils n'assurent plus ce qu'on appelle la disponibilité pour les services gériatriques. Moi, j'ai parlé à ces gens-là. Je leur ai demandé de ne laisser aucun patient dans le besoin, et ils me disent: M. Paradis, c'est bien beau, ça, mais comment pouvez-vous convaincre... Bien, j'ai dit: Si le premier ministre ne s'éveille pas aux besoins de son comté, si le ministre de la Santé ne s'occupe pas des besoins du comté du premier ministre, moi, je ne sais pas ce que je peux faire. Tout ce que je peux faire, c'est de le porter à son attention. C'est ce que je fais gentiment et poliment aujourd'hui.

Dans le plan d'effectifs médicaux, il manque 20 médecins. Vous avez payé jusqu'à 300 000 \$ à 14 médecins de cette région-là pour qu'ils ne pratiquent plus la médecine. Expliquez-moi ça, comment vous avez tout planifié ça dans le moindre détail.

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

M. Rochon: Oui, M. le Président. En préambule, par rapport à un commentaire qui est relié de près à la question du nombre de médecins et de la distribution des médecins, qui est celui — parce que tout est rattaché — du budget de la santé, je pense qu'il y a une chose sur laquelle il faut bien s'entendre. Comme on dit, un verre, on peut le décrire comme demi-plein et demi-vide dépendant de quel point de vue on le regarde. Alors,

depuis cette année, il y a un effort encore effectivement de... C'est vrai de dire que, d'une part, il y a un effort de 158 000 000 \$ à faire, mais c'est aussi vrai de dire que, comparativement à l'an passé, il y a, dans les crédits budgétaires, une augmentation de 3 %, de 375 000 000 \$, 380 000 000 \$, ce qui fait que l'effort de cette année est trois fois moins grand que l'effort qui a été fait l'an passé et il est cinq fois moins grand que l'effort qui a été fait il y a deux ans. Mais, dans chacune des années, il n'y a personne, je pense, du côté du gouvernement qui a été bien heureux d'être obligé d'être dans cette situation-là.

Encore là, demi-plein, demi-vide, M. le Président, ou bien on dit qu'on fait des coupures, ou bien on dit qu'on ne dépense pas l'argent qu'on n'a pas. Et la situation, c'était plutôt qu'on ne dépensait pas l'argent qu'on n'avait pas, contrairement à ce que le gouvernement précédent faisait. Il dépensait de l'argent qu'il n'avait pas. Comme il ne l'avait pas, ça faisait des déficits encore plus grands. Comme ça faisait des déficits plus grands, ça augmentait notre dette. Puis il faut le faire, défoncer le déficit prévu. Tu budgètes un déficit, tu le défonces de 1 000 000 000 \$ sept années de suite, puis, en l'espace de ces sept années-là, tu doubles la dette du Québec. Alors, ça, ça dépend comment on définit la situation, mais la vraie réalité, c'est que, pendant ces années-là, on n'a pas dépensé l'argent qu'on n'avait pas, contrairement ce qui était la pratique avant, puis on a arrêté d'affaiblir le Québec économiquement comme le gouvernement précédent l'avait fait.

Maintenant, je me rassure et je me console parce que c'est un peu le chant du cygne, probablement, qu'on entend de cette façon de regarder la gestion de notre budget. C'est le chant du cygne. Ça bat de l'aile un peu, ça bat de l'aile, parce que, comme l'a dit, l'a rappelé ma collègue la députée de Rimouski, le couronnement d'aujourd'hui va amener une façon nouvelle de voir et de comprendre ce qui s'est passé dans le domaine de la santé à la direction de l'opposition, parce que, effectivement, le nouveau chef qui sera ou qui est maintenant reconnu comme le nouveau chef de l'opposition a bien compris... Ou c'est ce soir, dans quelques heures.

M. Paradis: Non, pas quelques heures, 15 minutes.

M. Rochon: On patiente encore. Dans 20 minutes, on va sûrement sentir l'état de grâce à...

M. Paradis: Quinze minutes.

M. Rochon: Je pense que je vais demander une minute de silence à 17 heures, M. le Président.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Les grands moments, il faut marquer un peu de respect pour ça. Ça va être un grand moment parce qu'on va avoir un chef de l'opposition, là, éventuellement, mais un chef du parti, en tout cas, qui forme l'opposition officielle présentement au Québec, qui a très

bien compris la situation. Il n'est pas allé jusqu'à parler de la mauvaise gestion du gouvernement précédent, mais il a bien compris que ce qui est venu empirer la situation puis river le clou, c'est le fait que le gouvernement fédéral a durement coupé. Et ça, il l'a fait pour toutes les provinces du Canada, puis mes collègues s'en plaignent amèrement à travers le Canada, pour avoir vraiment durement — pour prendre un terme parlementaire — durement, durement coupé dans les budgets qui étaient donnés aux provinces.

Alors, comme normalement c'est le chef qui donne le ton un peu à l'orchestre, qui l'aide à jouer avec moins de cacophonie et un peu plus d'harmonie, probablement qu'au moins là-dessus on se comprendra, que, si le Québec là-dessus a un adversaire, il n'est pas dans l'enceinte du Parlement, il est dans un autre Parlement, et c'est vers là qu'il faut enligner nos canons si on veut avancer dans l'avenir.

Si on ramène ça à la situation des médecins présentement, pas seulement au Saguenay—Lac-Saint-Jean, dans différentes régions du Québec, on a des endroits dans des régions où il manque de médecins comparativement à ce qui serait le nombre de médecins sur une base per capita qu'on voudrait avoir pour bien servir la population. Maintenant, si on regarde comment on en est venu là, il faut voir que, paradoxalement, c'est quand même une situation qui est un peu moins grave que ce qu'elle a déjà été au Québec et, même, qui est pas mal améliorée.

D'abord, présentement, au Québec, comparativement à la moyenne du Canada et d'à peu près toutes les autres provinces, on a plus effectivement de médecins au total et plus de médecins de famille, si on calcule ça sur une base per capita. Présentement, aussi, on continue à en former plus que dans les autres provinces du Canada. Deuxièmement, les programmes qui ont été appliqués au cours des dernières années... Et ça, ce n'est pas seulement le gouvernement actuel qui en a le mérite, parce que c'est depuis une bonne quinzaine d'années ou un peu plus qu'il y a eu systématiquement, de façon continue, des programmes pour améliorer la répartition des médecins entre les régions du Québec.

Parce qu'on était dans une situation, auparavant, où les grands centres urbains, les grandes concentrations urbaines avaient beaucoup de médecins, beaucoup plus que les régions. Et des situations difficiles où il manquait de médecins, ce n'était pas une place de temps en temps où ça posait problème; c'était, en général, quatre, cinq places presque à tous les mois, quand ce n'était pas à toutes les semaines, où des départs ou des arrêts de pratique, pour une raison ou pour une autre, causaient des problèmes majeurs.

Aujourd'hui, si on compare entre toutes les régions du Québec, la répartition des médecins omnipraticiens est beaucoup plus équitable pour chacune des régions. Maintenant, il faut faire attention aux moyennes régionales ou n'importe quelle moyenne. Ça cache les extrêmes, ça ne reflète pas ce qui se passe dans les extrêmes de la distribution. Et on en est aujourd'hui à trouver des moyens qui vont être plus fins, qui vont aller plus loin dans la gestion de la répartition des effectifs pour tenir compte de

la répartition à l'intérieur de la région. C'est vrai que, dépendant des régions... C'est-à-dire que, de façon générale, dans toutes les régions, les médecins, comme les autres professionnels, ont tendance à se retrouver, à se concentrer plus dans les villes-centres que de se répartir facilement jusque dans l'arrière-pays.

Les moyens qu'on a développés, qui ont prouvé leur efficacité, ont été bons pour répartir entre les régions, mais ne jouent pas bien, ne sont pas adaptés pour affecter la répartition à l'intérieur même de la région. Prenons un exemple concret de ça. C'est le jeu de l'ensemble de moyens qui a joué, mais un des moyens qui a été sûrement déterminant, c'est d'offrir aux médecins des rémunérations différentes selon l'endroit où ils vont pratiquer. Des endroits qui sont en situation à peu près normale de médecins, la rémunération correspond au tarif qui est négocié, le tarif de base, à 100 %. Les médecins qui acceptent d'aller dans des régions qui sont classées comme éloignées ont une majoration qui est bonifiée à 115 %. Ça a déjà été 120 %, je pense. Par contre, des médecins qui vont dans des régions où il y a assez de médecins ou plus que dans d'autres, bien là, parmi le jeu des désincitatifs, la rémunération qui leur est donnée pour le même acte, elle est moindre, elle est 70 % du tarif négocié.

• (16 h 50) •

Ça, ça joue bien entre les régions. Ça a aidé à répartir. À l'intérieur d'une même région, ça produit des effets qui sont des distorsions. Parce qu'on peut avoir deux petits villages à 10, 15 km de distance ou deux villes moyennes, peu importe. À un moment donné, la limite passe à quelque part. Si on essaie d'équilibrer à l'intérieur de la région, d'un côté de la limite, sur un certain nombre de kilomètres, c'est 100 %, de l'autre côté, c'est 70 %, et ça fait un débalancement.

Donc, il faut d'autres moyens, pas pour revenir en arrière, il faudrait faire attention, là, renvoyer le pendule de l'autre côté. On pourrait perdre en quelques années — je pense qu'on en convient — ce qui a été long à acquérir, parce qu'on ne déplace pas des médecins en pratique dans leur cabinet d'un coup de baguette magique. Avant que des mesures fassent leur effet, ça prend quelques années. Mais, en quelques années, on peut voir l'effet se faire sentir. Alors, on ne voudrait pas avoir des mesures qui feraient que les 400 ou 500 nouveaux diplômés à chaque année fassent une distorsion pour quitter certaines régions et nous ramener à la situation d'avant.

Maintenant, ça, ce n'est pas juste de se dire qu'il faut trouver des solutions. Alors, il y a des propositions très concrètes sur la table présentement qui sont déjà convenues, en principe, avec la Fédération des médecins omnipraticiens. Parce que eux aussi se comportent de façon responsable et eux aussi reconnaissent que cette situation n'est pas normale, qu'il faut corriger. Et on sait qu'un des moyens dont on a convenu, c'est d'encadrer la pratique médicale dans les cabinets avec ce qu'on a appelé un département territorial de médecine. De sorte que les médecins acceptent collectivement de se responsabiliser et de bien faire ce qu'ils ont très bien appris à faire en milieu

hospitalier avec le département hospitalier, c'est-à-dire, entre eux, de se donner un chef, une chef et de convenir avec un leadership qu'ils vont donner l'ensemble des services qui est requis en première ligne, qu'il n'y aura pas un risque d'avoir, comme dans certains endroits au Québec, suffisamment de médecins quant au nombre, mais il n'y en a pas assez qui veulent faire de l'urgence ou il n'y en a pas assez qui veulent s'occuper des personnes âgées ou s'occuper de tel autre genre de problème. Alors, les médecins acceptent que, s'ils sont en nombre suffisant sur un territoire pas seulement régional, mais local au niveau de la MRC, ils vont se répartir la tâche pour que la population ait d'accessible la gamme complète de ce que la médecine de famille doit offrir comme services médicaux, et ce, sur 24 heures, sept jours par semaine.

Alors, ça, on est à mettre ça en place avec les médecins, présentement. Et tout le monde a confiance que ça va nous donner un moyen très, très, très fort, parce qu'on est aussi d'accord avec les médecins que ce qu'on appelle le plan d'effectifs va être rattaché au département. Ce qui veut dire que, quand il y aura le nombre suffisant de médecins à un endroit, comme le médecin devra faire partie de ce département-là pour pratiquer, il va être orienté même par ses collègues pour aller à un autre endroit de la région, où, là, il manque de médecins, en respectant la liberté de choix du médecin. On ne dira pas au médecin: Tu vas là, mais on pourra présenter au médecin où sont les endroits où des services médicaux sont requis par rapport aux endroits où il y a un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins.

Donc, voilà, je pense que je peux résumer ça en disant qu'on a une situation qui s'est, sur les deux dernières décennies, considérablement améliorée quant à la répartition entre les régions. Mais là on est rendu où on sent, de façon pas mal plus criante, parce que c'est ça qu'il reste à régler, des déséquilibres qui peuvent se produire à l'intérieur de la même région. Et, quand on dit à l'intérieur de la même région, paradoxalement ça joue aussi même dans des régions de forte concentration urbaine comme à Montréal. Sur l'île de Montréal, il y a des parties, surtout dans l'est de la ville de Montréal, où il manque de médecins — quand on dit qu'il manque de médecins, toujours par notre moyenne québécoise quand on compare à la moyenne canadienne — alors que dans d'autres parties de la ville il y en a plus.

Alors, on ne peut pas dire qu'on n'a pas assez ou trop de médecins, il n'y a pas de nombre absolu, mais ce qu'on peut dire, c'est qu'au Québec on en a plus que les autres provinces. On a encore à améliorer la répartition à l'intérieur des régions. Et ça, on a un moyen qui, possiblement dans les prochains mois, pourra commencer à se mettre en place, parce que la négociation là-dessus va très bien, et ça va être négocié. Donc, ce n'est pas quelque chose qui va être imposé par loi ou par règlement aux médecins, ça va être sur une base de négociation. C'est un peu plus long à y arriver pour s'entendre, mais, en général, ça rend l'application beaucoup plus facile et beaucoup plus harmonieuse quand c'est sur la base d'une entente.

Alors, voilà, Mme la Présidente, ce que je peux dire, là, je pense, pour répondre à la question.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le ministre de la Santé. Maintenant, M. le critique de l'opposition officielle.

M. Paradis: Oui. Je pense que le premier ministre aurait été satisfait de la première partie de la réponse du ministre de la Santé, quand il dit que c'est la faute au fédéral. Je pense que le premier ministre aurait endossé ça. Il aurait été totalement insatisfait pour les soins de santé offerts par les médecins dans son comté, qui sont appelés à soigner sa population.

En ce qui concerne la première partie de la réponse, ça, c'est la faute au fédéral, je pense que tout le monde connaît la disquette, l'enregistrement péquiste, la sauce dans le domaine. Même un éditorialiste du journal *La Presse*, Alain Dubuc, avait titré, au mois de mai 1997, ce qu'il s'attendait, un peu ce que les députés ont dit de l'autre côté, ce que le ministre... *C'est la faute au fédéral*. Mais, sauf que, quand il avait fini d'analyser, il analysait comparativement aux autres provinces — il faut souligner que l'Ontario a rajouté 250 000 000 \$, une annonce cette semaine, dans la santé: «Mais les grands paramètres de ce redressement ont été déterminés par le gouvernement du premier ministre — je ne mentionnerai pas de nom, Mme la Présidente — qui a choisi en toute liberté un objectif de déficit zéro, qui a choisi de le faire en quatre ans et qui a défini tout seul ses cibles, comme le système hospitalier.»

Ça veut dire que vous avez ciblé le système hospitalier l'an passé. Vous avez eu 90 % d'augmentation des budgets de quatre ministères mis ensemble: le Conseil exécutif — ça, c'est le bureau du premier ministre — le ministère des Finances...

La Présidente (Mme Charest): Vous vous adressez à la présidente, monsieur.

M. Paradis: Oui, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charest): Oui, parfait.

M. Paradis: ... — je sais que vous connaissez ces chiffres-là par coeur — le ministère du Revenu et le Conseil du trésor. Au même moment où vous compressez, Mme la Présidente, dans ce qu'on appelle les services directs à la population qui sont parmi les plus importants, vous augmentez la technocratie centrale au gouvernement de 90 %. C'est comme ça que, l'an passé, vous avez eu des coupures six fois plus importantes dans le domaine de la santé que dans l'ensemble des autres ministères du gouvernement du Québec.

D'ailleurs, un journal comme le journal *Les Affaires*, qui n'est pas généralement, Mme la Présidente, vous en conviendrez, le premier journal à se porter à la défense des malades et des nécessiteux dans la société; c'est généralement, le journal des affaires, des gens qui sont dans les affaires, titre: *Combien faudra-t-il de morts*, M.

le premier ministre? — je vais me conformer au règlement. L'éditorialiste du journal *Les Affaires* nous dit: «Notre médecine se déshumanise sous le poids de la gestion comptable et de l'objectif du déficit zéro que le gouvernement péquiste s'est juré de pouvoir montrer à Wall Street et à Bay Street le jour où le peuple aura dit oui à la séparation du Québec.»

Et ça rejoint en tous points le discours du député de L'Assomption, M. le Président, ça rejoint en tous points: Ce n'est pas important, les malades. Ce n'est pas important, la santé. Il faut dire oui. Il faut avoir le déficit zéro, puis, si on l'a sur le dos des plus démunis et des plus faibles de la société, ce n'est pas grave.

Et je continue à citer l'éditorialiste du journal *Les Affaires*: «Pourtant, ce déficit zéro est une fumisterie, puisque Québec multiplie les comptes extrabudgétaires pour y inscrire des dépenses et accumuler des emprunts qui échappent au budget courant du gouvernement.»

Ça expliquait ma question du début: Les déficits des hôpitaux sont rendus à combien? Les déficits des régies régionales? Puis est-ce que c'est consolidé dans les états financiers? Mais on reviendra à ça, M. le Président, plus tard. On a vu qu'on en avait pour 450 000 000 \$ qui s'ajoutent au déficit zéro. Ça fait qu'on va dire zéro, mais nos hôpitaux sont hypothéqués de 450 000 000 \$. On va être bien contents, puis on va se taper dans les mains. Ce n'est pas tellement honnête, comme approche.

Mais j'en reviens au comté du premier ministre parce que le premier ministre m'en voudrait, Mme la Présidente, de ne pas insister auprès du ministre de la Santé. Moi, j'ai compris ce qu'il nous a expliqué comme plan d'effectifs régionaux, etc., mais, quand il manque 20 médecins, un tiers des effectifs... On a parlé de 39 sur 59. Puis ce n'est pas le plan d'effectifs des médecins fait par l'opposition officielle, ça, là, c'est fait par la régie régionale pour le comté du premier ministre. Quand il en manque 20, comment voulez-vous donner les soins à la population et, en même temps, comment voulez-vous que la population comprenne que vous avez offert à 14 médecins de cette région-là jusqu'à 300 000 \$ pour qu'ils prennent leur retraite puis qu'ils ne soignent pas le monde?

On reçoit des appels, puis on se dit: Le ministre doit avoir une raison. On va poser la question au ministre puis on va vous en faire part. Moi, ça va me faire plaisir demain de faire part aux gens du comté du premier ministre que vous avez une bonne raison d'avoir offert 300 000 \$ à des médecins du comté du premier ministre pour prendre leur retraite alors qu'il en manque 20. Ça a besoin d'être bon, comme explication. Moi, à première vue, ça ne me paraît pas évident.

La Présidente (Mme Charest): M. le ministre de la Santé.

• (17 heures) •

M. Rochon: Mme la Présidente, comme on repart toujours avec les questions qui nous sont posées de la situation générale, je pense que ça serait important... et que nos sources de référence de base sont les journaux, il faut bien voir que, si on veut réparer les choses de façon

durable, qu'on s'attaque aux vrais problèmes puis qu'on mette les responsabilités aux bonnes places.

C'est vrai, ça a été terrible, les coupures. Je lis dans un journal, ici, il a coupé 6 000 000 000 \$ dans les services de santé; il a fait ça sans aucune sorte de plan et de façon unilatérale. C'est qui, ça, qui a fait ça? Ça, c'est dans *La Presse*. Dans *Le Devoir*, la même personne dit: «Oubliez Lucien Bouchard et oubliez Jean Rochon, le véritable responsable des fermetures d'hôpitaux et de la détérioration des soins de santé s'appelle Jean Chrétien», disait Jean Charest.

Alors, je rappelle juste ça et je dis ça au moment où il doit y avoir une ovation debout quelque part à Québec. Alors, moi, je dis ça, Mme la Présidente, juste pour rappeler ça au député de Brome-Missisquoi; je ne voudrais pas qu'il se brouille avec son nouveau chef.

Une voix: Vous allez l'entendre à travers les murs.

M. Rochon: Sûrement et je l'entend quasiment, je vous lis ça puis je l'entends, effectivement, quasiment. Il faudrait que le député de Brome-Missisquoi l'entende aussi, parce qu'il ne faudrait pas que la chicane prenne. Un moment donné, il faut avoir la même ligne.

Bien, là, la nouvelle ligne, la vraie ligne, celle qui correspond à la réalité, c'est ça. Alors, ce n'est pas le gouvernement du Québec, ce n'est pas Bouchard, c'est pas Rochon; ils sont responsables probablement de bien des affaires, mais pas de ça. Et ça, il y en a juste un coupable de ça.

M. Paradis: Mme la Présidente, un rappel à l'ordre.

La Présidente (Mme Charest): Un instant, M. le... Oui?

M. Paradis: J'ai évité, même si les articles de journaux mentionnaient les noms des politiciens, pour me conformer au règlement... j'aimerais que vous fassiez le même rappel à l'ordre à M. le ministre.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le député de l'opposition officielle. M. le ministre, veuillez continuer, s'il vous plaît.

M. Paradis: En vous conformant au règlement.

La Présidente (Mme Charest): Tout à fait. M. le député de Brome-Missisquoi, je vais faire appliquer le règlement.

M. Paradis: Vous ne l'aviez pas fait, je l'ai souligné.

La Présidente (Mme Charest): Je vous remercie. M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charest): Si vous voulez bien continuer.

M. Rochon: Et me conformer au règlement.

La Présidente (Mme Charest): Tout à fait. Merci, M. le ministre.

M. Rochon: Alors, la situation des médecins, c'est sûr que, si on manque de médecins par rapport au nombre optimal de médecins qu'on veut avoir pour rendre des services à la population, il y a des pressions plus grandes qui vont être posées sur les services de la santé.

Maintenant, les médecins ne travaillent pas seuls, les médecins travaillent en lien avec les CLSC, en lien avec l'hôpital, et il y a des équipes multidisciplinaires. Et ce qu'on voit, en général, quand il y a moins d'un type de professionnels, l'organisation des services fait des ajustements et assure les services. Je ne pense pas qu'on puisse dire que, au Québec, présentement il y ait des gens qui sont privés des services de base essentiels. Et dans les périodes les plus difficiles où il faut trouver des médecins pour atteindre la norme minimale on a un système de convenu avec les médecins, aussi, dans les conventions collectives, qu'on appelle des systèmes de dépannage, où des médecins acceptent de consacrer du temps, un certain nombre de médecins, pour pouvoir aller travailler dans une autre région, un certain nombre de jours par semaine pour une certaine période de temps, de sorte qu'on assure un minimum d'accessibilité à la population, le temps qu'il faut pour trouver des médecins qui vont s'installer de façon permanente dans la région.

Maintenant, encore une fois, je n'essaierai pas de dire qu'il n'y a pas des problèmes à des endroits, il y en a. Il faut se rappeler que, si on recule il y a cinq ans puis il y a 10 ans, c'était encore pire, c'étaient des régions complètes qui manquaient de médecins, ou beaucoup plus d'endroits à l'intérieur d'une même région qu'aujourd'hui. Parce que au moins, aujourd'hui, on a souvent, dans la région même un nombre de médecins, et c'est à l'intérieur de la région qu'il faut mieux les répartir, alors que ce n'était pas le cas il y a 10 ans.

Maintenant, encore une fois, on peut en parler longtemps, oui, il y a des endroits où il y a une difficulté, oui, il y a des endroits où il nous faut plus de médecins. On a des systèmes de dépannage pour tenir le coup en attendant qu'on en trouve, et, avec les moyens additionnels qu'on va se donner, bien, je pense qu'on va continuer de progresser, d'améliorer la situation et d'avoir surtout une situation plus stable.

Maintenant, il y a des endroits où il y a des petites villes ou de petits villages ou des paroisses — on ne parle pas de Jonquière — il y a des endroits au Québec où c'est encore plus aigu. Ce que je veux dire, c'est qu'il y aura toujours des endroits où la situation va être précaire, même quand il y aura assez de médecins. Parce que, si la population... Au Saguenay—Lac-Saint-Jean où ailleurs, il y a des endroits, où il y a moins de population même qu'à Jonquière, que, quand une équipe suffisante pour la

population est de trois médecins, par exemple, ou de quatre médecins, ça peut être une situation précaire n'importe quand, parce qu'il s'agit qu'il y ait un médecin qui soit malade et un qui quitte quelques mois après ou quoi que ce soit. Bien, deux médecins qui partent sur une équipe, dans un centre urbain, d'une vingtaine de médecins, c'est facile pour les autres d'ajuster, même s'ils sont en nombre un peu insuffisant. Mais, quand tu en as deux qui partent sur quatre, là, ça commence à être plus dur pour les deux autres. Alors, il y aura toujours, dans des endroits plus ruraux où la population est répartie sur des territoires plus vastes, des situations qui seront précaires, d'où il nous faut une approche qui va être améliorée par rapport à ce qu'on a pour que, à l'intérieur des régions, pas seulement à partir de points nationaux, chaque région puisse faire ses propres réajustements et couvrir la population partout dans la région.

Maintenant, le départ des médecins. Le départ des médecins a été fait sur un type de programmes qui sont offerts à tous les travailleurs dans le domaine de la santé et la plupart des secteurs qu'on retrouve, c'est-à-dire que c'est un programme de retraite où quelqu'un, passé un certain âge, à certaines conditions, peut quitter. Encore une fois, ça a été fait dans un contexte où on sait qu'on a suffisamment de médecins, qu'on en a plus qu'ailleurs. Parce que, en même temps qu'on a, dans certains endroits, un manque temporaire de médecins à cause des déplacements qui sont faits, on commençait à voir, pour les omnipraticiens, encore plus dans certaines spécialités, des situations où des jeunes avaient plus de difficultés même à trouver une place ou à choisir une place.

Dans l'ensemble des médecins, il ne faut pas oublier qu'on forme plus de 400 médecins par année qui s'ajoutent à ceux qui partent et que, en général, au moment des départs, il y a eu, pendant une année ou deux, une diminution du nombre total de médecins qu'on a. Mais ça commence à se corriger déjà maintenant. Les prévisions qu'on a, au cours des quatre ou cinq prochaines années, le compte net de nouveaux médecins qui commencent à pratiquer chaque année, par rapport aux départs qu'il y a eus et à ceux qu'on prévoit dans les prochaines années pour cause d'attrition normale, fait qu'il y a un ajout net à chaque année sur la cohorte des médecins. Alors, on est donc dans une situation où il peut y avoir eu l'effet immédiat qu'un certain nombre de départs, dans un programme de retraite, a amené quelques centaines de médecins — je retrouverai le tableau, M. le Président...

M. Paradis: 567, au 23 octobre. «Quelques médecins!»

M. Rochon: Non, mais l'effet net. Il y a eu des départs, des médecins qui sont arrivés, qui ont été formés et qui ont commencé à pratiquer pendant les mêmes années; à chaque année, il y a eu pendant une année ou deux quelques centaines de médecins...

M. Paradis: L'effet net dans Jonquière, c'est moins 20.

M. Rochon: Oui, dans Jonquière, c'est moins 20 et, à d'autres endroits, c'est plus 10 et c'est plus 20...

M. Paradis: Oui, mais ils ne sont pas à Jonquière.

M. Rochon: ...du nombre qu'ils ont besoin. Donc, il faut les répartir autrement, on en convient, Mme la Présidente. On est à se donner des moyens plus fins qui vont nous donner ça et en attendant on dépanne du mieux qu'on peut et dans de moins en moins d'endroits on est obligé de faire ça, si on compare à il y a cinq ans ou il y a 10 ans. On peut continuer à en parler longtemps, là. On sait qu'il manque de médecins à Jonquière, on sait qu'on en aura plus et qu'on en veut plus et que graduellement, dans les prochains mois, on devra être capable de combler l'écart qu'on a actuellement.

La Présidente (Mme Charest): Alors, Mme la présidente vous remercie, M. le ministre de la Santé. M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Moi, je suis content que le ministre admette qu'il est conscient qu'il manque de médecins à Jonquière. C'est rare qu'on ait une telle admission d'un ministre de la Santé. Suivant les plans d'effectifs médicaux, il en manque une vingtaine. Ils en ont 39, les plans en prévoient 59. Les gens ont commencé, à leur corps défendant, je le souligne, ce sont des gens responsables... La journée d'étude, ils ne l'ont pas prise de gaieté de coeur, ils l'ont prise pour attirer l'attention de leur député.

Ce qu'on appelle la disponibilité pour les gardes en gériatrie, qui n'est plus offerte depuis lundi, ce n'est pas de gaieté de coeur non plus, et ils prévoient même une troisième mesure. Ce qu'ils ont de la difficulté à comprendre, c'est l'absence d'intérêt du ministre de la Santé pour régler le problème et l'absence d'intérêt du ministre de la Santé, pour aggraver le problème. On part de loin, là. Quand le ministre de la Santé offre jusqu'à 300 000 \$ à des docteurs de cette région-là pour qu'ils prennent leur retraite et qu'il contribue à aggraver le problème il ne fait pas partie de la solution, le ministre de la Santé, et le gouvernement du Québec, Mme la Présidente, il fait partie de l'aggravation du problème.

● (17 h 10) ●

Moi, j'aimerais comprendre. Est-ce que le ministre de la Santé, dans son programme, a tenu compte, oui, de la démographie médicale mais également de la cartographie médicale pour ne pas que des régions se retrouvent... Ça pourrait être le cas chez vous comme ça pourrait être le cas chez nous. Là, c'est le cas dans le comté du premier ministre, mais je suis certain que, s'il a oublié d'intervenir, il va le faire dès demain auprès du ministre de la Santé pour ne pas que ces gens-là soient privés de médecin. Il en manque 20 là; on ne parle pas qu'il en manque un, il en manque deux. Deux moyens de pression ont déjà été utilisés. Les gens se proposent, à leur corps défendant, d'en utiliser un troisième. La population dans tout ça, elle n'est pas très heureuse et pas très sûre. Puis

le ministre, ce qu'ils ne comprennent pas, c'est qu'il continue à aggraver la situation. Pourquoi ne pas avoir tenu compte de ce phénomène géographique dans vos offres de primes de départ de 300 000 \$ à des médecins pour ne pas qu'ils soignent les gens?

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le député. M. le ministre

M. Rochon: Mme la Présidente, quand on offre un programme de départ, on l'offre en toute équité à tout le monde aux mêmes conditions. Je ne pense pas que même les médecins du Saguenay—Lac-Saint-Jean seraient bien heureux d'entendre ce que le député de Brome-Missisquoi nous dit de proposer, qu'il commencerait à circonscrire des gens pour les obliger alors qu'il y a un programme offert à tout le monde.

Maintenant, la solution n'est pas d'empêcher du monde de profiter d'un programme qui, dans l'ensemble, est bon. La solution, c'est d'amener une meilleure répartition des médecins. Les médecins qui sont partis... On va prendre des nombres précis parce que ça donne l'impression qu'il y a eu un exode. La première année, c'est là qu'il y a le plus de médecins omnipraticiens au Québec qui ont profité du programme, qui sont partis, il y en a 279. Puis la deuxième année, en 1997, de gens qui pouvaient être éligibles au programme, il y en a 74 qui sont partis. Et là bien on sent qu'on arrive à la fin de ceux qui, étant éligibles, veulent partir.

Maintenant, ces années-là...

M. Paradis: Mme la Présidente, je m'excuse auprès du ministre. Je ne veux pas contredire vos chiffres, M. le ministre, si ce n'est pas exact. Je pense qu'on a le droit d'avoir les vrais chiffres, là. Moi, les chiffres qui me sont communiqués sont ceux de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, c'est en date du 23 octobre 1997. On me les donne région par région, et le total, c'est 567. Et, si vos chiffres sont vrais, moi, je vais les prendre, M. le ministre. Je veux juste qu'on s'entende sur les vrais chiffres.

M. Rochon: Alors, on pourra valider...

Une voix: ...

La Présidente (Mme Charest): On va laisser le ministre répondre. Allez-y, M. le ministre.

M. Rochon: Moi, j'ai une fiche technique, là, qui a été préparée au ministère. On vérifiera, mais disons, là, que, si on additionne, moi, là, j'étais à 350, 360.

M. Paradis: 567.

M. Rochon: O.K. maintenant, disons qu'on valide, puis ça joue entre 350 et 500. Pendant ces années-là, en 1997, il y a 593 nouveaux médecins qui ont commencé à pratiquer au Québec, 598 nouveaux médecins, 548

nouveaux médecins; prévus pour 1999, 535 nouveaux médecins. Alors, effectivement il y a eu sur l'ensemble des médecins au Québec — on prend le total de la cohorte des médecins, une cohorte, là, je prends tout médecin confondu, de plus de 13 000 médecins — pendant une année, si on calcule ceux qui sont partis par rapport aux nouveaux qui sont arrivés, moins 160 médecins, total, au Québec, sur 14 000 en 1997-1998. En 1998-1999, maintenant ceux qui devaient partir sont partis puis on continue toujours à en produire autant, 1998-1999, il y aura un ajout net de 170, puis, 1999-2000, 205 de plus, de sorte que, si on prend le total de ces trois années-là seulement: moins 160 plus 170 plus 205, ça fait que sur ces trois ans-là, de 1997 à l'an 2000, il y aura eu 215 médecins de plus au Québec. Bon.

M. Paradis: Ce n'est pas de la bonne...

M. Rochon: Alors, c'est sûr qu'on va me dire qu'à Jonquière ça ne change pas la situation, ça, demain matin, le fait qu'on en ajoute plus, mais le problème est de faire une répartition différente, d'amener les médecins qu'on produit — on en rajoute au Québec plus qu'on en avait l'année précédente, tout le temps — que les nouveaux qui arrivent aillent aux endroits où on a le plus besoin de médecins. Et c'est à ça qu'on travaille.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le ministre. M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Oui. Juste clarifier un chiffre avec le ministre. Je suis conscient, là, il a répondu honnêtement que ça ne règle pas le problème à Jonquière, puis je pense que tout le monde en est conscient. Maintenant, si on veut s'entendre, s'il y a augmentation ou diminution, là, il faut partir de chiffres qui sont réels puis qui sont validés. Moi, je ne sais pas si j'ai les vrais, je vous le dis bien humblement. Moi, les chiffres que j'ai me viennent de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec: c'est 567. Si je m'en vais — et je sais que ce n'est pas la journée, c'est vendredi de la semaine prochaine qu'on va le faire, M. le ministre — la Régie de l'assurance-maladie du Québec, elle me dit que c'est 531. Là, aujourd'hui vous m'arrivez puis vous me dites un chiffre de 200 et quelques. Là, j'ai trois sources d'information. J'en ai qui sont quand même assez proches, la Régie de l'assurance-maladie, 531, puis les médecins omnis qui me disent 567. Je peux comprendre qu'il y ait une petite différence là, mais c'est du simple au double, c'est assez important, là.

La Présidente (Mme Charest): M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: On va valider les données. J'avais peut-être des données partielles, ou c'est celles de l'autre côté qui ne sont bonnes. Mais, de toute façon, la question qui est soulevée, on ne commencera pas à faire un débat de chiffres...

M. Paradis: Non, non, non, je veux juste...

M. Rochon: Oui, il y a des médecins qui sont partis, puis je maintiens que ce programme-là est un bon programme, parce que, au total, on produit des médecins plus que les autres. Je vous parlais des per capita tout à l'heure, le nombre d'habitants par médecin. Au Canada, en moyenne, c'est 1 042 — ça, c'est les données de 1995; en Ontario, c'est 1 090; au Québec, c'est 978 habitants par médecin. Et on en produit plus à chaque année qu'ailleurs au Canada.

Donc, qu'on ait eu un programme — c'est ça qui était la question — de départ pour les médecins, ça a permis justement de faire de la place pour les jeunes médecins qui viennent, et on en produit à chaque année plus qu'il y en a qui partent, sauf une année où il y a eu le gros des départs dans une année, qui, au lieu de se faire sur deux, trois, quatre ans ou trois, quatre, cinq ans — parce que les médecins qui partent, c'est parmi les plus âgés, il y en a beaucoup qui seraient partis de toute façon dans les années qui suivent — ça a parti tous sur une année. Ça a fait qu'une année, sur le total de tous les médecins du Québec, de 14 000 médecins, là, on a eu 160 médecins de moins — une année — avec les nouveaux qui arrivaient par rapport à ceux qui partaient. L'année suivante, on en avait déjà 170 de plus et après ça 200 de plus.

Donc, il ne manque pas de médecins au Québec. On a une difficulté de les répartir, mais encore là c'est une difficulté qui est rendue très fine. On les répartit relativement bien entre les régions. Il reste à trouver des moyens d'aller plus loin à l'intérieur de la région et des moyens qui répondent plus rapidement aussi. Maintenant, c'est sûr que, quand la situation se déstabilise dans un endroit, on ne peut pas commander à des médecins de se déplacer et de déménager du jour au lendemain. Il y a donc un système de dépannage qui aide dans l'intervalle pour que la population ait les services auxquels elle a droit, et, sur l'espace d'un certain nombre de mois, en général on réussit à attirer des médecins, à bâtir nos équipes.

Maintenant, quand on dit — on prend des chiffres comme le 59 et le 39 — qu'il y a un objectif, que de façon optimale le nombre de médecins qu'on voudrait c'est 59, ça, c'est vraiment la situation optimale où on tient compte qu'il y a assez de médecins pour tenir compte qu'avec les vacances, les départs ou une fluctuation, on est de façon tout à fait confortable. C'est l'idéal à viser, mais ça ne veut pas dire que, s'il y a moins de médecins que ça, vu l'organisation des services et le système de dépannage qui comblent en attendant, la population n'a pas le minimum des services dont elle a besoin. C'est de ça aussi dont il faut tenir compte.

Alors, là, je ne sais pas à quoi veut en venir le député de dire et de redire qu'il manque de médecins à Jonquière. C'est vrai, mais ce n'est pas parce qu'on n'a pas assez de médecins; la situation est possible, on a suffisamment de médecins au Québec, il s'agit d'avoir des moyens plus efficaces pour qu'ils aillent en plus grand nombre de ceux qui commencent à pratiquer à chaque année — et on en forme un bon nombre, plusieurs centaines,

on l'a vu — et que rapidement on puisse combler et stabiliser les situations partout au Québec, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le ministre de la Santé. Je peux passer...

M. Paradis: Peut-être sur le même sujet. J'aimerais le vider, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charest): Sur le même sujet, M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: M. le ministre nous dit que ce n'est pas grave s'il en manque un ou deux, et je pense que dans les régions les gens sont capables, comment je peux dire, de fournir l'effort nécessaire quand il en manque un ou deux. Moi, je n'ai pas de plainte, et des fois les gens nous appellent et nous disent: On va toffer la ronche, comme ils disent.

Sauf que, dans ce cas-là, ce n'est pas un ou deux qui manquent, c'est 20 sur 59. Quand les médecins qui sont proches de leur population, dans des régions, qui connaissent leurs patients, disent: Je prends une journée d'étude, ils savent ce que ça veut dire, et ça fatigue leur conscience professionnelle.

Quand les médecins disent: On ne donne plus la disponibilité pour les personnes âgées parce qu'on veut attirer l'attention du gouvernement, si le ministre c'est vrai ce qu'il dit, qu'il arrête d'en mettre à la retraite et qu'il prenne les mesures pour qu'on en ait chez nous, on est dans le comté de Jonquière. Quand ils regardent dans l'ensemble de leur région, il y en a 14 qui ont pris leur retraite. Quand on regarde dans le comté de Dubuc — ce n'est pas tellement loin de Jonquière, juste à côté — à l'Anse-Saint-Jean, il y avait deux médecins, un médecin âgé et une médecin femme qui est présentement en congé de maternité. Le médecin âgé, lui, a pris sa retraite dans le programme de 300 000 \$, il avait 60 ans. Il pratiquait dans cette région-là et il connaissait bien ses patients et ses patientes, le docteur D'Entremont. S'il n'avait pas eu l'offre de 300 000 \$, il serait resté en pratique.

● (17 h 20) ●

Aujourd'hui, dans ce village-là, de l'Anse-Saint-Jean, il y avait une marche. La population est sortie parce que, contrairement à ce que dit le ministre, la population, elle, elle ne se sent pas sécurisée. Elle ne comprend pas pourquoi le ministre de la Santé a offert 300 000 \$ au docteur qui était prêt à continuer à travailler, n'eut été de cette offre-là. On ne peut pas le blâmer de l'avoir prise non plus, là, quand tu es médecin puis que tu vois 300 000 \$ si t'arrêtes de pratiquer.

Ils ne comprennent pas, M. le ministre. Ils sont dans la rue dans le comté de Dubuc, les médecins font des moyens de pression dans le comté de Jonquière, puis le ministre nous dit: Cassez-vous pas la tête, on en a en masse des docteurs. Moi, je ne sais plus qui croire, là, puis j'aimerais que le ministre tente d'expliquer ça à ces gens-là. Puis je vais leur faire parvenir la réponse du ministre.

La Présidente (Mme Charest): Alors, M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Je ne sais pas ce que je peux rajouter de plus, là, parce qu'on se répète, Mme la Présidente. Il y a peut-être une précision, par exemple, qui serait bonne à apporter. On brandit un chiffre de 300 000 \$ qu'on donne à des médecins pour partir. Ce n'est pas tout à fait comme ça que le programme fonctionne. Le programme, comme tout programme de retraite, on calcule quelle a été la moyenne d'honoraires qu'a perçus le médecin sur une période de cinq ans, et cette moyenne-là représente ce que sera la pension, si vous voulez, de retraite avancée. La prime qui sera donnée au médecin pour partir, jusqu'à un maximum possible de 300 000 \$.

Comme on sait, je pense que la moyenne de rémunération des médecins omnipraticiens est de l'ordre de 130 000 \$, 140 000 \$, donc la grande majorité — on a des chiffres qu'on pourra sortir de quelles ont été en fait les primes convenues — c'est plus de l'ordre de autour de cette moyenne que le maximum possible de 300 000 \$.

Et ça, c'est remis au médecin en cinq tranches égales, à chaque année, pour que le médecin puisse continuer à vivre au-delà du moment où il a pris sa retraite. Donc, ça, je tiens à le préciser parce qu'il ne faut pas, comme il y a eu des manchettes de faites à l'époque, penser que c'est un cadeau qui a été donné aux médecins d'une grosse prime de 300 000 \$ pour partir.

Et de toute façon, ces argents-là ont été pris à l'intérieur de l'enveloppe salariale des médecins, donc ça n'a rien coûté de plus aux Québécois ou aux Québécoises. Alors, d'essayer de dire que la solution... qu'on a momentanément, à un endroit, un manque de médecins, c'est à cause qu'on a eu un programme de départs, qu'on a un manque de médecins...

Une voix: Là, c'est le cas.

M. Rochon: Non, le fait d'avoir un programme de départs où des médecins, au lieu de partir sur trois, quatre ans, partent de façon plus concentrée pendant une année peut causer dans l'immédiat une difficulté, mais ce n'est pas ça qui crée un problème permanent. Il y a une situation d'ajustement à faire, et j'ai essayé de démontrer, je pense, Mme la Présidente, que les moyens et la capacité d'ajuster et de réajuster existent. On a le nombre de médecins pour réajuster et on a de plus en plus des mécanismes pour les amener à choisir leur lieu de pratique là où on a besoin de médecins.

Alors, la situation qui existe présentement dans cette région puis à une couple d'autres endroits au Québec présentement ce n'est pas des situations sans solution. Ça prend quelques mois, plus que quelques jours, pour régler ce genre de situation. Mais encore une fois il y a des moyens temporaires qui tiennent compte de cette situation de transfert. De toute façon, si on veut vraiment en parler plus en détail pour se rassurer que la population ne manque pas des services dont elle a besoin et que l'organisation des services peut faire des ajustements nécessaires

avec ceux qui viennent en suppléance pour aider, quand c'est nécessaire, on aura, lors d'une prochaine session de nos crédits — je pense que c'est lundi prochain — comme on a fait l'année passée, des directeurs généraux de régions régionales, dont celui du Saguenay—Lac-Saint-Jean qui sera avec nous. Et je pense qu'en lui signalant cette préoccupation du député de Brome-Missisquoi il pourra nous donner encore plus d'informations factuelles concrètes de comment les choses se passent présentement et quels sont les efforts qui sont faits localement par la région et par le ministère ensemble pour s'assurer que, dans les meilleurs délais possibles, on rajoute des médecins et qu'on améliore, qu'on stabilise la situation dans les endroits auxquels on fait référence.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le ministre. Maintenant, le député de Saint-Hyacinthe.

Engorgement des salles d'urgence

M. Dion: Merci, Mme la Présidente. J'aimerais changer de sujet pour aborder une question que j'ai soulevée tout à l'heure dans mon intervention, qui est la question des urgences. On sait que c'est une question qui a inquiété beaucoup de monde, qui a été parfois inquiétante et qui a été très largement médiatisée. Je ne veux pas insister sur certains phénomènes médiatiques, comme on a pu voir certains gros hôpitaux de Montréal où on a vu des urgences absolument encombrées, à la télévision, pour apprendre, quelques jours plus tard, par des gens qui étaient là, à l'hôpital Notre-Dame, que des patients avaient été descendus des lits qu'ils occupaient sur les étages, avaient été descendus sur des civières à l'urgence pour faire nombre.

Mais je pense que, par-delà ces manipulations médiatiques, il y avait un problème, et il y a peut-être encore un problème réel dans les urgences. Et on sait que c'est toujours préoccupant. J'aimerais ça demander à M. le ministre s'il pouvait d'abord nous expliquer, j'aimerais comprendre vraiment les causes. Qu'est-ce qui fait que... Evidemment, je suis capable de comprendre comme n'importe qui que, s'il arrive un gros accident dans un endroit précis, ça peut augmenter sensiblement le nombre de personnes à l'urgence, ça, ce n'est pas de ça qu'il s'agit, mais qu'est-ce qui fait que, de façon un peu chronique depuis 10 ans, 15 ans, 20 ans, on voit des gens qui traînent dans les corridors des urgences des hôpitaux? J'aimerais ça connaître les causes de ça. Ça doit être connu ça.

Je sais que vous avez mis en place un groupe tactique d'interventions pour conseiller les hôpitaux. J'aimerais connaître le genre de solutions qui est suggéré pour répondre à ces problèmes-là et, enfin, j'aimerais voir dans quelle mesure ces solutions-là affectent les crédits qui sont présentement déposés.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le député. Maintenant, M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Alors, Mme la Présidente, je vais donner certains premiers éléments de réponse et, si vous

le permettez, je vais demander au Dr Michel Tétrault, qui est responsable du groupe d'experts en organisation clinique et aussi du groupe qu'on appelle le Groupe tactique d'interventions, qui pourra nous donner des informations additionnelles encore plus précises. Mais c'est bon de se rappeler d'abord, pour comprendre, la dynamique du fonctionnement d'une urgence, qui est un point évidemment très névralgique dans un système de santé.

Une urgence, pour bien fonctionner, il faut d'abord qu'on y mette, là, tous les services qui sont requis pour que, ce dont un patient a besoin quand il arrive à l'urgence, il soit d'abord vu rapidement, on ait le plus rapidement possible un diagnostic, une décision qui soit prise — si ce n'est pas un diagnostic, qu'on ait au moins une décision, quel est le problème de ce patient-là et ce qu'on doit faire — et que la décision, après ça, puisse être appliquée le plus rapidement possible: ou bien le patient peut retourner, à condition qu'il ait certains services à domicile qui vont l'accompagner, qu'on mobilise des services et qu'il puisse retourner ou le patient ne peut pas repartir, on doit l'hospitaliser, il y a de la place pour l'hospitaliser rapidement. Il faut donc les moyens qu'il faut pour en arriver à la décision et après ça, pour l'appliquer, soient présents, là.

Il y a donc des questions importantes quant à la gestion même de l'urgence. C'est sûr, par exemple, que, si les examens de laboratoire ou de radiologie, qui sont nécessaires pour prendre la décision quant à l'état du patient et quant à la conduite à tenir, si ces services-là priorisent les demandes qui viennent d'autres départements de l'hôpital avant l'urgence, bien, là, on peut perdre des heures précises qui peuvent contribuer à l'encombrement. Ça, c'est le fonctionnement à l'urgence même.

Mais on voit tout de suite que, pour dire que ce qui est important aussi pour ne pas que l'urgence s'engorge, c'est l'application de la décision, qui peut demander qu'il y ait des disponibilités en dehors de l'urgence, dans l'hôpital ou en dehors complètement de l'hôpital si c'est un retour à domicile ou vers un autre type d'établissement — une ressource intermédiaire ou quoi que ce soit — et que ces ressources-là soient aussi disponibles.

Alors, on sait qu'on a dû améliorer de façon importante, au cours des dernières années, le nombre de places dans des soins de longue durée, par exemple, de sorte que l'hôpital n'ait pas trop, aussi, en aval, un problème de disponibilité de lits parce qu'il y a des gens qui attendent pour aller vers des soins de longue durée. Il faut que des gens puissent partir rapidement de sorte que des lits soient libres pour les patients de l'urgence.

● (17 h 30) ●

En amont de l'urgence aussi, il y a beaucoup de situations où se retrouvent des gens, où ils n'auraient pas besoin de se rendre à l'urgence s'il y avait d'autres options alternatives qui leur étaient offertes. Dans ma présentation au début de cette session, j'ai rappelé l'organisation de la première ligne qui se consolide au Québec. J'ai donné l'exemple, entre autres, d'Info-Santé et j'ai rappelé que certaines études, certaines évaluations qui ont été faites nous rapportent des pourcentages, je pense, jusqu'à l'ordre

de 30 % ou quelque chose du genre de gens qui ont appelé Info-Santé et qui ont dit, lors d'un questionnaire après, que, s'ils n'avaient pas obtenu la réponse à leur question ou l'information qu'ils cherchaient, ils se seraient rendus à l'urgence. Ils ont pensé d'appeler avant, puis ça a réglé leur problème.

La disponibilité de services médicaux de première ligne soit au CLSC ou dans les cabinets des médecins. On sait qu'au Québec présentement il y a des déséquilibres à certains endroits où on manque vraiment de médecine de famille, de médecins qui prennent en charge les patients, surtout les personnes âgées, et, s'il y a un problème, la personne peut rejoindre son médecin, il est disponible ou il fait partie d'une équipe qui rend les services disponibles, de sorte qu'il y a beaucoup de personnes qui se retrouvent dans des urgences. C'est différent selon les endroits au Québec et c'est différent selon les jours de la semaine et les heures de la journée. Mais, si l'offre de services en première ligne en dehors de l'hôpital et de l'urgence n'est pas satisfaisante et ne fonctionne pas de façon bien équilibrée, bien on perd la possibilité d'éviter à des gens de devoir se rendre à l'urgence.

Donc, on se résume, tout ce qui peut être fait et les efforts qu'on fait présentement vont dans ce sens-là, pour offrir des services ailleurs qu'à l'urgence quand on n'a pas besoin d'une urgence, et ça, c'est l'amélioration de notre première ligne qui est importante. Les soins à domicile sont importants à cet égard-là. Souvent, s'il n'y a pas la bonne intensité de maintien à domicile, la condition de quelqu'un peut se détériorer ou la personne peut devenir inquiète de sa condition au point qu'elle va se rendre à l'urgence alors que le service à domicile, dans bien des cas, aurait évité que ça puisse se faire. Et il faut aussi s'assurer que l'hôpital garde un bon roulement de ses lits, comme on dit, de sorte qu'il y ait toujours une disponibilité de lits pour les patients de l'urgence.

C'est sur cet équilibre délicat là qu'on doit travailler. Et on voit bien que, là, il n'y a pas une solution automatique qui s'applique partout au Québec de la même façon. Dépendant des endroits qui ont des problèmes, il y en a qui ont plus de problèmes de disponibilité de lits de longue durée. À Montréal, c'était une des situations réelles. Il y a eu un ajout important de nouvelles places qui s'est fait à Montréal. Sur l'île de Montréal même, je pense que c'est à peu près 2 500 places où on a rehaussé la capacité de soins pour pouvoir y traiter des gens qui ont besoin des soins de longue durée avec une bonne intensité de services, de deux, trois, quatre, cinq heures par patient par jour. On en a rajouté 2 500, je pense, et il y en a un autre 1 000 qui devraient devenir disponibles en cours d'année. Sur la ceinture de Montréal, les quatre régions qui sont autour, là il y avait un manque important aussi, et c'est 1 600 places qui ont été développées au cours des deux dernières années dans les quatre régions autour de Montréal, en plus d'un certain nombre ailleurs au Québec.

Donc, quand on regarde la situation aujourd'hui, là aussi, si on la voit un peu en perspective — et ça, le Dr Tétréault a connu ça depuis plus longtemps — il fut un temps, au Québec, où ce n'était pas quatre ou cinq

urgences comme aujourd'hui qui, assez souvent, étaient en grande difficulté, mais c'étaient des dizaines d'urgences à travers tout le Québec qui avaient ce genre d'engorgement. Aujourd'hui, on retrouve ça essentiellement, présentement, à Montréal pour quatre ou cinq grands hôpitaux où les différentes mesures auxquelles j'ai fait référence n'ont pas été encore suffisantes pour permettre un bon équilibre. Peut-être que le Dr Tétréault, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Charest): Tout à fait.

M. Rochon: ...pourrait enrichir puis illustrer mieux ce que je vous ai expliqué.

La Présidente (Mme Charest): Alors, Dr Michel Tétréault, s'il vous plaît.

M. Tétréault (Michel): Merci, Mme la Présidente. Je pense que M. le ministre vient de faire une explication assez claire et limpide de la compréhension qu'on peut développer du problème de l'urgence. Ce n'est pas seulement la gestion d'une salle d'urgence, mais c'est bel et bien ce qu'il y a avant l'hôpital, à l'urgence, à l'hôpital puis à la sortie de l'hôpital. Et, plus on gère l'ensemble de cette chaîne — et, pour la majorité des patients, ce n'est pas une chaîne linéaire, c'est une série de cycles où on passe de la santé à la maladie et on revient mieux en santé et on finit par être encore malade...

Je pense que l'illustration est assez claire. Pour aller beaucoup plus en profondeur que ça, je serais tenté, à la blague, de vous demander si vous avez trois jours, parce que le dossier devient assez complexe et technique.

La Présidente (Mme Charest): M. Tétréault, allez-y.

M. Tétréault (Michel): Ceci étant dit, en complément, nous avons publié au mois de janvier un document qui s'appelle *Les urgences au Québec: bilan, perspectives et normes 1990-1997* et où on répond à la question, en fait: Quelles sont les solutions qui sont envisagées? Nous sommes en consultation présentement et on recueille, je vous dirais, plutôt des commentaires favorables. Et les orientations semblent faire l'affaire du milieu.

J'aimerais, par exemple, préciser une chose sur la situation des urgences, parce qu'on a connu — puis je pense qu'il n'y a personne qui a cherché à dire autrement — une période très difficile aux mois de janvier et de février 1998, difficile au point, je dirais — il faut se rappeler qu'on était en pleine catastrophe importante et que le réseau de la santé a été très sollicité pendant cette période là — de pouvoir dire que ça a été à peu près le mois de janvier et le mois de février les plus difficiles au point de vue des patients dans le corridor qu'on ait connus depuis que GTI existe, en tout cas, depuis 1990.

Au niveau de patients, malgré tout, qui passaient 48 heures dans les urgences, c'étaient loin d'être les périodes les plus difficiles, et je vous donnerai un exemple. En

février 1998, il y a eu 11 049 patients qui ont été recensés dans les corridors des régions où il y avait historiquement des problèmes; ça se compare à 6 937 en 1990. Alors, malgré le fait qu'on ait eu une période difficile, les gens étaient mieux traités. Ceci étant dit, et nous, au GTI, c'est ce qui nous encourage, les mois de fin février, mars, jusqu'à la mi-avril, qui sont les chiffres les plus récents qu'on a, au point de vue de l'encombrement des corridors, alors qu'en janvier ça avait été très difficile, on a eu le meilleur mars et le meilleur avril qu'on ait eus depuis 1990.

Au niveau des 48 heures, c'est la même chose. Je vais me permettre un chiffre ou deux. Les 48 heures recensés dans ces régions, 282 en mars 1998, comparé à 1 000 en mars 1997, et comparé à 6 526 en mars 1990. Alors, il y a encore des difficultés, je pense que tout le monde en convient. Et, nous, on considérera que notre travail est terminé le jour où les salles d'urgence auront une occupation qu'on considère normale, c'est-à-dire autour de 80 % — parce qu'il faut des civières de réserve pour le prochain patient qui va arriver, c'est ça la nature même de l'urgence — et au jour où il n'y aura plus de patients qui passeront plus de 24 heures sur une civière à l'urgence, qu'on aura réglé le bout d'urgence de leur problème, à l'intérieur de ce laps de temps là.

Je peux vous dire qu'aujourd'hui il y a plusieurs régions, le 30 avril, qui n'ont pas de patients qui ont passé plus que 24 heures à l'urgence et il y en a plusieurs où il n'y a aucun patient qui a passé plus de 48 heures à l'urgence.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. Tétrault. Sur le même sujet, le député de Saint-Hyacinthe et, après, de Maskinongé.

M. Dion: Oui, c'est juste une petite précision. J'aimerais me faire confirmer par le ministre si mon interprétation est correcte. C'est-à-dire que la connaissance du problème a amené des solutions qui ont été appliquées et qui, en fait, n'ont pas d'incidence budgétaire — parce que c'était la troisième partie de ma question — n'ont pas d'incidence directe sur les crédits, c'est-à-dire que c'est une réaffectation des crédits. Mais le fait d'avoir réglé le problème n'entraîne pas automatiquement une augmentation de crédits, c'est-à-dire que ce n'était pas parce qu'il manquait de crédits qu'il y avait des problèmes. Est-ce que j'interprète correctement?

M. Rochon: Encore là, ce n'est pas uniforme d'un établissement à l'autre. Dans certains établissements, je ne me rappelle pas de mémoire, on ne dira pas qu'il n'y a pas besoin nécessairement de certains ajouts de ressources ou de certains types de ressources. Des lits de longue durée, il en fallait plus. À Montréal, des lits qui donnent une autre intensité de soins. Il fallait de toutes nouvelles places de plus dans les régions autour de Montréal.

Qu'il y ait besoin de ressources de plus soit dans l'hôpital... Mais, en général, contrairement à ce que certains ont cru ou ont dit encore, ce n'est pas qu'il

manque de lits hospitaliers. Le nombre de lits hospitaliers qu'on a en général au Québec et à Montréal est suffisant. Mais il manquait de lits de longue durée de haute intensité, ça, c'est clair, et il manque de ressources en première ligne pour renforcer la première ligne.

Donc, il y a des ressources à investir. Il s'agit de savoir les investir au bon endroit, par exemple. Ce n'est pas nécessairement en les mettant dans des lits hospitaliers ou dans l'urgence même, dépendant des cas, quoique dans certaines urgences ça peut demander un appareil plus performant au niveau d'un laboratoire, ou de la radiographie, ou quelque chose du genre.

● (17 h 40) ●

L'autre partie de votre question, je pense, ceci disant qu'on a des ajouts de ressources à certains endroits, oui, ça a été possible, dans les trois dernières années, par réallocation sans augmentation de l'ensemble des crédits, même en ayant des coupures sur la totalité des crédits, de réussir, au-delà de ça, à faire des réallocations qui ont permis de commencer à augmenter le nombre de ressources soit en première ligne, soit dans des soins de longue durée pour aider les services autour de l'urgence. Alors, c'est bien sûr que, plus on approche d'une situation où on peut non seulement avoir cessé des coupures réelles comme on le fait présentement, mais qu'on pourrait avoir certains ajouts nets de ressources, ça va accélérer la consolidation qu'on voudrait faire dans les prochaines années.

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Maskinongé, sur le même sujet?

M. Désilets: Oui, c'est sur les urgences. Mais, un peu par la bande, pour essayer de dégorger les urgences, les cliniques privées de médecins, est-ce qu'on peut, d'une manière quelconque, les ouvrir, qu'il y en ait plus? Parce que ça arrive souvent que le monde appelle et dit: Je suis bien prêt à y aller, mais soit qu'il n'y a pas de médecin au CLSC ou qu'il n'y a pas... Il y a une clinique dans la région, polyclinique qu'on appelle, où c'est ouvert, là, 7-7, mais où il y a un trois, quatre, cinq heures d'attente, autant sinon pire des fois qu'à l'urgence. Il y a un problème au niveau... Il y a des médecins, mais ils font juste du cabinet, ça prend des rendez-vous. C'est à quelle vitesse qu'on peut essayer d'ouvrir ce personnel-là?

La Présidente (Mme Charest): Alors, M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Bon. Mme la Présidente, encore là, il y a un aspect de la question qui appelle la même précision que la discussion précédente quant à la répartition des médecins sur les différents territoires locaux. Il n'y a pas toujours un manque de médecins, mais, dans certains endroits, on peut avoir besoin de plus de médecins soit en cabinet privé ou dans le CLSC. Là, c'est une autre question d'équilibrage entre les deux. Idéalement, je pense qu'on devrait avoir une équipe médicale minimale dans chacun des CLSC, un certain nombre de services de base

à partir de chacun des CLSC et une collaboration d'établie avec des médecins qui pratiquent dans leur cabinet.

C'est devenu la réalité dans beaucoup d'endroits au Québec, surtout dans les régions rurales, semi-rurales ou les parties rurales, semi-rurales de beaucoup de régions, où les CLSC sont un peu la base des services médicaux, avec ou sans complément par des médecins dans leur cabinet. Dans les milieux urbains, c'est un peu le rapport contraire. Les services médicaux viennent surtout des cabinets privés et les CLSC sont plus dans une situation d'être en complément et d'offrir une collaboration aux médecins dans leur cabinet. Ça, c'est le nombre qui peut manquer ou pas.

Ce qui devient bien important en plus, c'est comment la pratique de ces médecins-là est organisée. Si les médecins sont surtout dans des cabinets et s'il n'y a pas une coordination entre eux, bien il peut y avoir que les fins de semaine, les périodes de congé, à certains moments, je ne sais pas, il manque de médecins sur ce territoire-là. Bien, il y en a plus qui ont décidé qu'ils étaient en congé en même temps, et là, pendant une journée ou pendant certaines parties de journée, oups, il y a un manque de disponibilité pour le patient qui dit: On va partir pour l'urgence, parce qu'il ne peut pas rejoindre le médecin.

Donc, ça, c'est une partie de l'organisation et c'est à ça que je faisais référence tout à l'heure en parlant du département territorial de médecine où, là, ça, ça va permettre au moins de s'assurer que nombre de médecins sur le territoire vont être organisés entre eux de sorte qu'il y aura toujours, 24 heures par jour, sept jours par semaine, un point, il y aura toujours quelqu'un de garde tout le temps pour que les gens aient la base minimale de services dont ils ont besoin sans avoir besoin de se rendre à l'urgence pour ça.

Un autre aspect dans la pratique aussi qu'il faut. Supposons que les médecins sont en nombre suffisant. Ils sont là, ils se coordonnent assez bien, mais on a vu certains endroits où les choix de pratique que font les médecins vont faire que certains services ne seront pas disponibles, que les gens qui ont besoin des soins de longue durée ou d'être vus dans des établissements de longue durée, il n'y en a pas de médecin intéressé ou il n'y en a pas assez intéressés à faire ça. Donc, il peut arriver des complications qui vont ramener ces gens-là plus souvent à l'hôpital, via ou pas l'urgence, alors que ça aurait pu ne pas être le cas s'il y avait eu un meilleur suivi assuré sur place.

Donc, il y a le nombre, il y a la coordination entre eux pour assurer la couverture toujours et il y a l'organisation de la pratique pour assurer que collectivement les médecins couvrent toute la gamme des services. Alors, on voit très bien, là, que, quand on connaît la dynamique, comme dit le Dr Tétréault, ce n'est pas que c'est compliqué à comprendre, mais c'est complexe à ajuster sur le terrain puis il n'y a pas deux endroits où c'est exactement les mêmes choses qui sont à faire.

M. Désilets: Est-ce qu'il y a un bout d'élément où le ministère pourrait intervenir au niveau de la

coordination pour assurer que le nombre... je ne sais pas si c'est au niveau du nombre, mais s'assurer qu'il y a un service de médecins ouvert, exemple une polyclinique dans un milieu urbain, peut-être 24 heures ou encore jusqu'à minuit le soir? Mais, au lieu d'avoir juste un médecin, il peut y en avoir trois, quatre pour éviter l'engorgement de ce milieu-là aussi. Sinon, ils se retournent de bord, ils s'en vont à l'hôpital et ils engorgent l'hôpital. O.K., avoir une coordination dans les effectifs. Parce que, chez nous, sur le territoire, il n'y a pas un manque, là, c'est que les cabinets privés sont tous fermés. Ils ne veulent pas avoir des clients n'importe quand, ils les choisissent à leurs heures à eux autres. Et la polyclinique est débordée régulièrement, ceux qui décident de faire de la polyclinique.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le député de Maskinongé. Maintenant, M. le ministre.

M. Rochon: Bon. Bien, comme je vous disais tout à l'heure, le ministère, là-dessus, ne va pas intervenir directement pour aller gérer, sur chaque territoire local, comment ça va se faire, ça. Ça deviendrait complètement inefficace à la grandeur du Québec, là. Le ministère — parce que vous posez la question: Est-ce que le ministère a des choses qu'il peut faire? — a son rôle en donnant les orientations, les stratégies, les mécanismes qu'il faut pour que ça fonctionne.

J'en reviens à l'exemple du département de médecine générale. Ça, c'est un mécanisme, d'organiser, de faire fonctionner, que le ministère négocie avec les médecins, avec la Fédération des médecins omnipraticiens, pour qu'on puisse mettre en place ce système-là. Là, c'est la régie qui va prendre la relève pour assurer une coordination justement. D'abord, les implanter et s'assurer qu'il y a une bonne coordination pour les faire fonctionner. Et, finalement, localement, bien là il va falloir que les médecins, en collaboration avec le CLSC, fassent leur bout de chemin pour le faire fonctionner.

Alors, il y a une planification à faire, il y a des moyens puis des mécanismes à développer, le ministère a une responsabilité et un leadership là, il y a une coordination d'ensemble importante à faire, la régie régionale a le leadership à ce moment-là, et il y a le fonctionnement qu'il faut gérer, et ça, c'est localement qu'il faut que ça se fasse. Une chaîne a la force de son plus faible chaînon. Alors, s'il y a un des éléments de cette chaîne de production qui faiblit, bien le résultat s'en fera ressentir au bout. Mais on ne peut pas corriger ça en demandant à un autre, le ministère, ou la régie, ou localement, d'essayer de faire le travail de l'autre. En général, ça ne fonctionne pas. C'est peut-être bon pour dépanner en situation de crise, mais ça ne peut pas devenir un système, une façon de fonctionner qui est stable, ça, à ce moment-là.

M. Désilets: C'est beau. C'est bien, je vais passer la parole au député de...

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le ministre. M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Sur le même sujet, la question des urgences. J'ai été un petit peu surpris des réponses technocratiques du Dr Tétreault mais moins surpris quand j'ai vu que c'est le ministre qui lui glissait des papiers. Je me suis dit: Ça déteint tranquillement. Habituellement, c'est en sens contraire que ça se produit.

M. Désilets: ...

M. Paradis: Non, non, mais c'est ce qui s'est produit.

M. Rochon: Mais, Mme la Présidente, quand le Dr Tétreault a surpris le député de Brome-Missisquoi, ce n'est pas le papier du ministre qu'il regardait à ce moment-là.

M. Paradis: Ah bon. Donc, ça va me rassurer. Moi, je tente des éclaircissements, puis je veux les avoir soit du ministre, soit du docteur, à condition que ça soit éclairci. Moi, on m'a dit — puis j'espère que mes sources ne se sont pas trompées — qu'il y avait eu... Non, non, Mme la Présidente, on m'a dit que les chiffres que le docteur ou que le ministre citait ne reflétaient pas la réalité.

À titre d'exemple, dans la communauté chez moi, il y a des gens qui fréquentent l'Hôpital du Haut-Richelieu. Ils lisent le bilan dans le journal *La Presse*, je pense, qui publie les tableaux des urgences. On dit: À l'urgence hier à Saint-Jean, 13 patients ou 25 patients. La personne te rencontre, dit: Aïe, moi, j'étais là, on était 65 dans la salle. Ce n'est pas vrai, là, ce qui est écrit dans le journal. On vérifie un petit peu avec la direction de l'hôpital et ils nous disent: Tant que vous n'avez pas été vu par un médecin, vous ne faites pas partie de la statistique.

Moi, je voudrais juste qu'on me confirme que, quand vous donnez les statistiques — la personne qui me dit ça, que c'est vrai que tu peux en avoir 65 et le journal va publier 13 — c'est ceux qui ont été vus par un médecin, les autres, même s'ils attendent, puis qu'ils attendent, puis qu'ils attendent, tant qu'ils n'ont pas été vus par un docteur, ils ne font pas partie de la statistique.

Deuxième élément, et ça, c'est des médecins qui m'ont confié ça, ils ont dit: À partir du moment où le ministre Rochon, excusez, le ministre de la Santé, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Charest): Oui, M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: ...pris par le débat médiatique sur les urgences a passé les commandes qu'il ne fallait plus qu'il y ait de gens, ce qu'on a fait, c'est qu'on a pris des gens dans les corridors, on les a montés dans les lits sur les étages et ce qu'on a fait, on a occasionné un report des chirurgies électives, à ce moment-là. Est-ce que c'est exact, ça, ce que les médecins disent à ce chapitre-là?

● (17 h 50) ●

La Présidente (Mme Charest): Alors, M. le... Oui, c'est M. Tétreault, s'il vous plaît.

M. Tétreault (Michel): Mme la Présidente, merci. Depuis que le GTI a commencé son travail, je vous avouerais qu'on s'est fait traiter de plusieurs noms, mais «technocrates», c'est la première fois.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paradis: Non, mais c'est parce que vous avez lu la note du ministre.

La Présidente (Mme Charest): La parole est à M. Tétreault. On va l'écouter comme on vous a religieusement écouté.

M. Rochon: Ça s'améliore, votre affaire.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Charest): Alors, M. Tétreault, s'il vous plaît.

M. Tétreault (Michel): C'est ça. Nous avons grimpé dans l'échelle sociale.

M. Paradis: Le ministre déteint moins.

La Présidente (Mme Charest): M. Tétreault, s'il vous plaît.

M. Tétreault (Michel): Oui. Au niveau de la première partie de la question, c'est évident, et je suis convaincu que le député de Brome-Missisquoi Perkins n'accuse pas l'Hôpital du Haut-Richelieu de quelque façon que ce soit...

M. Paradis: Non. Moi, je ne suis pas député... Excusez. Je suis député de Brome-Missisquoi, pas Perkins.

M. Tétreault (Michel): Ça, c'est l'hôpital. Excusez-moi, Mme la Présidente.

M. Paradis: Ça, c'est l'hôpital, ça.

La Présidente (Mme Charest): À l'ordre, s'il vous plaît!

M. Paradis: Ça va. Non, mais...

La Présidente (Mme Charest): On va écouter M. le Dr Tétreault...

M. Paradis: On n'a pas le droit de dire n'importe quoi.

La Présidente (Mme Charest): ...et, après, M. le député de Brome-Missisquoi, si vous voulez revenir, on vous redonnera la parole.

M. Paradis: Oui. C'était simplement pour rectifier.

La Présidente (Mme Charest): Merci. M. Tétreault, s'il vous plaît.

M. Paradis: Merci beaucoup, Mme la Présidente.

M. Tétreault (Michel): Je suis convaincu qu'on ne met pas en doute la capacité de l'Hôpital du Haut-Richelieu de donner un aperçu de sa situation exacte à l'urgence. Il n'est pas impossible qu'il y ait une confusion, à savoir: Est-ce qu'on mesure les patients qui sont assis dans la salle d'attente ou les patients qui sont couchés sur des civières? Les chiffres auxquels on se réfère...

M. Paradis: Vus par un médecin.

M. Tétreault (Michel): ...sont les patients qui sont couchés sur les civières.

M. Paradis: O.K.

M. Tétreault (Michel): Nous avons vérifié avec les régies régionales, nous avons fait des vérifications sur les lieux d'une façon périodique. On n'installera jamais de caméras dans nos salles d'urgence pour vérifier l'exactitude de tous les renseignements qui en émanent, mais toutes nos vérifications faites ont démontré, en général, que les hôpitaux reflètent très fidèlement leur situation au point de vue des patients sur civière à tous les jours.

M. Paradis: Excusez. Dr Tétreault, je ne voulais pas dire que l'Hôpital du Haut-Richelieu ne donnait pas les bons chiffres; je voulais simplement que vous spécifiez que, tant que la personne n'a pas été vue par un médecin, elle ne fait pas partie des statistiques.

M. Tétreault (Michel): Elle ne fait certainement pas partie des statistiques, Mme la Présidente, des patients couchés sur civière tant qu'elle n'est pas couchée sur une civière. Il se peut qu'il y ait des patients dans la salle d'attente qui attendent d'être vus. Ceci étant dit, quand on regarde cliniquement ce qui se passe dans une urgence, dans à peu près toutes les urgences de la province, les patients subissent un triage à l'arrivée, et ceux qui sont assez malades pour être couchés sur une civière sont dirigés vers la civière.

M. Paradis: Comme Mme Lacombe.

La Présidente (Mme Charest): M. Tétreault, poursuivez, s'il vous plaît, et je vais rappeler à M. le député de Brome-Missisquoi que...

M. Paradis: C'est pour donner un exemple.

La Présidente (Mme Charest): ...la parole est à M. Tétreault.

M. Paradis: Ça va vous donner un exemple.

La Présidente (Mme Charest): Alors, M. Tétreault, je vous écoute.

M. Tétreault (Michel): Ceci étant dit, j'ai eu, pour la deuxième partie de la question, l'occasion de rencontrer des directeurs de l'Hôpital du Haut-Richelieu récemment, qui nous ont dit que, dans la période difficile qu'ils ont connue, ils ont en effet monté des patients sur les étages. Il y a eu des chirurgies électives de reportées pendant la période du verglas, entre autres parce que les génératrices ne le permettaient pas, et ils ont développé une habitude, que, quant à moi, je trouve fort intéressante, de monter des patients dans des lits qui étaient ouverts jadis, qui sont maintenant fermés. Alors, quand l'urgence déborde, ils ouvrent temporairement des demi-unités, des bouts d'unité ou des unités complètes pour accommoder les patients de l'urgence. Quant au GTI, évidemment un patient qui est assez malade pour être hospitalisé, si on trouve comme solution de le mettre dans un lit de courte durée sur un étage de courte durée et de le soigner, on trouve ça mieux que dans un corridor.

M. Paradis: Ce n'était pas le sens de la question, Dr Tétreault. Là, je veux qu'on se comprenne bien. Les docteurs, et pas simplement l'Hôpital du Haut-Richelieu, me disent que, depuis que la situation des urgences a été médiatisée et que vous avez eu des instructions, au niveau des centres hospitaliers, pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de malades comme tels qui peuvent être visités par des caméras ou que les journalistes s'en aperçoivent, les gens ont été montés sur les étages et ça a retardé des chirurgies électives.

Si ce n'est pas vrai, dites-moi que les docteurs qui m'ont dit ça m'ont induit en erreur. Je vais les rappeler. Je vais leur donner la transcription des notes sténographiques qui sont prises à l'occasion de cette commission parlementaire, et le débat sera terminé ou il se poursuivra. Mais, s'ils ont raison, dites: Ces docteurs-là ont raison. On a eu des instructions et on a déplacé le problème. Moi, tout ce que je veux, c'est la vérité.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le député de Brome-Missisquoi. M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Alors, Mme la Présidente, je pense qu'il y a des situations où on n'a pas déplacé, mais on a géré des problèmes. Et, de tout temps, je pense, et sous tous les cieux, un hôpital qui est bien géré traite en priorité ce qui est plus urgent et ce qui est plus sérieux comme situation.

Les opérations... Quelqu'un qui a besoin d'une intervention, on sait que, dans tous les secteurs, même dans certains secteurs où on a des listes d'attente qu'on voudrait encore diminuer en termes de temps d'attente, les gens qui ont besoin d'une intervention urgente ou semi-urgente l'ont de façon urgente et semi-urgente. Non, non. Ça, c'est clair. Quelqu'un qui a besoin d'une opération

urgente, c'est une décision clinique du médecin, c'est priorisé, c'est les premiers qui passent. Et, si ça doit être fait dans la semaine, dans les 15 jours qui viennent, c'est fait.

M. Paradis: Même les cas de cancer?

M. Rochon: Ce à quoi réfère le député de Brome-Missisquoi, est-ce qu'il y a des interventions qui peuvent avoir été retardées? Oui, ça, c'est l'autre catégorie d'interventions, qu'on appelle, dans le jargon, électives. Quelqu'un voit un médecin. Il y a une intervention à faire. Ça peut être fait demain, ça peut être fait dans un mois, dans deux mois, il y a des limites, là, quand même, mais il y a un créneau de temps dans lequel ça peut être fait et, souvent, c'est pour que ce soit plus à la convenance du patient que ça peut être fait plus tard que plus vite. Et là il y a à distinguer une opération qui est cédulée pour dans trois mois par rapport à quelqu'un qui souhaiterait l'avoir dès que ça va être possible, mais qui attend que ce soit possible. Celui qui est cédulé dans trois mois, il l'aura dans trois mois, mais il n'attend pas trois mois, il a décidé qu'il se ferait opérer dans trois mois. Il y a une différence à faire.

Bon. Maintenant, ceci fait... Oui, oui, on parle de ça, on parle de ça. Parce que, quand il arrive que... Sur la liste opératoire d'une journée, il y a des gens qui ont attendu un certain temps et leur tour est venu ou des gens pour lesquels il y a trois mois on avait convenu qu'ils seraient opérés cette journée-là parce que ça leur convenait puis ce serait le bon moment. Ça, c'est la liste qui sort le soir pour le lendemain matin. Ça déborde à l'urgence. Il arrive quoi que ce soit qui fait que ça déborde et qu'il y a des gens très malades là et qu'il faut hospitaliser des gens qui sont à l'urgence pour s'occuper d'eux. Oui, ça arrive dans tous les pays, à ma connaissance, partout, que, si, dans certains moments... Il ne faut pas que ça arrive tous les jours, il ne faut pas que ça devienne la façon quotidienne de gérer. Là, c'est parce qu'on a un problème ou d'organisation du fonctionnement ou un problème de ressources. Le monde dit toujours: Ils manquent de ressources. Des fois, c'est ça; des fois, c'est une question d'organisation du fonctionnement; des fois, c'est un mélange entre les deux. Encore là, il faut voir c'est quoi, le problème.

Mais, de temps en temps, quand il y a des fortes concentrations de demandes qui viennent de l'urgence, si c'est des cas urgents, on peut être obligés, les médecins dans un hôpital peuvent être obligés de prioriser et de demander à quelqu'un, s'excuser, dire: Vous étiez prévu pour aujourd'hui, mais malheureusement on ne peut pas, il y a une surcharge qui nous vient et on va vous demander de revenir dans une semaine ou un peu plus tard. On reprogramme l'opération, et ça, ça arrive.

Mais, à ma connaissance, je ne pense pas que ce soit devenu une situation où à peu près tout le monde qui a à être opéré est recédulé une fois, deux fois puis trois fois parce que l'urgence bouscule constamment la liste opératoire. Si c'est le cas dans un endroit ou deux et que

ces endroits-là ne sont pas connus encore, donnez-nous l'information, on va aider et la régie et l'établissement en question avec nos équipes techniques pour régler ça. Mais il n'y a pas de situation où ce n'est pas réglable.

Maintenant, je terminerais en disant ceci. On peut imaginer une situation, puis là je ne veux pas rentrer dans des aspects trop techniques, où ça se produirait à peu près jamais qu'une urgence déborde et que ça ait un retentissement comme ça sur les services. C'est faisable. Là, sans rentrer trop technique, c'est encore ça, je me rappelle une vie antérieure où il est très bien démontré que ce qui se présente dans une urgence, il y a des «peaks», ce n'est pas une distribution normale, c'est une distribution de poissons, ce qui fait que, si on veut s'assurer que tu vas jouer sur une probabilité de un sur 1 000 où tu seras débordé, bien, tu vas t'organiser pour être staffé, équipé pour la fois un sur 1 000, et 999 fois tu vas être suréquipé en personnel qui va attendre puis qui va attendre au cas où ça arrive. Non, non, mais, ça, c'est la situation de fond.

Donc, les hôpitaux fonctionnent pour ce qui est à peu près la majorité des situations, mais étant compris qu'il arrive des moments, des périodes qu'on voudrait voir venir avec plus de diligence — ça, je pense qu'on peut s'améliorer encore là-dessus — mais que, dans ces périodes-là, on est obligés de faire des ajustements. Ça, ça ne s'appelle pas transférer un problème, ou reporter, ou renvoyer... ça s'appelle gérer un problème.

La Présidente (Mme Charest): Oui, sur le même sujet, si mes collègues me le permettent, je vous poserais une question. Oui? Il n'y a pas d'objection? M. le ministre de la Santé, est-ce que ces façons de faire que vous venez de nous expliquer sont nouvelles ou si ça a toujours existé? Est-ce que vous faites ça dernièrement, ces façons de faire, ou si ça a toujours été le fonctionnement habituel et traditionnel? Non, non, mais, quand même...

M. Rochon: Non, à ma connaissance, ce n'est pas d'aujourd'hui, ça a toujours été.

La Présidente (Mme Charest): Parce que c'est des pratiques professionnelles, si je comprends vos explications correctement?

M. Rochon: Pardon?

La Présidente (Mme Charest): Si je comprends bien vos explications, ce sont des pratiques professionnelles qui sont d'usage dans les services d'urgence.

• (18 heures) •

M. Rochon: C'est-à-dire une décision... S'il y a à choisir, parmi cinq patients, dans quel ordre de priorité c'est urgent d'intervenir, ça, c'est une décision médicale, et c'est un médecin qui prend ça, toujours.

La Présidente (Mme Charest): Alors, il...

M. Rochon: De faire ce genre de priorisation et d'ajustement, je pense que ça a toujours été comme ça. Et,

si j'ai bien compris ce que le Dr Tétreault me glissait à l'oreille, il dit que ça a toujours été la façon de faire, surtout de ceux qui réussissent à bien faire marcher leur hôpital.

La Présidente (Mme Charest): Oui, est-ce que M. Tétreault veut rajouter quelque chose là-dessus?

M. Tétreault (Michel): Mme la Présidente, bien, c'est complexe, un hôpital. Il y a beaucoup de patients, il y a beaucoup de professionnels de la santé et il y a un jeu continu de prises de décision, sur comment on priorise les patients qui ont le plus besoin de nos services, comment on alloue et on organise les ressources pour y répondre au mieux possible. Je pense, encore une fois, je l'ai déjà dit publiquement, qu'on a un des bons systèmes de santé du monde. On n'a probablement pas un système idéal, mais les hôpitaux qui réussissent à satisfaire le mieux les besoins des clientèles, non seulement celles de l'urgence, mais les gens qui ont besoin de chirurgie, les gens qui ont besoin de traitements, de radiothérapie, de chimiothérapie, sont ceux qui constamment revoient leurs priorités pour chacune de ces clientèles-là et font l'effort nécessaire pour répondre au mieux à l'ensemble de leur clientèle.

La Présidente (Mme Charest): Merci. Sur le même sujet, M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Oui, Mme la Présidente, simplement, là, pour m'assurer qu'en aucun temps le bureau du ministre ou le ministère n'a exigé des centres hospitaliers, par l'intermédiaire des régies, directement ou indirectement, que, pour protéger l'image dans ce qu'on appelle, là, la crise des urgences qui a été médiatisée, on ait changé ce que vous appelez, Dr Tétreault, la décision professionnelle, en ce sens, vider les urgences, remplacer vos chirurgies électives par conséquence, et que là ça soit la politique qui intervienne, ou l'administratif ou la technocratie, au lieu et à la place de la décision médicale et professionnelle qui relève du médecin. Parce que, moi, il y a des médecins, je vous le dis, là, qui m'ont dit carrément qu'ils ont eu des instructions à l'hôpital: il faut que ça débarrasse des corridors. Ils les montent sur les étages, ils prennent nos lits pour les chirurgies électives qui sont parfois urgentes, et le seul moyen qu'on a de sauver la vie de notre patient, c'est de le faire rentrer par l'urgence. Vous comprenez le système, là? Et à ce moment-là je pense que c'est de l'intervention qui ne doit pas avoir lieu. Moi, je veux juste être rassuré, là, que ce que j'ai entendu n'est pas vrai.

La Présidente (Mme Charest): M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Non. Moi, je peux vous assurer, Mme la Présidente, qu'il n'y a jamais eu d'intervention du ministère ou encore moins du ministre pour aller dire à un établissement...

M. Paradis: Ni des régies?

M. Rochon: ...ni des régies, dire à un établissement, encore moins à un clinicien, à un médecin qui décider dans un cas ou dans l'autre ou quoi faire.

M. Paradis: Non, non, non.

M. Rochon: Non, non. Jamais. Mais ce que, moi, j'ai demandé aux hôpitaux, moi-même, en rencontrant les médecins et les gestionnaires... on a discuté ensemble pour bien s'assurer que ce qui était urgent dans une urgence serait traité de façon urgente et pour bien s'assurer qu'on ne pouvait pas avoir un hôpital qui fonctionne avec un tas de choses, de patients qui viennent de partout et que l'urgence, c'est une autre affaire et que, quand ils s'adonnent à voir un lit de libre, à un moment donné, qu'on ne peut pas remplir, là, on va prendre un patient à l'urgence et on va... Non, mais ça a l'air fou de dire ça, mais à un certain moment, là, ça avait l'air à glisser vers ça. C'est «business as usual», ça va bien, puis, quand, à un moment donné, on a un lit de libre, on va voir à l'urgence si on ne pourrait pas monter quelqu'un dans le lit comme on dit. Alors, c'est ça...

M. Paradis: Je me plains du contraire.

M. Rochon: Non, non. On va parler pour se comprendre, là.

M. Paradis: O.K.

M. Rochon: Ça, là, on s'est bien entendu que l'urgence, ça fait partie de l'hôpital, et que la priorisation, comme le disait le Dr Tétreault de ce qui doit être fait à l'hôpital, ça tient compte de l'ensemble des patients qui viennent des différentes voies, y compris de l'urgence. Et c'est là-dedans qu'on doit faire la priorité. Et je pense qu'il y a des situations où des hôpitaux ont pris des décisions qui priorisaient d'autres malades que ceux de l'urgence puis que ça a été respecté.

La Présidente (Mme Charest): M. Tétreault.

M. Tétreault (Michel): Peut-être un exemple, parce que, peu après que le ministre eut rencontré plusieurs hôpitaux, on a fait une tournée de suivi. Puis, comme anecdote, un des hôpitaux qu'on a rencontrés, je ne me rappelle plus exactement, mais, dans la semaine qui a suivi, probablement vers la fin de la semaine suivante...

M. Paradis: Sacré-Coeur

M. Tétreault (Michel): Le CHUM à Montréal, le Centre hospitalier universitaire de Montréal, les directeurs nous ont dit clairement et d'une façon, chacun des directeurs, unanime: Nous avons remis quelques interventions. Et je pense que le chiffre pour l'ensemble des trois pavillons, en une semaine, était autour de huit; si on

calcule qu'il y a probablement une vingtaine de salles d'opération qui opèrent chacune six à sept cas par jour...

M. Paradis: Ça dépend combien il y en a de fermées.

M. Tétreault (Michel): ...sur le nombre, ça ne fait pas beaucoup. Et ils nous ont dit — et c'est ça que je veux amener: Dr Tétreault, nous vous disons clairement que nous ne cancelerons aucun cas de cancer, aucun cas urgent et aucun cas semi-urgent. Et nous avons dit: Parfait, nous croyons que c'est raisonnable au point de vue professionnel de s'assurer que ces patients-là ont aussi accès à la chirurgie parce qu'ils en ont besoin.

La Présidente (Mme Charest): Merci. Sur le même sujet, il y avait le député de Maskinongé.

M. Désilets: Sur un autre sujet.

La Présidente (Mme Charest): Ah, sur un autre sujet. Sur le même sujet, M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Oui. Dans le cas de ne pas annuler les chirurgies de cancer à l'hôpital Notre-Dame, j'ai déjà eu à intervenir à l'Assemblée nationale auprès du ministre pour des patients qui, dans un contexte dit normal, devraient attendre trop longtemps. Je sais que le ministre va s'en souvenir, à la fin de la dernière session, en juin dernier, deux patients, une jeune infirmière puis un jeune ingénieur. Je veux juste rappeler que, même dans le contexte normal, les services — on a beau se dire qu'on a le meilleur système au monde — ça prend des interventions ou les personnes risquent de mourir.

Le deuxième élément, l'Hôpital du Sacré-Coeur. Je regardais encore ce matin: *Débordement d'urgences; Détournements d'ambulances*. Je regardais la visite que le ministre a effectuée à un moment donné, les gens qui se plaignaient que le débordement d'urgences affectait les chirurgies électives, qui deviennent urgentes à force d'être électives, etc., là. Vous avez été sensibilisé à ce problème-là, moi, je suis certain, Dr Tétreault, que ce n'est pas un hôpital que vous ignorez. Qu'est-ce qui fait en sorte que dans ce cas-là on ne semble pas être capable de sortir de la crise? Le verglas est fini, c'est quasiment l'été, et ça perdure, et ça perdure, et ça devient chronique à un moment donné. Et, quand ça devient chronique, c'est peut-être parce que les solutions qu'on a tenté d'appliquer ne fonctionnent pas, qu'on n'a pas les ressources nécessaires, que dans la région le bassin de population est trop important. Ça m'apparaît chronique.

La Présidente (Mme Charest): M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Je vais faire un commentaire sur le commentaire puis je demanderais que Dr Tétreault réponde à la question. Si je me rappelle bien les deux situations de

l'ingénieur et de l'infirmière, c'étaient des gens qui attendaient pour une neurochirurgie, et on avait dit, à l'Assemblée nationale, que la vie de ces gens-là était en danger immédiat. La difficulté, quand c'est dit de même et que c'est laissé comme ça, c'est que c'est souvent présenté de façon plus dramatique et incomplète.

M. Paradis: Le médecin l'a expliqué au *Point*, le soir.

M. Rochon: Parce que, dans ce cas-là, on avait vérifié, Mme la Présidente, et je pense me rappeler assez bien que les deux patients étaient à domicile, qu'ils n'étaient pas en danger de mort du tout, qu'ils attendaient leur temps pour opérer et que le médecin n'avait pas compris qu'il leur ferait opérer plus vite s'il s'entendait avec son chef de département qui gérait le bloc opératoire que s'il parlait aux journalistes. Ça, c'était le cas, je m'en rappelle très bien. Et je pense que ce médecin-là, il a moins de problèmes depuis qu'il travaille avec ses collègues puis avec son chef de département plutôt que d'être dans la presse. Mais ce n'était pas vrai...

M. Paradis: Ce n'étaient pas les problèmes du médecin, c'étaient les problèmes des patients.

M. Rochon: ...qu'il y avait là deux patients qui étaient en danger de mort parce qu'on ne pouvait pas les prioriser. Alors, il ne faudrait pas repartir dans la démagogie des cas, sortir hors contexte, rapporter de façon incomplète quand ce n'est pas tout croche.

La Présidente (Mme Charest): M. Tétreault.

M. Paradis: Excusez, là. Quand le médecin prend la peine d'aller au *Point* le soir pour expliquer, moi, je prends le verdict du médecin traitant plutôt que celui du Dr Rochon...

M. Rochon: Puis, moi, je prends le verdict de son chef de département, à qui on a parlé puis qui nous dit: S'il m'avait parlé, il n'aurait pas eu besoin d'aller au *Point*...

M. Paradis: ...puis de la famille des patients...

M. Rochon: Non, non. Il faut faire attention, ce n'est pas toujours le bon canal.

M. Paradis: ...puis qui a été victime de représailles suite à la colère du ministre.

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Rochon: Pas du tout. Le ministre n'a fait aucunes représailles. Je ne laisserai pas se répandre ces affaires-là. Ça, c'est la démagogie qui recommence, Mme la Présidente.

M. Paradis: Vos gens s'en sont chargé

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Brome-Missisquoi, on va laisser le ministre répondre.

M. Rochon: Dans des cas comme ça, il n'y a personne qui s'en est chargé. Les responsables de ces décisions sont dans les établissements.

M. Paradis: ...la parole, Mme la Présidente, je vous demande d'être au moins neutre et objective en votre qualité de présidente.

La Présidente (Mme Charest): M. le député Brome-Missisquoi, s'il vous plaît, à l'ordre! Des deux côtés de la table, à l'ordre! La parole est au ministre, on va le laisser parler.

M. Rochon: Je ne vais pas continuer là-dessus, Mme la...

M. Paradis: Est-ce qu'on peut, de consentement, inviter le médecin à cette commission, qui va clarifier la situation, à savoir si c'est le Dr Rochon, qui n'a jamais vu le patient, qui a raison ou si c'est le docteur traitant?

M. Rochon: Ce n'est pas le Dr Rochon qui a raison ou tort. Je veux juste rappeler un certain nombre de faits. Et, plus on laisse les décisions à prendre par ceux qui ont des connaissances pour les prendre, en général, ça va pas mal mieux.

La Présidente (Mme Charest): Je vous rappelle-rais que nous sommes sur les crédits, M. le critique de l'opposition...

M. Paradis: Pouvez-vous rappeler la même chose au ministre?

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Brome-Missisquoi, laissez-moi le temps de m'exprimer, s'il vous plaît. La parole est au...

M. Paradis: Vous avez l'air à vous exprimer sur un bord.

La Présidente (Mme Charest): ...ministre. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, je vous demanderai de poursuivre, s'il vous plaît. Est-ce que ça va? Vous avez terminé?

M. Rochon: Oui, ça va très bien. Pour la question elle-même...

M. Paradis: Mme la Présidente, pourriez-vous au moins prendre acte qu'il a fini et présider de façon neutre?
● (18 h 10) ●

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Brome-Missisquoi, si vous me laissez gérer l'assemblée, je vais le faire de façon neutre. Mais...

M. Paradis: Vous venez de démontrer que vous ne le faisiez pas de façon neutre.

La Présidente (Mme Charest): C'est faux.

M. Paradis: Le ministre avait fini et vous lui redonniez la parole.

La Présidente (Mme Charest): C'est faux. Je voulais m'assurer que le ministre avait terminé. Il a terminé, et nous allons passer à une autre question.

M. Paradis: Est-ce que vous pourriez suspendre jusqu'à temps que le président revienne, s'il vous plaît, madame?

La Présidente (Mme Charest): On peut suspendre, il n'y a pas de problème.

M. Rochon: Non. On ne suspend pas

M. Paradis: Je m'excuse, là. La présidence se doit de présider en toute neutralité. Je veux parler au président de la commission et non pas à un député engagé et partisan.

La Présidente (Mme Charest): Ce n'est pas vrai. Je n'ai pas été partisane et engagée quand j'ai demandé au ministre de la Santé s'il avait terminé sa réponse.

M. Paradis: Il vous l'a dit. Vous lui avez donné la parole à deux reprises. Faites venir le président, que le président préside. Je m'excuse, là.

(Consultation)

La Présidente (Mme Charest): Nous revenons. M. le député de Brome-Missisquoi, si vous voulez faire une motion, alors je pourrais recevoir une motion pour ajourner, parce que l'ordre de la Chambre est à l'effet que nous devons siéger jusqu'à 18 h 30, et, en vertu de l'article 165, pour ajourner les travaux, ça prend une motion.

M. Paradis: Je ne veux pas ajourner, Mme la Présidente, je souhaite simplement que les travaux soient présidés de façon neutre. Je comprends que le président habituel a des obligations — il m'en avait prévenu; à compter de 17 heures, il avait des obligations. Moi, à condition que ça soit présidé de façon neutre, je n'ai pas d'objections. Mais, à partir du moment où la présidence agit de façon évidemment partielle, ça me pose de problèmes.

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Brome-Missisquoi, je vous invite à poursuivre. Est-ce que vous avez des questions?

M. Paradis: Moi, Mme la Présidente, je pense que, pour qu'on puisse procéder avec décorum pour ce qui

s'ensuit, si vous aviez l'amabilité d'offrir votre fauteuil à un autre de vos collègues pour qu'il préside les travaux, on pourrait continuer. Sinon, on va poursuivre, avec tout ce que ça comporte de difficultés, lorsque la présidence agit d'une façon qui est interdite par le règlement mais prescrite par le gouvernement.

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Brome-Missisquoi, moi, je suis persuadée que le fait de demander au ministre s'il avait terminé ou pas ou de poursuivre ne présupait pas du tout de la partisanerie de ma position en tant que présidente de séance.

M. Paradis: Mme la Présidente, ça s'inscrivait dans le contexte.

La Présidente (Mme Charest): Alors, moi, je vous offre de poursuivre la séance pour respecter, en quelque sorte, l'ordre de la Chambre, et je suis persuadée que...

M. Paradis: Pouvez-vous me donner, à ce moment-ci — si vous décidez de continuer à présider, on va jouer le jeu — la répartition des temps de parole?

La Présidente (Mme Charest): Oui, bien sûr, on va vous la fournir, tout à fait, immédiatement.

M. Paradis: Merci, madame.

La Présidente (Mme Charest): Alors, M. Paradis, vous avez 19 minutes 13 secondes.

M. Paradis: Non, non, quand je demande la répartition, je veux la répartition des temps de parole pour l'ensemble.

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Maskinongé a quatre minutes, le député de Saint-Hyacinthe a 2 min 40 s et la députée de Rimouski a 23 secondes. Alors, je pense que le temps de parole est quand même...

M. Paradis: Le député de Brome-Missisquoi en a combien?

La Présidente (Mme Charest): Brome-Missisquoi, c'est 19 minutes 13 secondes.

M. Paradis: Et le ministre?

La Présidente (Mme Charest): Et le ministre, le temps de réponse, 21 minutes.

M. Paradis: Ah! Donnez-y donc la parole!

La Présidente (Mme Charest): Alors, est-ce que vous êtes... alors, êtes-vous prêt à poser une question?

M. Paradis: Oui, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charest): Non, écoutez, si vous avez d'autres questions, on peut y aller.

Bilan du programme des départs assistés

M. Paradis: Si vous prenez, Mme la Présidente, les documents fournis par le ministère, Réponses aux questions particulières, tome I, page 1, le nombre de personnes qui étaient éligibles au programme des départs volontaires, le nombre de personnes qui se sont prévaluées de ce programme et le nombre de personnes qui ont été embauchées suite à ces départs.

La réponse du ministère est complète, sauf que j'aimerais obtenir une information additionnelle. Sur environ 39 000 personnes éligibles à la retraite dans le réseau de la santé et des services sociaux, environ 18 700 personnes ont pris leur retraite, tout le monde s'entend, ce qui était à peu près le double de ce que le ministre avait prévu, lui qui avait planifié dans le moindre détail.

Si on exclut le personnel occasionnel, ces personnes représentent environ 15 700 équivalents temps complet. Un bilan provisoire pour l'ensemble des régions régionales indique que, sur ces 15 700 équivalents temps complet, 5 700 postes ont été abolis, 4 700 postes ont été dotés et 5 300 postes restants sont encore en suspens — on parle de 5 300 personnes qui pourraient oeuvrer dans le secteur de la santé et des services sociaux. Aucune décision n'est prise quant à ces postes. Est-ce que je peux demander au ministre de la Santé si, dans les crédits que nous sommes invités à voter aujourd'hui ou au cours des prochaines semaines, il y a des crédits qui prévoient que ces 5 300 postes là vont être comblés?

La Présidente (Mme Charest): Alors, M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Mme la Présidente, je vais apporter juste une précision pour être sûr qu'on se comprend bien. Puis, si vous le permettez, je demanderais la permission que M. Chouinard...

En passant, je peux faire une petite parenthèse, j'ai fait un oubli terrible au début, j'ai pris pour acquis ce que je n'aurais pas dû prendre pour acquis. Vous avez tous reconnu, à côté de moi, Mme Lise Denis, la sous-ministre en titre...

M. Paradis: L'ancienne ministre.

M. Rochon: ...M. François Turenne, qui est le sous-ministre adjoint de l'administration au budget, et, à ma gauche, le sous-ministre adjoint aux relations professionnelles, M. Lionel Chouinard. Fermez la parenthèse. Je m'excuse, j'aurais dû faire ça d'entrée de jeu.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le ministre.

M. Paradis: On souhaite qu'ils soient encore là l'an prochain. À chaque année... Sous quelque gouvernement que ce soit.

M. Rochon: Les 5 300 postes, il y a une chose qu'il faut bien préciser, c'est 3 500 postes pour lesquels une décision n'est pas prise, qui ne sont pas encore dotés, mais c'est 3 500 postes qui sont occupés, il y a des gens qui rendent des services, surtout les postes cliniques parmi ceux-là. Ce n'est pas des postes vides qui font que les gens sont privés de services. Ce qui n'est pas décidé, c'est lesquels de ces postes-là vont être abolis et lesquels vont rester comblés de façon régulière.

• (18 h 20) •

Ayant compris ça, les décisions qui restent à prendre, je pense que, pour vous donner plus le jeu de ces chiffres-là de façon plus complète et compréhensible — sûrement — M. Chouinard pourrait faire ça, si vous voulez.

M. Paradis: Strictement au niveau des crédits, les 5 700 postes abolis, ça veut dire que le Conseil du trésor ne vous a pas donné les argents pour les rémunérer, j'imagine. Les 4 700 qui ont été dotés, j'imagine que le Conseil du trésor vous a donné les crédits nécessaires, quitte à ce qu'ils soient adoptés, là, par l'Assemblée nationale.

M. Rochon: C'est ça.

M. Paradis: Les 5 300 postes restants, est-ce que vous avez obtenu les crédits? Et là, même s'ils ne sont pas occupés, quelque soit l'explication technique, vous avez les argents pour ces 5 300 postes là au cours de l'année?

M. Rochon: C'est-à-dire obtenu ou pas, les crédits, ça ne se voit pas tout à fait comme ça. On n'obtient pas ça, les crédits, poste par poste, là, du Conseil du trésor.

M. Paradis: Non, non, non, mais au niveau des effectifs totaux, là.

M. Rochon: On se comprend? Il y a, comme on dit dans le jargon, une cible budgétaire. Et on sait qu'il doit partir tant de monde parce qu'on n'a pas crédit pour tant de postes. Bon, alors, dans ces postes-là, dans les 5 300, il va falloir en abolir un certain nombre pour compléter notre objectif, et c'est des décisions à prendre. Et c'est là, pour avoir le portrait plus clair, où M. Chouinard pourrait nous aider beaucoup, Mme la Présidente, si on peut lui passer la parole.

La Présidente (Mme Charest): M. Chouinard, s'il vous plaît.

M. Chouinard (Lionel): Alors, essentiellement, l'ensemble de l'opération des départs, l'an dernier, nous a conduit à trois sortes de situations aujourd'hui. Alors, sur les 17 000 postes, selon qu'on parle en ETC, c'est-à-dire en temps complet ou en personnes...

M. Paradis: Je comprends ça, là.

M. Chouinard (Lionel): ...ces postes-là, pour simplifier le débat, se partagent en trois: 5 000, 5 000, 5 000, essentiellement. Alors, 5 000 postes à 5 500 ont été abolis, ce qui veut dire qu'il est clair que, dans le réseau, ça a constitué un effet de transformation et, par le fait même, un effet d'assainissement des finances publiques.

5 600 postes ont été comblés. Ce sont des postes qui, là, bien sûr — comment je dirais, donc — sont pourvus budgétairement, sinon ils n'auraient pas été comblés. O.K.?

Quant aux 5 000 derniers postes, ils sont certainement de deux natures. Pour une part, ils sont budgétés, et, pour une autre part, ils pourraient constituer une situation qui peut entraîner, dans certains cas, un déficit dans un établissement. Et de fait...

M. Paradis: Si vous me permettez, on ne parle pas de pinottes, là, quand on parle de 5 000 postes, si on fait des moyennes — avec les bénéfices marginaux, et tout là — de 40 000 \$, on arrive à 200 000 000 \$, là, on n'est pas à la marge.

M. Chouinard (Lionel): Oui, oui, et j'en conviens parfaitement. Mais il faut comprendre que les 5 000 postes pour lesquels il n'y a pas de décision, je le répète, sont pourvus budgétairement pour une bonne partie. Cependant, ils constituent pour les établissements, à ce moment-ci, les marges de manoeuvre qu'ils se donnent pour des décisions qui vont être appelées à intervenir suite à des analyses ou à des études. Je prendrais un exemple que je connais très...

M. Paradis: Juste une petite précision, si vous me permettez. Quand vous dites qu'ils sont pourvus budgétairement pour une bonne partie, donnez-moi un ordre de grandeur. On «parle-tu» de 5 %, 75 %? Juste sur ces 5 000 postes là, 5 300, quand vous dites: Pour une bonne partie, est-ce qu'on parle... Je veux juste un ordre de grandeur.

M. Chouinard (Lionel): Plutôt que de répondre aléatoirement... je ne saurais pas vous donner le type, je dirais, de proportion qui en découle vraiment. Mais je vais vous donner...

M. Paradis: Est-ce que vous pouvez l'obtenir? Pas aujourd'hui, là, je comprends que vous ne l'avez pas aujourd'hui, mais la commission va résieger la semaine prochaine. Est-ce que ça peut être rendu disponible?

M. Chouinard (Lionel): On peut faire certaines analyses à ce niveau-là, oui.

M. Paradis: C'est beaucoup, là, si on parle de 200 000 000 \$.

M. Chouinard (Lionel): Oui, oui, mais, en même temps, et on ne le cache sûrement pas, on sait que le

réseau a accumulé une part de déficit en cours d'année qui est attribuable, pour une partie, à des postes pour lesquels des décisions devraient être prises. Mais il faut décrire de quoi il s'agit quand on parle de ces postes-là. Essentiellement — essentiellement — ces postes-là qui n'ont pas été pourvus de façon définitive constituent pour les établissements majoritairement des marges de manoeuvre qu'ils se donnent en fonction de décisions qu'ils vont être appelés à prendre sur, entre autres, des projets de rationalisation au niveau des services de support, comme par exemple rationaliser dans une buanderie, et tout ça.

Et je vais vous donner des exemples terrains que je connais pour avoir été, jusqu'à il y a trois mois, directeur général d'une régie régionale. Il a été prévu, dans une région comme Chaudière-Appalaches, que deux buanderies fermeraient, soit celle de Lac-Étchemin et celle de Thetford Mines. Cependant, celle de Thetford Mines, ce que l'on sait, c'est que, à cause du volume sous-régional, elle ne pourra fermer avant le 31 mars 1999. Cependant, dans cette même buanderie, il y a des employés qui, dans le cadre du programme de départs à la retraite, ont quitté; c'était leur choix, ils sont partis. Il est évident que l'employeur n'a pas redoté ces postes-là de façon définitive sachant que dans six, sept mois, maintenant, il fermera sa buanderie.

Ça, c'est ce qu'on appelle, dans les trois catégories, un poste en suspens, O.K.? Mais c'est un poste en suspens qui laisse une marge de manoeuvre à l'établissement, et l'établissement, parce qu'il opère cette buanderie-là encore toute l'année, il sait qu'il ne fait pas les économies, mais il a le budget pour le faire. C'est donc une économie qui est anticipée au 1er avril 1999.

M. Paradis: L'explication est pratique, j'en conviens, mais elle est à la marge. Il y a également des gens sur les étages qu'on appelle...

M. Chouinard (Lionel): Oui. Je vais vous donner un autre exemple. Dans le même établissement, le Centre hospitalier régional de l'Amiante, par la rationalisation qui a été faite dans le virage ambulatoire, on a réduit le nombre de lits, de mémoire, d'une trentaine. Ça a eu pour effet de fermer des départements, carrément, et les regrouper. Ça a eu aussi comme effet de mettre à pied un bon nombre d'infirmières auxiliaires.

Ce que nous avons fait comme région à ce moment-là, en accord avec l'établissement, c'est qu'on a bâti une cohorte d'infirmières auxiliaires qui sont à ce moment-ci payées par l'employeur pour faire leur recyclage comme infirmières diplômées. Ça va? Ce programme va finir dans un an. Il est évident que l'employeur, ce qu'il fait — encore dans le même bloc des postes en suspens — c'est qu'il n'a pas réaffiché à ce moment-ci des postes d'infirmières autorisées; il les comble temporairement, et, quand les infirmières auxiliaires auront complété leur recyclage, ces personnes-là ne se retrouveront pas sur une liste de rappel, de remplacement ou quoi que ce soit, il y a des postes qui les attendent.

Et aussi, encore là, par mon exemple, pour revenir à votre question initiale, l'établissement a les argents pour payer ces postes d'infirmières; ce qu'il a fait, il a suspendu une décision sur des postes pour faire en sorte de créer un espoir réel à des infirmières auxiliaires qui ont accepté volontairement d'aller faire leur recyclage, lequel recyclage, je le répète, est payé à partir de banques et de réserves que nous avons faites dans le budget régional pour faire en sorte qu'on réduise le nombre d'infirmières auxiliaires dans la région.

M. Paradis: Mais, moi, je tente de suivre, par l'intermédiaire de la présidence, votre raisonnement, ça s'applique de façon assez pratique dans un cas où il n'y a pas eu l'abolition de 5 000. On part d'une situation où il y a l'abolition de 5 700 postes. On s'attendait, dans ce qui a été planifié dans les moindres détails, à ce qu'il y en ait à peu près 7 000, 8 000 dans le réseau, il y en a 15 700 qui ont quitté puis là il y en a 5 700 complètement abolis; donc, il n'y a plus de services à la population de la part de ces ressources humaines là. Il y en a 5 300 qui font encore l'objet de flottement; ça commence à être beaucoup, ça, là, compte tenu des prévisions que le ministre nous avait fournies l'an passé.

M. Rochon: Vous avez peut-être un élément de réponse...

La Présidente (Mme Charest): M. le ministre de la Santé, oui?

M. Rochon: ...que je peux fournir, quand on dit: Ça fait pas mal de flottement. On a pas mal discuté, puis parfois on nous a reproché d'aller trop vite. Il a fallu qu'on procède avec un certain rythme au début. D'abord, pour amorcer une transformation comme ça, à un moment donné, comme on dit, il faut mettre le pied dans la porte, et les pressions budgétaires, il y a deux ans — on l'a dit, c'était cinq fois ce que c'est présentement — étaient très, très fortes.

Une voix: ...

M. Rochon: Oui, oui, c'est ça. Mais maintenant, là, quand on dit qu'on est rendu en fin de processus de transformation, qu'il y a encore des efforts budgétaires à faire mais que les coupures réelles de diminution de crédits sont cessées, qu'on commence à réaugmenter les crédits tranquillement, on peut diminuer le rythme. Non, mais c'est ce qui arrive, parce que, quand on fait des gros changements, comme M. Chouinard faisait référence, qu'on décide qu'on va diminuer les lits de tel nombre, que ça, ça va vouloir dire qu'on abolit un ou deux départements, qu'on réorganise, qu'on fusionne l'établissement avec un autre, ça, c'est ce que j'appelle, moi, des décisions macro, ça, ça peut rouler pas mal, à un certain rythme.

● (18 h 30) ●

Quand on arrive à l'intérieur de tout ça, maintenant, pour faire le peaufinement final puis l'ajustement de l'organisation du travail, là, il faut prendre son temps un peu plus. Puis effectivement on prend le temps qu'il faut pour s'assurer que les décisions qui vont être prises, à savoir quel poste on abolit puis quel poste on garde. Puis ça, souvent, ça veut dire qu'il y a, avant ça, à prendre des décisions sur une organisation ou une réorganisation du travail au sein de l'établissement.

Pour faire ça correctement...

M. Paradis: Est-ce que le site de l'hôpital entre en ligne de compte quand ces décisions-là sont prises?

M. Rochon: Oui, oui. C'est justement, ça explique une bonne partie des déficits.

M. Paradis: O.K.

M. Rochon: Comme on arrive jusque là et qu'on veut le faire de la façon la plus participative possible, il faut que tu impliqués le monde. À mesure que tu prends ta décision, il y a des périodes de formation et d'adaptation. Alors, tout ça demande du temps. Et on s'est donné comme ligne de conduite qu'on ferait ça avec beaucoup de soin.

On reparlera sûrement, pendant cette commission, des déficits. Il y a une bonne partie des déficits qui ont été augmentés pour absorber ce coût de transition, ce coût de réorganisation. La seule façon de faire de l'économie plus vite, ça serait de bousculer. Mais, quand on va arriver dans le fin, on ne bousculera pas. Et c'est ce qui se passe. On prend le temps qu'il faut pour prendre les décisions avec soin. Je suis sûr que le député comprend ça et qu'il va être réconforté pour s'assurer que l'hôpital de Brome-Missisquoi-Perkins va continuer à être bien géré.

M. Paradis: Il n'a pas à citer un des meilleurs hôpitaux de la province pour me convaincre. Il y en a d'autres.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le ministre. Compte tenu de l'heure, j'ajourne les travaux au lundi 4 mai 1998, à 14 heures, à la salle Louis-Hippolyte-LaFontaine. Merci à tous ceux et celles qui ont travaillé. Merci.

(Fin de la séance à 18 h 32)