



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 20 avril 1999 — N° 3

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (1)**

**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 mardi 20 avril 1999

Table des matières

Volet santé et services sociaux	1
Organisation des travaux	1
Remarques préliminaires	2
Mme Pauline Marois	2
M. Gilles Baril	3
Mme Pauline Marois	3
Mme Michèle Lamquin-Éthier	5
M. Russell Williams	8
Mme Lyse Leduc	9
Discussion générale	10
Mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes	10
Amélioration de la diffusion de l'information	11
Mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes (suite)	12
Mode de rémunération des médecins résidents	15
Plan d'action sur le débordement des urgences	16
Document déposé	21
Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval	29
Suites du document <i>Les urgences au Québec 1990-1997: bilan, perspectives et normes</i>	30
Nécessité du travail en réseau	34
Pénurie de médecins dans certaines régions	35
Nécessité du travail en réseau (suite)	35
Pénurie de médecins dans certaines régions (suite)	36
Centre hospitalier Anna-Laberge, à Châteauguay	39
Rénovation du Foyer de Châteauguay	43
Pénurie de médecins dans certaines régions (suite)	45
Centre universitaire de santé de l'Estrie	47
Situation générale en Montérégie	47
Situation à Acton Vale	49
Centre hospitalier de Granby	50
Situation à Chicoutimi et à Jonquière	54
Transferts fédéraux	55
Situation à Chicoutimi et à Jonquière (suite)	56

Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

M. Jean-Marc Fournier

Mme Fatima Houda-Pepin

M. Bernard Brodeur

* M. Lionel Chouinard, ministère de la Santé et des Services sociaux

* M. Michel Tétreault, idem

* M. Claude Boily, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 20 avril 1999

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

(Neuf heures trente-sept minutes)

Volet santé et services sociaux

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme la ministre, les membres de la commission, mesdames, messieurs, je vous souhaite la bienvenue. Nous avons maintenant le quorum. Alors, je rappelle le mandat de la commission: la commission des affaires sociales est réunie afin d'étudier les crédits budgétaires sous la responsabilité de la ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1999-2000.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Mme Loisel (Saint-Henri—Sainte-Anne) sera remplacée par M. Williams (Nelligan). C'est tout.

Organisation des travaux

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je vous rappelle que le temps dévolu à l'étude des crédits budgétaires sous la responsabilité de la ministre de la Santé et des Services sociaux est de 20 heures. Alors, je voudrais, à ce moment-ci, avant qu'on débute nos travaux... s'il y a un ordre particulier dans lequel vous souhaitez étudier les programmes. Est-ce que vous voulez étudier les programmes programme par programme et les adopter ou avoir une discussion plus générale et étudier et adopter à la fin? Alors, j'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet. Oui, Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. Non pas programme par programme, mais discussion d'ordre général.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: On procéderait, c'est ça, par discussion générale. C'est ça que j'avais compris. J'avais compris, et juste pour qu'on s'entende bien pour faire venir les organismes que les membres de la commission souhaiteraient recevoir et entendre, qu'on ferait les deux premières journées, si j'ai compris, sur le volet santé...

Mme Lamquin-Éthier: Exact.

Mme Marois: ...du ministère de la Santé et des Services sociaux, donc aujourd'hui et demain. Je comprends que jeudi nous recevrons l'Office des personnes handicapées, et on aborderait particulièrement les dossiers de services sociaux.

Mme Lamquin-Éthier: Exact.

Mme Marois: Et, vendredi, on terminerait avec la Régie de l'assurance-maladie.

Mme Lamquin-Éthier: Exact.

Mme Marois: C'est bien ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est ça.

Mme Marois: Bon. Alors, moi, ça me convient, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Parfait. Alors, on conservera, à ce moment-là, quelques minutes à la toute fin de l'étude des crédits pour adopter... ● (9 h 40) ●

Mme Marois: C'est parce que, juste à titre d'information, il y a quatre programmes, donc, et évidemment il y a un programme qui est le transfert des sommes vers les établissements. C'est sûr que c'est de celui-là qu'on va discuter très largement. Alors, c'est un peu normal qu'on le voie de cette façon-là. Je suis d'accord avec la députée de Bourassa.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous rappelle que nous passerons immédiatement aux remarques préliminaires: Mme la ministre, 20 minutes; la responsable a également 20 minutes; le porte-parole de l'opposition officielle a également 20 minutes; et tous les membres peuvent s'exprimer aussi au niveau des remarques préliminaires. Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Mme la Présidente, je voudrais juste savoir: Est-ce que nous allons procéder avec les blocs de 20 minutes, questions-réponses, avec une règle d'alternance comme nous avons fait l'an passé? Est-ce que ça va être la façon dont nous allons procéder?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Écoutez, au niveau des crédits, il n'y a pas nécessairement de règle de l'alternance, mais, comme il s'agit quand même d'un contrôle, finalement d'une vérification, d'un exercice de contrôle, alors je souhaiterais bien sûr que l'on puisse fonctionner de façon équitable de part et d'autre. Et je vous suggérerais aussi qu'on ait peut-être des questions assez brèves et des réponses assez brèves pour permettre à l'ensemble des parlementaires d'être éclairés sur les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux.

M. Williams: Avec ça, en principe, les blocs de 20 minutes et, en principe, l'alternance si ça convient à tout le monde.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, écoutez, je vais tenir compte du temps de chacun.

M. Williams: Oui. Il me semble que...

Remarques préliminaires

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, sans plus tarder, Mme la ministre, je vous cède la parole pour une période de 20 minutes.

Mme Pauline Marois

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Mon collègue aussi, le ministre délégué aux Services sociaux et à la Jeunesse, partagera avec moi le temps qui est imparti.

Alors, l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux que nous entreprenons aujourd'hui s'engage à un moment particulièrement important de l'histoire du système québécois de la santé et des services sociaux, un moment qui marque l'avènement d'une réforme essentielle dans ce secteur et la fin aussi d'une très dure période où on a fait des efforts budgétaires majeurs. Mais, en même temps, c'est le début d'une ère nouvelle autant pour l'administration publique que pour les réseaux financés par l'État québécois.

La réforme des dernières années dans le secteur de la santé et des services sociaux a conduit à d'importants changements. Elle a mené à une utilisation plus judicieuse de nos ressources tout en nous permettant d'accroître la capacité d'accueil des centres d'hébergement de même que l'offre de services des CLSC et des organismes communautaires. De nouveaux services sont maintenant offerts. Ils sont mieux adaptés aussi aux besoins de la population. À l'instar de la plupart des autres pays occidentaux, nous avons réalisé ce que nous pouvions mieux répondre aux besoins sociaux et de santé de la population en utilisant mieux nos ressources tout en faisant des économies appréciables.

Cette réforme, dont tout le mérite d'ailleurs revient à mon prédécesseur, s'est avérée une entreprise indispensable à la préservation d'un réseau de services accessibles et de qualité que nous avons mis beaucoup de temps et d'énergie à mettre en place au cours des 30 dernières années. Si ce fut par ailleurs, à bien des égards, une opération difficile, ce n'est pas, Mme la Présidente, parce que nous avons osé l'entreprendre, mais bien davantage, et j'en ai l'absolue conviction, parce que nous avons beaucoup trop tardé à le faire.

Mais tout cela est déjà passé. La période des changements de structures est terminée. Il nous reste l'avenir, et la volonté de continuer est là. Ce qui ne veut pas dire, comme on a trop souvent été porté à le croire dans le passé, que les ressources sont à nouveau illimitées et qu'elles augmenteront au gré des besoins. Le temps sera à la rigueur, et pour longtemps encore. Et il faut en être bien conscient.

Les priorités que nous nous fixons ne seront pas satisfaites par la seule addition de moyens. Nous devons cibler les réinvestissements enfin rendus possibles, les

inscrire dans un plan d'ensemble, dans une vision. Cette vision, soit l'identification des priorités des grandes orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux, mon collègue, d'ailleurs, le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, M. Gilles Baril, et moi-même, nous l'avons rendue publique le 5 mars dernier. En d'autres mots, aujourd'hui, en y joignant cette fois les investissements correspondants, je présente ces priorités aux membres de cette commission.

Ma vision, je la tiens bien sûr de mon expérience, mais aussi des nombreuses consultations que j'ai faites depuis mon arrivée au ministère de la Santé et des Services sociaux. J'ai en effet rencontré beaucoup de monde depuis que je suis en poste: des malades, des infirmières, des médecins, des jeunes, des familles, des administrateurs. Et je dois vous dire que je continue à le faire, et je continuerai à le faire.

Ces rencontres m'ont rappelé ou m'ont confirmé certaines vérités que je voudrais simplement relever ici avant de vous exposer les investissements que nous projetons cette année. Tout d'abord, et on ne le dira jamais assez, les services doivent se déployer autour de la personne en fonction des besoins de la personne. Ce principe, il est pour moi fondamental.

Déployer les services autour de la personne, cela exige beaucoup de souplesse de la part d'un système de services. Les professionnels, les établissements, en fait toute l'organisation des services, doivent tenir compte de la diversité des besoins et des situations. Pour ce faire, nous devons évoluer, nous éloigner du modèle d'organisation actuel formé d'établissements plus ou moins indépendants pour nous transformer en véritable réseau intégré de services. Il s'agit non seulement de réduire les chevauchements, les cloisonnements, de mettre fin à la discontinuité des services, il s'agit surtout de jeter des ponts entre les divers intervenants, de développer la souplesse, la polyvalence, d'établir des relais usuels, normaux avec les autres intervenants de la communauté locale ou régionale. En fin de compte, un seul grand objectif doit nous guider: rendre des services mieux adaptés aux besoins, plus accessibles et moins fragmentés.

Les services de base constituent le premier niveau de notre système de services. C'est là que se règlent, en général, 80 % de tous les problèmes. C'est là aussi, sur le terrain, que doivent être concentrés, en premier lieu, nos efforts de prévention. D'ailleurs, je voudrais profiter de l'occasion qui m'est offerte pour dire que nous devons remettre la prévention et la promotion de la santé à l'ordre du jour. Les exigences des dernières années, les soubresauts que nous avons vécus, les contraintes budgétaires, tous ces éléments ont parfois relégué au second plan, faut-il le dire, les actions préventives. Ces actions, elles sont pourtant essentielles. Dans mon esprit, elles sont et elles seront toujours prioritaires. La prévention, la promotion de la santé doivent donc imprégner les services de base, en constituer un élément moteur.

Parmi les services de base, il y a les services médicaux, les soins infirmiers bien sûr, mais il y a aussi

tout le secteur des services à domicile que j'ai, entre autres, retenu comme priorité. À mon sens, les services à domicile constituent l'un des piliers du système de santé et des services sociaux de demain. Il faut donc investir dans ces services, mieux les organiser, se donner des orientations claires pour orienter leur développement. C'est à cette condition que nous réussirons véritablement le virage en cours dans les services hospitaliers de courte durée à la satisfaction des gens. C'est également à cette condition que nous relèveront le défi du maintien à domicile des personnes âgées et de l'intégration sociale des personnes handicapées et des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Les services de base doivent recevoir toute l'attention qu'ils méritent, mais, lorsque la situation l'exige, la personne doit avoir accès rapidement aux deuxième et troisième niveaux du réseau de services, soit les services spécialisés et ultraspecialisés. Comme ces services traitent souvent de problèmes vitaux pour les gens, nous devons leur accorder aussi toute l'attention nécessaire.

La question des urgences m'apparaît fondamentale — vous avez pu le constater d'ailleurs — celle des listes d'attente également. J'ai voulu que l'on s'attaque résolument à ces deux problèmes. Nous l'avons fait. Des mesures ont été prises, à court terme, cette année. De plus, un groupe de travail scrute actuellement la question afin de trouver des solutions durables que nous mettrons en forme le plus tôt possible, bien sûr.

Par ailleurs, avec l'implantation du régime général d'assurance-médicaments, il a été possible de mettre en place un troisième pilier du système de santé et de service sociaux de demain. Ainsi, 1 400 000 personnes ont pu avoir accès aux médicaments. Toutefois, quand on me signale que certaines modalités ont pu réduire l'accès au service pour certaines personnes, je m'inquiète au plus haut point. Dans les prochaines semaines, tel que déjà dit, je soumettrai au gouvernement les ajustements à apporter au régime actuel. Ces ajustements immédiats pourraient être suivis par d'autres, le cas échéant, à la suite de l'évaluation de l'ensemble du régime, ce à quoi nous procéderons l'automne prochain.

Se préoccuper des personnes, cela m'a aussi amenée à considérer les problèmes particuliers des jeunes, leur détresse. Il faut leur redonner un avenir, à ces jeunes, à tous les jeunes. Nous avons un devoir social, moral, je dirais, auprès de ceux qui rencontrent de graves problèmes. Nous avons voulu en faire une priorité. Sur ce point, je voudrais céder la parole à mon collègue Gilles Baril.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le ministre.

M. Gilles Baril

M. Baril (Berthier): Alors, Mme la Présidente, membres de la commission. Le gouvernement a décidé de faire des investissements importants pour soulager, mais surtout pour contrer à la source les problèmes de détresse sociale, et ce, en priorité chez les jeunes. Pour nous, il ne

s'agit pas d'ajouter simplement des services et de continuer d'assister impuissants à l'apparition ou encore à l'aggravation des problèmes. Le plan d'action que je rendrai public très bientôt se veut le coup d'envoi d'une nouvelle perspective dans le domaine des services aux jeunes. Nous voulons faire autrement.

● (9 h 50) ●

Le plan d'action vise essentiellement trois objectifs, c'est-à-dire l'accessibilité, l'intégration des services et la formation des différents groupes et intervenants et intervenantes. D'abord, nous voulons mettre en place des mesures pour faire face aux problèmes graves et urgents d'abord en matière de protection de la jeunesse, dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie, en matière de tabagisme, au niveau de l'itinérance et, naturellement, en prévention du suicide.

Deuxièmement, nous projetons d'augmenter le nombre de jeunes et de familles rejoints par des programmes préventifs reconnus efficaces. Le dépistage et l'intervention précoce doivent nous permettre de véritablement prévenir ces mêmes problèmes.

Enfin, troisièmement, et d'une façon extrêmement importante, nous entendons consolider les équipes locales interétablissements pour que l'intervention précoce et le traitement se fassent de manière concertée. Il nous faut, une fois pour toutes, enrayer la fragmentation et la discontinuité des services, et plus aucun enfant ne doit être victime, comme je l'ai souvent mentionné, d'un match de ping-pong entre une mesure et une autre, entre un intervenant et un autre.

Alors, ce plan d'action sera accompagné d'un budget additionnel de 27 500 000 \$. Les nouveaux crédits devraient bien sûr soulager les detresses, enlever de la pression, donner de l'oxygène au réseau et soutenir, dans un certain sens, les pratiques novatrices. Et, en bout de ligne, ces efforts doivent se traduire dans l'aide directe aux jeunes et à leurs parents. C'est là le but ultime qui est visé. Donc, dans un sens, je suis convaincu qu'il y a de l'espoir et que ceux et celles qui sont confrontés à ces nouvelles detresses de notre société, bien, on peut leur dire qu'avec la mise en place de ce plan d'action il sera possible de s'en sortir.

Mme Pauline Marois

Mme Marois: Merci. Alors, services à domicile, urgences, listes d'attente pour certains traitements ou certaines chirurgies, services aux jeunes en détresse: voilà nos quatre priorités relativement aux services directs à la population. Mais, au-delà de l'organisation des services, il y a surtout des professionnels, des gestionnaires, du personnel, bref des hommes et des femmes dont le travail est souvent difficile. On demande à ces hommes et à ces femmes de faire preuve de compétence, de professionnalisme, mais aussi d'humanisme et de compassion parce qu'ils travaillent la plupart du temps auprès de gens qui sont placés en situation de vulnérabilité.

En plus des services directs à la population, il y a également une organisation imposante. Cette organisation

sera vraiment fonctionnelle si chacun assume son leadership, exerce des responsabilités bien définies. Tous doivent faire preuve de souplesse, d'ouverture, développer des alliances, s'inscrire dans des réseaux de services. Ce sont mes convictions. Ce sont les motifs qui orienteront les investissements d'ailleurs de plus de 1 700 000 000 \$ que nous ferons en cours d'année dans les services de santé et services sociaux.

Je me permets encore une fois d'insister sur l'ampleur des réinvestissements qui, en peu de temps, seront dirigés dans les services de santé et les services sociaux. Conscient de la nécessité de changer une situation qui ne pouvait perdurer, le gouvernement a décidé d'agir très rapidement et très massivement. L'investissement que nous faisons représente, sur deux ans, une augmentation de 13,3 % par rapport aux crédits comparatifs 1998-1999. Il n'y a pas de commune mesure bien sûr entre cet investissement et l'augmentation minimale des transferts fédéraux pour la santé. Si on tient compte des modifications que le gouvernement fédéral a apportées aux modalités de répartition du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, le Québec ne recevra, au cours des trois prochaines années, qu'un maigre 150 000 000 \$ par année de plus pour la santé. Vous comprendrez que cette somme compte relativement peu dans le 1 700 000 000 \$ que le Québec a décidé d'injecter.

Examinons maintenant comment se répartiront les investissements prévus. Un premier montant de 345 000 000 \$ est destiné à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Cette somme servira principalement à couvrir les coûts des dernières ententes avec les fédérations médicales et l'augmentation du coût de programme d'assurance-médicaments. L'enveloppe globale de 1 400 000 000 \$ restante servira en tout premier lieu à régler les problèmes et les situations les plus urgentes, c'est-à-dire à permettre aux établissements de reprendre leur souffle. La période que nous venons de traverser a laissé comme séquelles des déficits importants dans les établissements. En effet, depuis 1995-1996, la situation financière du réseau a connu une détérioration importante. Un déficit courant qui était de 23 000 000 \$ en 1994-1995 atteindra, selon les dernières prévisions, environ 350 000 000 \$ en 1998-1999. Et il y a eu bien sûr un bond impressionnant du côté du déficit accumulé.

Le temps est donc venu de sortir des ornières du déficit. Il faut que les établissements soient en mesure de mettre toute leur énergie à offrir les meilleurs services possible. Ils doivent s'employer à remobiliser leur personnel, les hommes et les femmes, autour de l'objectif de services aux personnes. Et, pour ce faire, il faut créer un contexte motivant et bien sûr valorisant.

Donc, tel que je l'ai annoncé le 11 mars dernier, environ 700 000 000 \$ serviront à rembourser les déficits que les établissements ont accumulés. Bien que le phénomène des déficits ne soit cependant pas généralisé, 200 établissements sur les quelque 400 que compte le réseau public sont aux prises avec un déficit. Le problème se pose avec plus d'acuité, et beaucoup d'acuité, dans 40 établissements, surtout des centres hospitaliers généraux et

universitaires. J'ai donc mis en place un plan global de restructuration financière des établissements qui va au-delà du simple remboursement des déficits accumulés.

Comme 1999-2000 marque la fin des efforts de compression dans le secteur, le réseau pourra compter, à partir de cette année, sur une pleine compensation pour l'évolution des coûts de programmes incluant la tenue en compte de l'année bissextile. Une somme de 274 000 000 \$ sera utilisée pour compenser cette évolution incluant celle qui résultera bien sûr des augmentations salariales telles qu'annoncées par mon collègue. De plus, 168 000 000 \$ serviront à donner suite aux décisions prises depuis le dépôt des crédits 1998-1999.

Je vous rappelle que ces investissements visent à développer des services à domicile, à diminuer les durées d'attente pour les services spécialisés et ultraspecialisés et à mettre à niveau des services de base dans les régions en périphérie de Montréal et de Québec de même que dans les régions nordiques. Nous savons aussi que des crédits supplémentaires financeront des interventions particulières tels la mise en place de Héma-Québec et le programme d'intervention auprès des personnes affectées par l'hépatite C. Nous parlons d'un ajout de 100 000 000 \$ pour supporter les établissements dans leur effort de retour à l'équilibre budgétaire. J'y reviendrai un peu plus loin.

Enfin, 160 000 000 \$ sont destinés à soutenir les quatre grandes priorités de services que j'ai exposées plus tôt. Du côté des jeunes, mon collègue vous annoncera bientôt le plan d'action jeunesse. Déjà, l'ordre de priorité est établi, et c'est 27 000 000 \$ supplémentaires qui s'ajouteront. Pour les services à domicile, on parle de 70 000 000 \$ qui sont prévus pour l'accessibilité à l'ensemble des services de base des personnes qui résident dans les différentes régions du Québec. Et, aux régions périphériques, en particulier à Montréal et à Québec, on parle d'une somme de 18 000 000 \$ qui servira à redresser cette situation. Le problème d'accès adéquat aux services hospitaliers, aux services d'urgence évidemment de même qu'aux services spécialisés et ultraspecialisés sera aussi concerné par des investissements majeurs. J'accélère un peu parce que je vois que le temps passe. Je pourrai répondre, donc, à des questions un peu plus tard sur l'ensemble de ces éléments.

En fait, j'ai une préoccupation bien sûr, c'est que l'ensemble des investissements de 1 400 000 000 \$, si on exclut la Régie de l'assurance-maladie qui comprendra son lot d'investissements pour nous mener à 1 700 000 000 \$, j'espère que ces 1 400 000 000 \$, et j'y travaillerai, Mme la Présidente, soient investis dans le réseau de la santé et services sociaux pour, d'abord et avant tout, améliorer l'accessibilité et la qualité des services.

• (10 heures) •

Pour s'en assurer, d'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux exercera activement son leadership. Les partenaires du ministère, c'est-à-dire les régies régionales, les établissements, seront imputables en regard d'objectifs de résultats qui auront été convenus en début d'année. Et, de plus, l'allocation des ressources se fera en fonction de l'atteinte d'objectifs convenus. Ce

changement d'approche se concrétisera au moyen d'une entente formelle signée avec chaque régie régionale. Ce sont des ententes de gestion auxquelles je fais référence et qui préciseront les objectifs à atteindre. Elles s'appuieront sur le rôle essentiel qu'assume chaque régie régionale dans sa région. Une concertation continue entre le ministère et les régies doit être faite pour qu'il soit possible de maintenir et d'améliorer les services tout en s'assurant bien sûr de leur pertinence.

En plus des ententes de gestion, le ministère et les régies régionales conviendront d'ententes particulières avec les établissements qui affichent un déficit important. Comme il n'a jamais été question d'effacer inconditionnellement les déficits accumulés, les établissements concernés devront faire leur juste part pour assainir leur situation financière et revenir bien sûr à un budget équilibré.

Il y a un certain nombre de conditions que l'on fixera. Une première condition, c'est que les établissements en déficit auront l'obligation d'élaborer et de faire approuver ce plan d'équilibre budgétaire. Des objectifs annuels de réduction des déficits courants seront aussi précisés et ils devront être atteints pour que l'établissement se voie entièrement rembourser le déficit accumulé.

Je vais aller à la conclusion, Mme la Présidente, je vois que le temps file. À moins qu'on me permette de le dépasser. De cinq minutes?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste environ deux minutes, Mme la ministre. Vous avez encore deux minutes.

Mme Marois: Alors, pour terminer, vous allez me permettre de rappeler que le gouvernement s'était engagé à protéger les services directs à la population. Mesdames et messieurs membres de la commission parlementaire, comme vous êtes en mesure de le constater, cet objectif reste, pour nous, central. Il guide tous nos investissements ainsi que notre nouvelle approche de l'administration du réseau public.

Le gouvernement avait également annoncé qu'il mettrait fin aux compressions gouvernementales dans le secteur. Promesse tenue. Il s'était, de plus, engagé à investir graduellement pour développer les services. Avec l'injection de 160 000 000 \$ dans les services prioritaires, nous accélérons le pas en réalisant dès maintenant une bonne partie de l'engagement que nous avons pris.

Notre gouvernement ne s'est pas arrêté là. Il a, de plus, pris les dispositions nécessaires pour restructurer rapidement la situation financière des établissements. Il en assumera donc les déficits accumulés tout en injectant 100 000 000 \$ pour soutenir les établissements dans leurs efforts de retour à l'équilibre budgétaire. Ce sont autant de mesures qui assurent l'accessibilité et la qualité des soins et services offerts aux citoyennes et citoyens du Québec.

Dans le réseau de la Santé et des Services sociaux, il n'y a pas de solution simple, mais une chose est sûre, nous avons l'obligation de nous donner des objectifs clairs. Définir le cap, prendre les moyens pour l'atteindre, voilà

dans l'essence ce que mon collègue et moi venons de vous exposer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme la ministre. Est-ce qu'il vous serait possible de donner des copies de votre intervention à chaque membre de cette commission?

Mme Marois: Bien sûr, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, maintenant, je cède la parole à la députée de Bourassa, qui est porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de services sociaux. Mme la députée de Bourassa.

Mme Michèle Lamquin-Éthier

Mme Lamquin-Éthier: Mme la Présidente, merci. Si vous me permettez quelques remarques préalables, en ouverture, grosso modo, nous assistons en quelque sorte au même discours, un discours qui se veut rassurant et qui est même fait, livré sur un ton également qui se veut rassurant.

Je peux comprendre Mme la ministre de déclarer avoir de la vision. Je n'ai rien contre les visionnaires. Effectivement, ça devait prendre des visionnaires pour entreprendre en même temps la configuration du réseau de la santé, sa transformation et imposer au même moment des coupures sans précédent qui ont été appliquées de façon aveugle.

La réforme était nécessaire, oui. Ça a été dit et redit. Ce n'est pas là l'importance du discours. Ce qu'il faut voir, ce sont les résultats. À quel prix, à quel coût cette réforme-là a été faite? Elle a été faite de façon précipitée, sans planification, sans coordination, à très grande vitesse. Elle a été imposée. Elle a été parachutée par-dessus la tête des usagers, qui n'ont pas réclamé ces changements-là à travers lesquels ils ont passé et auxquels ils ont dû s'adapter et, dans certains cas, de façon absolument inacceptable pour un réseau qui a comme mission essentielle de leur donner des services. Elle a été imposée par souci de l'atteinte d'un déficit zéro.

Mme la ministre peut dire vouloir souhaiter la fin d'une période difficile, mais on ne peut pas, on n'a pas le droit, quand on est porteur d'une responsabilité envers des personnes fragiles, vulnérables, faire abstraction de la réalité. On ne peut pas prendre ses désirs pour des réalités. On ne peut pas déclarer le début d'une ère nouvelle... Ça me fait penser à une chansonnette que je vais m'empêcher de fredonner. Mais je ne peux que remarquer la coïncidence entre «le début d'une ère nouvelle» et ce qu'on a déjà entendu.

Non, je ne pense pas que ça soit derrière l'utilisateur, je ne pense pas que la réalité soit différente et je ne pense pas qu'on puisse en faire abstraction. J'en prends pour preuve la réalité. Mme la ministre disait que les changements des structures étaient terminés. On n'a qu'à regarder le CHUM pour voir à quel point ce dossier-là s'enlise,

pour voir le nombre d'années depuis que ça s'enlise, pour voir actuellement comment est l'ambiance à l'intérieur. Quelle est la capacité de cet établissement-là de motiver le personnel, de lui donner une direction, d'agir de telle sorte qu'il va avoir une idée précise d'où l'on va?

Moi, je veux bien qu'on jette des ponts, mais la condition sine qua non, c'est de savoir où on va. Il est très difficile de savoir où on va. On a des grands diktats, des grandes formules, des grands principes, et, malheureusement, quand on regarde le vécu de la personne malade, de celles qui passent à travers l'utilisateur, de celles qui se retrouvent dans nos bureaux, de celles qui nous appellent, de celles qui nous écrivent, bien souvent, ces grands principes-là demeurent lettre morte.

On a toujours des grandes formules. On a de la langue de bois. Le plus bel usage, c'est «usager», un terme qui a été dénoncé, décrié, qui n'a pas été changé, malgré l'ouverture de la Loi sur les services de santé, un terme qui réfère mécaniquement à un usager de services, à un consommateur dans le sens «user», un terme auquel les clientèles aînées se sont objectées parce que ça les privait de leur réalité, de leurs racines et que ça donnait une connotation péjorative détestable de «used», usé. Mais ça n'a pas été changé.

On nous donne la salade du réseau intégré, du continuum de soins. Il faut aller voir les arrimages qui ont été faits, qui sont faits et qui pourront être faits. Combien d'arrimages, de protocoles d'entente ont été signés entre les centres hospitaliers et les CLSC? N'y a-t-il plus de difficultés entre les CLSC et les cabinets privés? Sommes-nous dans un monde Aldous Huxley, où on peut faire abstraction de cette réalité qui est si difficile et qui témoigne encore une fois d'un manque de planification, d'un manque de coordination?

Le réseau va avoir à se relever. Le personnel est épuisé. Un infirmier de Sainte-Justine, 40 ans d'expérience, me disait dimanche: Michèle, une infirmière peut faire deux burnout et une dépression. En 40 ans, je n'ai jamais vu ce que je vois. Je ne suis plus capable, je vais partir prendre une retraite que je refusais parce que j'aimais ce que je faisais. Je ne suis plus capable! Il y a beaucoup de gens, à l'heure actuelle, qui ne sont plus capables.

On a manqué le coup, avec les conditions qui étaient essentielles à la réussite du virage ambulatoire. Encore une fois, on parlait de la volonté. Ce n'était pas là le problème. C'était la capacité d'assumer le surplus des responsabilités. On devait clarifier avant d'arriver à des arrimages, faire du maillage. La condition sine qua non, c'était de clarifier les responsabilités. On est encore à des balbutiements. Les transferts d'argent, qui demeuraient essentiels à la prise en charge des clientèles, essentiels au continuum de soins, essentiels à ce beau discours parfaitement théorique, les transferts d'argent n'ont pas suivi.

On fait face à un déficit sans précédent, 700 000 000 \$. Mais c'est quelque chose! On ne peut pas repousser ça du revers de la main. Il y a des déficits courants, 350 000 000 \$. C'est quelque chose, là aussi, c'est une réalité. Est-ce qu'on peut réalistement demander

à des établissements de faire la preuve de leur capacité de gérer? Quelles énergies, quelles capacités auront-ils dans les faits?

Oui, le même discours, sauf que le ton est différent. Encore une fois, un ton qui se veut être rassurant. Je veux bien que le ton soit rassurant, mais il ne peut pas aller jusqu'à mentir en ce sens ou à nier la réalité, à nier les difficultés que connaissent les usagers qui passent à travers le réseau de la santé.

Oui, on a fait des annonces, on a droit à des annonces extrêmement fréquentes. On a été convoqué régulièrement, on nous a annoncé des investissements. Oui, ces investissements-là peuvent paraître importants, mais, encore là, il faut regarder ce qu'il en est. Sur le 1 000 000 000 \$, il y a 700 000 000 \$ qui vont à effacer la dette des établissements. Donc, c'est du non-récurrent, ça ne reviendra pas. Il y a un autre 300 000 000 \$ qui est non récurrent, qui ne reviendra pas.

• (10 h 10) •

On a fait une réforme, on l'a faite à tous crins! Et là on va effacer le passage de l'ex-ministre de la Santé, M. Rochon. On va effacer, avec ce 1 000 000 000 \$, l'impact des improvisations, du manque de planification. C'est un échec, ce n'est pas compliqué! Tout est dans les airs, on ne sait pas où on va. L'utilisateur est ballotté, il passe entre deux chaises. Où il va à l'un on lui dit d'aller à l'autre. Il y a des illogismes qui devraient être dénoncés.

Pourquoi avoir tant coupé si on est pour remettre de l'argent maintenant dans le réseau de la santé? Pourquoi avoir mis le personnel à la retraite pour maintenant le réengager à des coûts astronomiques? Pourquoi avoir donné une nouvelle mission aux CLSC qu'on voulait être la porte d'entrée du réseau de la santé? Pourquoi est-ce que, maintenant, on regarde ça différemment? On se dit: Bien, écoutez, on voyait ça d'en haut, on voyait ça sur papier, on voyait ça de façon statistique, on voyait ça de façon technocrate, mais là, écoutez, dans la réalité, là, ça ne marche pas, on vire de bord. On fait encore un autre virage.

Les fusions, la démonstration, à ma connaissance, n'a jamais été faite des économies qu'il était possible de réaliser. On assiste à un nouveau discours: «Bigger is better!» On ne sait pas le «bottom line» du «better is...», mais là on veut l'imposer. On est pour les grands ensembles. Supposément, encore une fois, parce qu'on veut faire des économies de sommes substantielles ou appréciables. La démonstration n'a jamais été faite. On manque de planification, on manque de coordination. Il y a une méconnaissance du terrain, il y a une méconnaissance des réalités du réseau de la santé. On a comme objectif de couper ou de réorganiser de façon froide, mécanique, à distance. Le réseau a atteint un point de rupture.

Les patients ont perdu confiance dans le réseau de la santé, et ils ont raison. En fin de semaine, on annonçait qu'on prenait un virage patient. Il y a quelqu'un qui s'est levé, je ne sais pas qui, je ne sais pas quand, je ne sais pas comment. Parce qu'on veut être rassurant, parce qu'il faut oublier ce qui est en arrière sans avoir l'assurance qu'on va être capable de l'écarter, sans avoir la capacité d'en

faire la preuve, bien là il faut apporter le discours du patient. Mais on dit bien «virage patient». On ne dit pas «virage mieux-être patient», on ne dit pas «virage bien-être patient». On fait une référence mécanique, un nouveau terme, «virage patient». On ne sait pas à quoi on fait référence. Encore une fois, le patient va être ballotté parce qu'il va vivre encore cette improvisation. Puis il l'a vécue au niveau du continuum des services, il l'a vécue au niveau de l'accessibilité des soins, il l'a vécue au niveau de la capacité.

On n'a qu'à regarder les rapports de traitement des plaintes au niveau des régions, le Commissaire aux plaintes, les rapports d'établissements, et d'autres, c'est très clair qu'il y a eu des atteintes importantes. Il faut voir le délestage qui s'est fait au niveau du réseau communautaire, qui a carrément invoqué du dumping sur le dos du communautaire.

Les aidantes naturelles, l'opposition officielle a dénoncé ça également à de nombreuses reprises, à l'occasion de la période de questions ou à d'autres moments. Les femmes, principalement. 80 % des cas, ce sont des femmes qui portent les soins donnés à domicile, des femmes qui se trouvent bien souvent sans ressources, des infirmières qui sont épuisées. Les statistiques, pour le burnout, le taux de suicides, c'est en recrudescence. C'est un phénomène qu'on n'a jamais observé. Des infirmières, à l'heure actuelle, qui dénoncent la dangerosité des conditions de leur travail, des infirmières qui appellent la CSST pour intervenir pour leur donner des conditions qui soient propices à l'exécution de leurs fonctions.

Des urgences qui débordent. Un de nos trois fils a été conduit à l'hôpital, la semaine dernière — ce n'est pas des temps mémorables — et je suis allée à l'Hôtel-Dieu. L'urgence débordait! Et j'ai pris la peine et le soin de faire tous et chacun des corridors pour m'imprégner de ce qui s'y passait. Parce qu'on avait eu droit à un discours. J'ai dit: Là, Michèle, tu vas passer, tu vas les faire, les corridors, tu vas regarder les yeux des gens qui sont couchés, tu vas regarder l'épuisement du personnel, imprègne-toi de ça, parce que c'est inacceptable.

Les patients, on leur en demande beaucoup, à l'heure actuelle. On leur a même demandé de ne pas aller dans les urgences. On leur demande d'aller au CLSC: il n'y a pas assez de personnel ou les ressources ont été coupées. On leur demande d'aller en clinique, en cabinet privé: les quotas sont atteints. C'est absolument... C'est beau, de jeter des ponts, mais, doux Jésus, on manque de rives!

Les médecins actuellement démissionnent en bloc. Des CMDP démissionnent pour dénoncer des situations inacceptables. Les CMDP qui, en vertu de la loi, ont des responsabilités strictes au niveau de la qualité des soins. Il y a des surenchères auxquelles on assiste dans le réseau de la santé, à l'heure actuelle, pour retenir des médecins. Et le terme n'est pas fort, des surenchères! C'est absolument étonnant, c'est estomaquant dans un réseau qui a une mission de soins. On parle de mise en tutelle des centres jeunesse, de situations qu'on connaissait et qu'on a laissé se dégrader à un point tel que, maintenant, on a comme seule solution la mise en tutelle.

Et, encore une fois, je rappelle que soudainement on parle du patient, «virage patient». Technocratiquement parlant, on prend le virage patient. Je ne sais pas ce que ça veut dire. J'aimerais le savoir quand les personnes de mon comté vont me le demander. On va leur dire ce que je leur ai dit: Attendez-vous, puis on verra éventuellement.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, une loi qui est rendue extrêmement volumineuse, ce qui ajoute au plaisir d'en faire la lecture et de comprendre la portée et la signification des articles. C'est tellement simple, le réseau de la santé, que la loi est extrêmement volumineuse, à l'heure actuelle. Donc, cette loi précise clairement, à l'article 3, que la raison d'être des services, c'est la personne qui les requiert. Ça a toujours été et ça sera toujours.

L'article 100 de la même loi nous parle de la fonction ou des responsabilités des établissements de santé, qui sont là pour assurer une prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes. Ce n'est pas nouveau, là! Mais probablement qu'on va assister, encore là, à de nouvelles découvertes.

Il y a eu des annonces. On verra, dans le cadre des discussions que nous aurons, comment on peut les confronter avec la réalité. Ça serait dommage que le réseau de la santé, autant les administrateurs, les gestionnaires, les personnels, les professionnels, pensent que la période difficile est derrière nous. Non, je regrette, il y a aura encore des compressions budgétaires. Les compressions budgétaires ne sont pas terminées.

Il faudrait ajouter le déficit annuel dont on a parlé. Il faut bien parler de la pensée magique de Mme la ministre, qui nous dit que, grâce à leur plan d'équilibre budgétaire, les établissements ne feront plus de déficits. Bien, c'est bien beau ça! Est-ce que cette annonce-là est réaliste? Est-ce qu'elle est réalisable? Est-ce qu'on est conscient de la marge de manoeuvre dont pourraient disposer les établissements? L'ont-ils, cette marge de manoeuvre-là? Et, si le passé est garant de l'avenir, au niveau des compressions budgétaires, M. Rochon, en 1997-1998, avait alors annoncé que le réseau prévoyait un déficit annuel de 220 000 000 \$. Par la même opération — pensée magique — coûte que coûte, M. Rochon avait voulu baisser ce déficit à 170 000 000 \$. Malheureusement, la réalité a été tout à fait autre, malgré sa volonté de vouloir que les établissements fassent un effort de 40 000 000 \$. Au lieu d'un effort, c'est un déficit de 220 000 000 \$ que le réseau a connu. Donc, les établissements n'ont pas été capables de résorber le déficit. Au contraire, il y a eu une augmentation.

Et, moi, je veux bien qu'on parle du déficit ou de l'équilibre, mais il faut qu'on envisage ça de façon très réaliste et que cette vision soit réalisable et qu'elle le soit sans atteindre la qualité des services. Et, dans le cadre de la tournée de certains établissements de santé, on allait voir la situation dans les urgences, et mes collègues nous ont prêté main forte. D'ailleurs, Mme la ministre a elle-même mentionné avoir lu le rapport, on pourra regarder ensemble certains passages.

Les directions d'établissements, des membres de conseils d'administration nous ont fait part de leur désarroi et nous ont dit: Écoutez, à moins que ça change, à moins que des difficultés structurelles ne soient corrigées, nous allons être obligés de toucher à la qualité des services, il n'y a pas d'autres choix. Alors, c'est bien beau d'appliquer la théorie de la pensée magique, mais, encore une fois, on regardera ce que sont les chiffres et ce que ces chiffres-là disent.

La prévention. Je suis heureuse, et mes collègues le seront aussi, qu'on parle enfin de prévention. C'est pourtant dans la Loi sur les services de santé et services sociaux. Il faudra aller voir ce qu'il y a sous ce titre-là, encore une fois, qu'est-ce qu'on peut envisager.

● (10 h 20) ●

On résume. Le réseau va devoir se relever des énergies qu'il a investies de façon extraordinaire: un personnel qui est épuisé, un manque de direction. Les gens ne savent plus, dans le réseau de la santé, quel sera le nouveau concept, le nouveau diktat, la nouvelle formule, le nouveau cap vers lequel tous devront se diriger. C'est dommage. Et, au-delà de ça, oui, il y a des professionnels, mais, d'abord et avant tout, il y a des personnes malades, des personnes vulnérables qui ont besoin d'avoir l'assurance, vraiment une assurance, pas se faire rassurant par un discours, mais vraiment faire une démonstration que ça sera d'abord, toujours et avant tout le patient, le patient, la personne qui a besoin de soins, la personne qui a besoin de services. Et, pour bien orienter les solutions, il faut être conscient des drames, des situations difficiles, des souffrances, de l'isolement, des difficultés que vivent les personnes malades, leurs familles et les personnes bénévoles, dans le réseau de la santé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme la députée de Bourassa. Est-ce qu'il y a d'autres membres qui ont des remarques préliminaires? Alors, merci. Nous allons passer... Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Juste quelques remarques préliminaires, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez la parole.

M. Russell Williams

M. Williams: Merci. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt le discours de la ministre et aussi la réalité de la députée de Bourassa. Effectivement, on vit dans deux mondes complètement différents. C'est la première fois qu'on rencontre la ministre en commission parlementaire depuis l'élection, et nous allons profiter des 20 heures en commission parlementaire pour essayer d'aller beaucoup plus loin que juste les généralités et les beaux discours, et on doit discuter de qu'est-ce qui se passe dans le vrai monde.

Juste quelques commentaires déjà couverts par ma collègue la députée de Bourassa mais qu'il faut que je

mentionne. Le rapport du Vérificateur général a jugé sévèrement le gouvernement, pendant les derniers quatre ans, sur plusieurs dossiers, mais je voudrais nommer certainement les services jeunesse, tous les services jeunesse. Il les a jugés dans une façon très sévère.

J'ai écouté les bonnes paroles du ministre délégué, qui annonçait, encore une fois, que bientôt il va annoncer quelque chose. C'est dommage, ils n'ont pas eu... Je ne sais pas pourquoi il n'a pas annoncé ça avant pour nous donner une chance de vraiment étudier qu'est-ce qu'il va annoncer en commission parlementaire. Parce que les listes d'attente se prolongent. Il y a 11 sur 16 centres jeunesse en déficit. L'argent que la ministre a mentionné, c'est en grande partie non récurrent. Ça va mal, dans le réseau des services jeunesse. Ce n'est pas juste l'opposition officielle qui dit ça, c'est le réseau lui-même et aussi le Vérificateur général.

Avec ça, j'annonce qu'effectivement peut-être jeudi, nous allons avoir plus de chance d'aller plus profondément sur cette question parce que de plus en plus nous avons vu les jeunes en difficulté, en détresse et nous avons vu, avec certainement le rapport du Vérificateur général, que ce gouvernement a manqué de courage et de leadership. C'était avant que la ministre soit là, mais, quand même, elle est membre de ce gouvernement.

Il y a un autre dossier où on doit utiliser le temps disponible à l'opposition pendant les crédits, c'est toute la question des services préhospitaliers d'urgence. Encore une fois, une analyse et un jugement très sévère contre le gouvernement. Il y a un manque de leadership, complètement, dans ça. Une dépense de plus que 200 000 000 \$. Et, selon eux, il y a certainement plusieurs questions... Je présume que chaque député a reçu les demandes, dans chaque comté, de rencontre, et aussi qu'ils ont eu les présentations de ceux et celles qui ont eu des problèmes avec les services préhospitaliers d'urgence.

Avec ça, je pense qu'on doit utiliser le temps. Et on accepte la bonne foi de la ministre dans ça, mais franchement on doit aller beaucoup plus loin que ça et on doit faire mieux que ça. Toute les questions d'Urgences-santé sur l'île de Montréal, une dépense de presque 70 000 000 \$ et, quand même, un temps de réponse complètement inacceptable. Encore une fois, je présume que les députés de Montréal ont tous reçu les plaintes sur les temps de réponse de 12, 15, 20, 30 minutes. C'est complètement inacceptable. Et nous avons besoin d'un gouvernement qui va prendre ses responsabilités et corriger ça. J'espère qu'aujourd'hui et demain on peut commencer à discuter ces questions.

Une autre question — et ce n'est pas une surprise pour la ministre — qui nous intéresse beaucoup, c'est tout le nouveau système de sang. Il y a une augmentation de 43 000 000 \$ dans le budget, cette année — 43 000 000 \$. On doit avoir des explications. Maintenant, nous avons créé deux systèmes sanguins au Canada, un pour le reste du Canada et un pour Québec. Nous avons déjà entendu qu'ils ont eu des problèmes de communication. Nous avons déjà entendu que... Il y a certainement... Je ne veux pas donner l'image qu'il n'y a pas de bonnes choses dans

ça. Ah non! on va discuter de ça comme il faut, Mme la ministre. Mais il y a certainement des problèmes de communication. Et une pierre angulaire des recommandations de Krever, c'est d'avoir un système qui peut assurer les bonnes communications.

Avec ça, quand je demande... Mme la ministre, je vois votre réaction. Ce n'est pas toujours 100 % mal, mais, comme vous avez essayé de nous convaincre, et particulièrement votre prédécesseur, il a essayé de nous convaincre que c'est toujours 100 % bon, et ce n'est pas ça, en réalité... Ce n'est pas ça. Et nous avons des graves problèmes: les services jeunesse, les services préhospitaliers d'urgence. Certainement, nous allons vous questionner sur le nouveau système d'Héma-Québec. Et aussi nous allons continuer notre discussion, et on va savoir la position de cette semaine du gouvernement sur toute la question des indemnisations pour les victimes de l'hépatite C. Et nous allons certainement faire notre possible pour avoir une réponse claire à ces questions.

Une autre question, un autre sujet qui me touche et qui m'a frappé, qui a été vraiment mal fait par votre prédécesseur, et j'espère que vous allez montrer un leadership beaucoup plus ouvert dans le dossier, c'est pour toutes les questions d'accessibilité de santé et services sociaux pour la communauté d'expression anglaise. Nous avons un gouvernement qui ne respecte pas ses propres lois. La députée de Bourassa a mentionné la Loi de la santé et des services sociaux, qui oblige légalement une révision des programmes d'accès à chaque trois ans. Le gouvernement ne respecte pas sa parole dans ça, pas du tout.

Et nous avons reçu l'information qu'effectivement, comme la dernière... avant les élections, il y a maintenant le harcèlement des régions régionales par les représentants de la ministre pour réduire l'offre de services. C'est inacceptable. C'est inacceptable, qu'est-ce qui se passe dans ce dossier. Et je pense que la seule chose que la ministre peut faire pour nous convaincre qu'il y a une bonne foi dans ce dossier, c'est de passer les programmes d'accès cette semaine. Il y a un autre Conseil des ministres auquel, je pense, vous allez participer mercredi. Je pense que ça pourrait être le temps de finaliser ce débat. Il me semble qu'il n'y a aucune raison — et j'ai hâte d'avoir la réponse de la ministre sur ça — de retarder ces programmes d'accès. Ça passe un message tellement négatif à la communauté d'expression anglaise sur cette question.

Avec ça, Mme la Présidente, je ne veux pas nécessairement utiliser tout mon 20 minutes. Mais services sociaux pour les jeunes, manquent de financement, peut-être que jeudi nous allons avoir une chance d'aller plus loin. Quel autre système de financement est-ce qu'on peut prévoir? Parce que c'est peut-être le système même qui est incorrect. Écart entre les gens à un niveau inacceptable. On doit trouver plus une balance. Toute la question des services ambulanciers, toute la question du système de sang et aussi certainement qu'est-ce que le gouvernement est en train de faire pour les minorités, nous allons certainement en discuter.

Avec ça, j'ai voulu, avec mes remarques préliminaires, Mme la Présidente, montrer qu'il y a beaucoup

de questions. Le dernier ministre et le gouvernement du Parti québécois ont fait tellement mal aux services jeunesse, aux services à la famille, pour ceux et celles qui ont besoin des services et aussi dans tout le système de santé, tel que ma collègue la députée de Bourassa l'a mentionné. Maintenant, oui, peut-être qu'il va y avoir un certain assouplissement. Mais ils ont fait tellement de tort.

Et nous avons besoin d'utiliser le temps devant nous pour nous assurer qu'il y a des engagements fermes, avec des échéanciers fermes, avec de l'argent ferme pour avoir une garantie que ce n'est pas juste des bonnes paroles, mais effectivement que nous sommes en train, avec une nouvelle vision... Et j'espère que le gouvernement va accepter quelques suggestions de l'opposition, comment il peut améliorer le système. Merci beaucoup, Mme la Présidente. Et j'espère que, pendant les prochaines 20 heures, on pourra avoir réponse à nos questions. Merci.

• (10 h 30) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le député de Nelligan. Est-ce qu'il y a d'autres membres... Oui, Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Lyse Leduc

Mme Leduc: Oui, juste rapidement. Je voudrais quand même rappeler que, suite aux interventions que nous avons entendues du monde de l'opposition concernant la nécessité de la réforme, on convient que la réforme était nécessaire. Mais une fois qu'on a dit ça il faut aussi être conséquent et dire que, si nous faisons une réforme, il va y avoir des changements. C'est évident que la réforme a...

L'objectif, tel que la ministre l'avait dit, c'était de conserver l'accessibilité à un régime universel de santé pour les usagers, et on avait vraiment les usagers en tête afin que, quels que soient leurs revenus, quelle que soit leur situation, ils puissent avoir accès à notre régime de santé. Alors, je pense que ça, c'était l'objectif. Et, dans le sens de dire que les usagers ne demandaient pas cette réforme, ils demandaient sûrement une façon de faire pour qu'on puisse continuer à profiter des soins de santé au Québec d'une façon universelle. Alors, l'ensemble de la population était sans doute d'accord avec cette réforme, puisque les résultats électoraux ont confirmé que, malgré certains questionnements qu'elle avait, elle considérait que nous avions pris nos responsabilités et que nous avions agi dans ce domaine parce qu'il fallait le faire.

Je voudrais aussi souligner que les réformes ne sont pas uniques au Québec; les réformes ont été entreprises dans l'ensemble des provinces et dans l'ensemble des pays occidentaux. Alors, je pense que, quand on agit, c'est évident qu'il peut y avoir des choses qu'on doit améliorer. Quand on prend une action, c'est évident qu'on regarde les résultats et qu'on essaie de les améliorer. C'est ce que nous avons fait en juin 1998 quand nous avons décidé de réinjecter des fonds mais dans des domaines particuliers, précis, où nous voyions qu'il y avait des choses à améliorer, que ce soit en oncologie, dans le domaine cardiovasculaire ou dans les prothèses pour les personnes âgées. Je pense que l'objet de la réforme, c'était ça, c'était

d'utiliser à bon escient les argents que nous avons pour répondre aux besoins précis des usagers. Parce qu'on peut garder un système tel qu'il est, mais il ne répondait pas nécessairement aux priorités des usagers.

Alors, je pense que la réforme que nous avons entreprise avait justement, même si on ne veut pas utiliser le terme usager, mais, moi, je pense que ce n'est pas en changeant de vocabulaire... C'est l'idée qu'il y a en arrière qu'il faut prendre, là, parce qu'on voit souvent ça. Il ne faut plus dire... Il faut parler de malentendants au lieu d'autres formes. Mais ça ne change jamais la réalité des choses. La réalité des choses, c'est des gens qui sont malades. Qu'on les appelle malades, qu'on les appelle patients ou usagers, la réalité des choses, c'est ça, et c'est à ça que nous souhaitons nous attaquer quand nous avons fait la réforme.

Alors, je pense que nous sommes dans ce sens-là. Nous avons annoncé des intentions de corriger les lacunes qu'il pouvait y avoir dans le système de santé, pas nécessairement parce qu'elles étaient provoquées par la réforme — parce qu'il y en a qui étaient là bien avant — mais de continuer d'améliorer le système de santé. Alors, c'est l'objectif de ce gouvernement, et je pense que la population l'a bien compris. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme la députée de Mille-Îles. Est-ce qu'il y a d'autres remarques préliminaires? Alors, ceci met fin aux remarques préliminaires.

Discussion générale

Nous allons maintenant amorcer les discussions d'ordre général. Mme la députée de Bourassa.

Mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes

Mme Lamquin-Éthier: Merci. Mme la Présidente, le 5 février 1999, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux annonçait la conclusion d'une entente de principe concernant les modalités d'application de la rémunération mixte pour les médecins spécialistes. Elle annonçait au même moment que le type de rémunération consiste en une combinaison de la rémunération forfaitaire et de la rémunération à l'acte pour les services médicaux dispensés dans les hôpitaux. Et elle annonçait au même moment comment Mme la ministre entendait financer le coût d'implantation. Est-ce que Mme la ministre de la Santé et des Services sociaux peut nous préciser si cette entente est actuellement en vigueur?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, je suis heureuse de constater qu'on aborde ces questions, puisque nous sommes, je dirais, en discussion continue avec les fédérations de

médecins, autant du côté des médecins spécialistes que du côté des omnipraticiens.

Lorsque nous avons conclu cette entente, nous avons conclu le cadre général, hein? En février 1999 — c'est effectivement ce à quoi faisait référence notre collègue de Bourassa — nous signions une entente sur l'implantation du nouveau mode de rémunération, et il y avait aussi des ententes complémentaires qui touchaient quatre spécialités, soit la radio-oncologie, la neurochirurgie, la pédiatrie et l'anesthésie.

Ces nouvelles ententes fixaient le montant des suppléments d'honoraires que les praticiens spécialistes pouvaient recevoir en sus de leur forfait quotidien. C'est une entente qui visait à valoriser les tâches plus complexes, celles qui nécessitent plus de temps; les médecins spécialistes qui exercent dans un environnement parfois, bien sûr, plus stimulant, parce qu'ils conseillent leurs collègues, parce qu'ils aident à l'organisation, la planification des services, n'étaient pas pour autant rémunérés pour ce faire. Alors, à notre point de vue, quand on conseille des collègues, quand on aide à la planification de services, c'est évident qu'à ce moment-là on améliore de façon plus large et plus générale les services rendus à la population.

Alors, par ailleurs, non, ce n'est pas terminé. Les ententes spécifiques pour chacune des spécialités ne sont pas terminées — j'ai parlé de quatre spécialités. L'objectif qui est visé cependant par les parties, c'est de conclure avec la majorité des associations avant la fin du mois de mai 1999, de telle sorte que les médecins qui vont le souhaiter, qui vont être d'accord avec... enfin que s'appliquent pour eux ces nouveaux modes de rémunération, puissent le faire dès le début de l'automne, puissent s'en prévaloir dès le début de l'automne. Certains peuvent penser que cette date est un peu tardive, mais par ailleurs c'est un changement majeur.

Il y a eu des discussions d'ailleurs très, je dirais, musclées — disons comme cela — avec les gens de Sainte-Justine, parce que, entre autres dans le cas des pédiatres et des gens qui travaillent auprès des enfants, tous les spécialistes finalement qui travaillent auprès des enfants, souvent ils doivent prendre plus de temps pour traiter un enfant parce que se faire expliquer une maladie par un enfant, c'est un peu plus compliqué qu'un adulte, qui peut davantage bien traduire les symptômes qu'il a, identifier les problèmes qu'il vit, etc.

Et on a vu, il y a quelques semaines, je crois, ou quelques jours, qu'on s'impatientait un petit peu à Sainte-Justine. Mais je dois vous dire que ça va particulièrement bien du côté des discussions, on peut avoir certains désaccords parfois, mais des discussions qui nous mèneront à reconnaître la particularité des interventions par des spécialistes auprès des enfants, qui doivent mettre plus de temps, posent donc moins d'actes, et ça a un effet sur leur rémunération, on est bien conscient de ça.

Alors, si des délais devaient se prolonger d'ailleurs dans les discussions, on peut imaginer que certaines ententes transitoires permettant peut-être des versements de montants forfaitaires pourraient être évaluées, si tel était le cas.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...Mme la ministre. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Mme la Présidente, merci. Mme la ministre, dois-je comprendre qu'il y a une entente-cadre de principe pour laquelle vous êtes encore en discussion avec la Fédération des médecins spécialistes et la FMOQ, et qu'il y a des ententes spécifiques pour lesquelles vous êtes encore en discussion pour les quatre spécialités dont vous avez parlé?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Non, il y a une entente-cadre qui, elle, est signée, convenue. Donc, on s'est entendu sur les grands éléments...

Mme Lamquin-Éthier: Elle est signée?

Mme Marois: Elle est signée.

Mme Lamquin-Éthier: O.K.

Mme Marois: Cette entente-cadre est signée. Les ententes...

Mme Lamquin-Éthier: ...spécifiques.

Mme Marois: C'est ça, les ententes, par ailleurs, avec chacune des spécialités — et là il y en a 32 — elles, elles sont en discussion. L'important était d'abord qu'on sache sur quoi on allait pouvoir compter, quels éléments allaient être pris en compte en termes de rémunération, et à partir de là la Fédération des médecins spécialistes, avec les gens du ministère et des institutions, négocie dans le cas de chacune des spécialités. Et, je le mentionnais tout à l'heure, il y en a quatre qui sont signées — c'est bien celles-là, hein? — alors la neurochirurgie, la radio-oncologie, la pédiatrie et l'anesthésie.

Mme Lamquin-Éthier: Faisant référence à un article paru dans *Le Devoir*, le 7 avril 1999, on parlait d'une journée d'étude qui se tenait à l'hôpital Sainte-Justine, et, si vous me permettez de faire lecture d'un paragraphe, je vais lire le paragraphe qui précède. Alors: «Une entente sur la rémunération mixte, signée en décembre dernier entre Québec et la Fédération des médecins spécialistes et qui devait régler une partie du problème de ce fossé salarial tarde toujours à être mise en vigueur. Si d'ici trois semaines le problème n'est pas réglé, il faudra des actions d'envergure beaucoup plus globales que celles d'aujourd'hui.» Alors, comment doit-on comprendre la situation qu'on décrit?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

● (10 h 40) ●

Mme Marois: J'ai eu l'occasion de rencontrer... D'abord, un, de mon personnel a discuté et échange régulièrement avec les responsables de l'hôpital Sainte-Justine, et j'ai discuté de cette question spécifique avec le président de la Fédération et ses collaborateurs.

En fait, l'entente de Sainte-Justine non seulement concerne les pédiatres et les différents spécialistes... les pédiatres, c'est signé mais les différents spécialistes, je pense que c'est particulièrement les anesthésistes qui étaient en cause dans le cas présent. En fait, j'ai donc discuté avec le président de la Fédération et ses collaborateurs, je le répète, et tout allait relativement bien, et tout va relativement bien, mais je pense qu'on a eu un petit problème soit de communication ou de transmission des informations.

Et je vais aller plus loin que ça. Pendant que cela se discute, évidemment il y avait eu des engagements qui avaient été pris à l'effet que cette entente devrait s'appliquer à compter de décembre 1998. Alors, nous avons convenu qu'effectivement il y aurait rétroaction à décembre 1998, selon l'entente qui sera signée et ses termes qui allaient s'appliquer dès décembre 1998. Donc, non seulement on ne veut pas pénaliser, non seulement nous ne sommes pas passifs, nous sommes actifs, et il y a des discussions régulières, mais le jour où nous arriverons à un règlement pour l'ensemble des spécialités concernant les enfants et les spécialistes oeuvrant à Sainte-Justine, nous rétroagirons à décembre 1998. Alors, ce n'est pas négligeable, évidemment.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Bourassa.

(Consultation)

Mme Marois: C'est ça, exactement, c'est ça, voilà.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, actuellement nous négocions spécialité par spécialité à Sainte-Justine, et, à partir du moment où nous signerons une entente avec l'une ou l'autre des spécialités, cela est rétroactif au 1er décembre 1998.

Amélioration de la diffusion de l'information

Donc, je peux comprendre l'impatience, je peux comprendre que parfois on souhaiterait que ça aille plus vite, que l'information circule plus et mieux. Une chose, Mme la Présidente, peut-être un commentaire plus général, une réflexion que je pourrais partager avec les membres de la commission. J'ai été assez étonnée et je le suis encore assez régulièrement du fait que l'information circule difficilement entre les professionnels, particulièrement ceux de la santé, particulièrement les médecins et les spécialistes.

Et je me suis posé un peu la question, et il faut comprendre. Chacun travaille individuellement à répondre aux besoins des malades qui se présentent. Ils vont travailler à l'occasion bien sûr en équipe parce qu'il y a un cas lourd, etc. Donc, chacun a son univers et, si la personne est très prise par sa charge de travail, très prise par ses patients et ses malades et ne prend pas la peine d'aller voir ce qui se passe du côté de ses négociateurs ou des discussions qui ont cours, souvent ça va lui échapper comme information.

Et on en a discuté d'ailleurs tant avec les médecins spécialistes, les fédérations, que les omnipraticiens, puis on se disait que ce serait peut-être intéressant d'imaginer de mieux travailler encore sur les réseaux d'information pour s'assurer que les personnes en cause aient accès à ces données le plus rapidement possible, évidemment.

Alors, je pense qu'il y a un petit peu d'impatience et je le comprends, mais en même temps je peux vous dire qu'il n'y a rien qui est fait dans le sens de ralentir les débats, les travaux et nos discussions, au contraire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Un commentaire également dans la foulée de ce que Mme la ministre vient de dire, puis je pense qu'elle a raison jusqu'à un certain point. L'information effectivement circule difficilement, parce que nous n'aurons eu les documents nécessaires à l'étude des crédits — donc je parle de l'ensemble des documents, et, effectivement, c'est important de pouvoir y avoir accès pour poser les bonnes questions, de bien comprendre ce qui se passe — qu'hier après-midi. Alors, même ici à l'Assemblée nationale, les documents semblent circuler particulièrement difficilement. Même si la santé, c'est un dossier extrêmement important et même si on doit s'y préparer, je vous dis que c'est vraiment de l'extrême limite là aussi.

Mme la ministre, lorsque vous parlez des ententes spécifiques, devons-nous comprendre que vous négociez spécialité par spécialité avec chacun des établissements du réseau de la santé?

Mme Marois: Non.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Non. Il y a des négociations avec chacune des spécialités bien sûr, mais il y a des spécialités qui font face à une double réalité, si on veut. On a des spécialistes, par exemple les anesthésistes, qui servent la population en général, mais certains exercent leur profession ou leur spécialité auprès d'enfants. Cet élément est particulier, et dans ce cas-là particulier nous le discutons, oui, d'une façon spécifique. Et c'est pour ça d'ailleurs qu'on dit que, dans le cas de Sainte-Justine, c'est un peu plus complexe. Ça couvre l'ensemble des spécialités, mais, non, on ne discute pas par établissement. On discute de

façon générale avec l'ensemble des spécialistes et chacun des groupes de spécialistes, bien sûr.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée.

Mme Marois: Soit dit en passant...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui.

Mme Marois: ...pour les données entrées un peu tard, il faut vous dire que les... Il y avait de nombreuses questions, alors on a voulu y répondre correctement. Vous savez qu'une des priorités que j'ai retenues, c'est, entre autres, qu'on accélère l'implantation de réseaux pour nous donner accès à de l'information en temps réel, et ce n'est pas le cas tout le temps actuellement. Donc, on doit procéder avec des demandes auprès des établissements, auprès des régies, et la cumulation d'informations reste complexe. Je le dis comme ça se passe, et donc, c'est un peu normal que malheureusement vous ayez eu les documents peut-être un peu tard. On espère que, dans les prochaines années, on pourra corriger le tout.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Mme la députée de Bourassa.

Mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes (suite)

Mme Lamquin-Éthier: Mme la ministre de la Santé nous expose, là, des éléments importants quant à Sainte-Justine. Vous nous avez dit notamment que les pédiatres, c'est signé, les anesthésistes, les discussions sont toujours en cours. Est-ce qu'on peut penser qu'il y ait le même type de discussion pour les mêmes spécialités pour le Montréal Children?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: C'est ça. Alors, ce qu'on me mentionne, c'est effectivement, quand on négocie... quand on dit Sainte-Justine, en fait on négocie avec le réseau pédiatrique. Mais évidemment, comme ça s'applique particulièrement, oui, à Montréal Children et à Sainte-Justine, puis dans d'autres établissements il y a des médecins spécialistes des questions de l'enfance et des jeunes, et là à ce moment-là ça s'appliquera évidemment dans leur cas.

(Consultation)

Mme Marois: Bon. C'est ça. Alors, effectivement ce sont des ententes qui s'appliqueront... Je voulais être bien sûre de l'information que je donnais; vous comprendrez que je puisse en vérifier un certain nombre. Même si je participe à ce gouvernement depuis quelques années, je suis ministre de la Santé et des Services sociaux quand

même seulement depuis quelques mois, donc il y a des choses plus techniques parfois qui peuvent nous échapper.

Les ententes signées avec les pédiatres, peu importe où exercent les pédiatres, s'appliqueront. On se comprend? Mais cependant, comme il y a des masses critiques plus importantes à Sainte-Justine, Montréal Children, c'est bien sûr que c'est avec eux particulièrement qu'on négocie. Mais négocie... ils ont des représentants de toute façon qui représentent tous les pédiatres de tout le Québec. On me dit que c'est réglé aussi avec les anesthésistes.

Mme Lamquin-Éthier: Ah!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Pardonnez-moi, Mme la Présidente.

Mme Marois: C'est ça. Effectivement, les anesthésistes auprès des enfants, c'est réglé aussi.

Mme Lamquin-Éthier: Pour le réseau pédiatrique toujours?

Mme Marois: Oui.

Mme Lamquin-Éthier: O.K. Donc, pour les réseaux pédiatriques, il y a deux volets qui sont réglés: pédiatrie, anesthésistes, ou pédiatres et anesthésistes.

Mme Marois: Oui. Les quatre spécialités en fait sont réglées.

Mme Lamquin-Éthier: Ah! les quatre: la radio-oncologie, la neuro...

Mme Marois: Neuro, radio-onco, pédiatrie et anesthésie.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, j'ai dû mal comprendre quand j'ai noté que ces ententes-là les discussions étaient en cours et qu'elles n'étaient pas terminées.

Mme Marois: Maintenant, c'est réglé.

Mme Lamquin-Éthier: Ah bon! Quand on dit maintenant, Mme la ministre, j'imagine que c'est préalable à notre présence à toutes les deux dans cette salle.

Mme Marois: Bien sûr, ça ne s'est pas passé il y a une heure.

Mme Lamquin-Éthier: Non, non, c'est parce que j'ai de la documentation quand même récente, en avril...

Mme Marois: Oui, je sais, mais... Écoutez...

● (10 h 50) ●

Mme Lamquin-Éthier: Puis on est toujours en avril, là?

Mme Marois: ...quand je vous dis qu'on ne laisse rien traîner... On travaille systématiquement actuellement. Vous avez vu, en fin de semaine d'ailleurs, on a eu une entente avec les résidents, une entente que... En fait, il y a des discussions qui avaient cours depuis 1995. C'est depuis ce temps-là qu'il n'y avait pas eu d'entente avec les résidents, et on est assez contents. En fait, on a réglé, pour une partie en tout cas; pour la suite des choses, bien, ça se fait dans la négociation plus générale.

Mme Lamquin-Éthier: Là, j'imagine qu'on doit mettre une barre, diviser le réseau de la santé puis le réseau pédiatrique quant à la conclusion des ententes. L'important, c'est que vous nous dites bien qu'en ce qui a trait au réseau pédiatrique pour les quatre spécialités dont vous avez parlé, radio-onco, neuro, pédiatrie et anesthésie, les ententes sont signées, c'est réglé.

Mme Marois: Oui.

Mme Lamquin-Éthier: Et au moment où on se parle elles sont donc en vigueur. Donc, signées et en vigueur?

Mme Marois: Comme nous avons le sous-ministre adjoint aux relations de travail, relations professionnelles, M. Chouinard, je vais lui demander de nous décrire un petit peu plus spécifiquement, et pour qu'on soit bien clair, là où il y a des ententes, là où il y a des discussions, si ça concerne le réseau pédiatrique et si ça concerne le réseau général des spécialités. M. Chouinard, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le sous-ministre, oui.

M. Chouinard (Lionel): Alors, Mme la Présidente, essentiellement le premier fait qui s'est passé, c'est qu'à partir de l'entente globale qui existe avec les médecins spécialistes et qui est valide jusqu'en 2001 il était prévu dans cet accord qu'un mode de rémunération mixte soit mis en place. Essentiellement, le pari du mode de rémunération mixte, c'est de faire en sorte que l'on puisse rémunérer les médecins spécialistes pour ce qu'ils ont à nous apporter de plus spécifique comme professionnels de la santé, d'où l'émergence d'une entente-cadre au-delà de la convention de base, une entente-cadre qui a déterminé comment serait bâti ce modèle de rémunération mixte.

Il est fait essentiellement de deux parties. D'une première partie qui est ce que nous appelons le per diem, c'est-à-dire un montant de 300 \$ pour une demi-journée, ou de 600 \$. Ces montants serviront aux fins suivantes: premièrement, pour couvrir des activités, je dirais, de routine générale, un suivi d'un client par exemple, une visite de relance, et ainsi de suite; deuxièmement, pour les fonctions d'enseignement auxquelles ce médecin pourrait être appelé à contribuer; troisièmement, au niveau des

activités médicoadministratives. Nous souhaitons, et Mme la ministre l'a indiqué dans son plan d'action récemment, que les médecins soient davantage impliqués dans la gestion de nos établissements, d'où la partie médicoadministrative qui sera incluse à l'intérieur de ce per diem de 600 \$.

Par la suite, la deuxième partie de rémunération va concerner ce que nous appelons dans notre jargon des actes ciblés, des actes dont l'importance plus ou moins grande seront rémunérés selon un pourcentage donné. Donc, une partie fixe, un per diem, une partie à l'acte, et les actes étant calibrés selon leur importance. Une chirurgie cardiaque sera davantage rémunérée qu'une coronarographie, par exemple.

Ceci étant, quand nous avons bâti ce cadre qui a été annoncé par Mme la ministre à quelque part au début de février, il nous fallait donc par la suite définir la deuxième part de cette rémunération, c'est-à-dire les pourcentages pour les différents actes. Pour ce faire, nous devons discuter avec la Fédération des médecins spécialistes, spécialité par spécialité, forcément, c'est-à-dire qu'on peut prendre toutes les activités des pédiatres, on va déterminer celles qui appartiennent à ce qu'on pourrait appeler la routine, qui vont entrer dans le per diem, on ne s'en occupe plus, mais telle autre activité, telle autre activité sera payée à tel montant, tel montant, et ainsi de suite. Il nous faut donc faire une négociation spécialité par spécialité.

Arrivons à Sainte-Justine, maintenant. Il nous apparaissait fondamental que soit considérée d'une façon particulière la rémunération en milieu pédiatrique, compte tenu des caractéristiques qu'a bien décrites Mme la ministre, tantôt. Alors, nous avons commencé ces négociations-là et nous les concluons une par une. O.K.? On a parlé tantôt de l'anesthésie, de la neurochirurgie qui est un problème particulier à Sainte-Justice. Voilà.

Par la suite, qu'arrive-t-il? Il y a eu récemment, vous avez fait allusion... Il a été fait allusion, Mme la Présidente, à un certain mouvement, le 7 avril. Il y avait du côté des chirurgiens, là-bas, un certain besoin ou une certaine incrédulité sur le fait qu'on arriverait à conclure, O.K., bien que nous ayons conclu. Mon négociateur disait tantôt qu'on a même deux spécialités qu'on a conclues encore la semaine dernière, patho et je ne me rappelle plus de mémoire. Ceci étant, il arrive...

Une voix: Rhumatologie.

M. Chouinard (Lionel): Rhumato. Bon. L'application qui doit être faite, la définition étant acquise pour les pédiatres par exemple, alors, là, les pédiatres de Sainte-Justice doivent nous dire: J'adhère ou je n'adhère pas au plan de rémunération mixte. Les choix dans l'entente-cadre se déterminent par service. Le jour où les pédiatres de Sainte-Justice vont nous dire: Nous adhérons, nous allons faire deux choses.

Compte tenu du fait qu'on leur avait indiqué dans une entente de principe, l'automne dernier, qu'on appliquerait pour eux la rémunération mixte le 1er décembre 1998, il arrive donc que la journée, par hypothèse le 1er

mai, où ils nous indiquent, au ministère, qu'ils adhèrent au mode, nous allons immédiatement rétroagir au 1er décembre dans le cadre d'un montant forfaitaire en attendant qu'on fasse, j'allais dire, l'analyse de leurs activités, jour par jour et semaine par semaine.

Cet exemple nous amène à dire... Et là ça va s'appliquer par la suite. Continuons dans l'exemple des pédiatres. Supposons les pédiatres du CHUQ, à Québec. Puisqu'il y a entente, donc le modèle devient disponible pour tous les pédiatres, le jour où les pédiatres d'un autre milieu voudront et nous indiqueront qu'ils adhèrent, bien nous allons leur appliquer les règles conventionnées de la rémunération mixte. Et ceux qui n'adhéreront pas, bien ils vont continuer dans les tarifications actuelles.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Chouinard. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: L'enveloppe dont on parle, est-ce que c'est 20 000 000 \$?

M. Chouinard (Lionel): Oui.

Mme Lamquin-Éthier: Toujours 20 000 000 \$.

M. Chouinard (Lionel): Maximale.

Mme Lamquin-Éthier: Maximale.

M. Chouinard (Lionel): Oui.

Mme Lamquin-Éthier: C'est une enveloppe fermée?

M. Chouinard (Lionel): Oui. Ce qui veut dire que, s'il y avait des excédents dans l'application après qu'on aura conclu dans les 32 spécialités, ça devra être pris à l'intérieur de l'enveloppe des médecins spécialistes.

Mme Lamquin-Éthier: Ah!

M. Chouinard (Lionel): Et l'entente est formelle là-dessus.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Chouinard. Mme la députée de Bourassa.

(Consultation)

Mme Marois: Est-ce que je peux, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: ...si vous me permettez, je veux remercier, M. Chouinard, de ses explications très précises. Ça vous donne un peu l'esprit dans lequel nous travaillons actuellement avec les deux fédérations. Je les ai

rencontrées encore juste avant Pâques. Je les rencontre régulièrement. On essaie de faire le point, de voir ce qui accroche, ce qui ne va pas.

Encore là, je l'ai dit dans mon intervention de départ, on n'ouvrira pas les vannes tout d'un coup, là. On ne veut pas revenir à la situation budgétaire qu'on a connue dans le passé. On veut stabiliser nos coûts. On a dégagé un peu de ressources pour nous permettre de réinvestir dans les services. On a pris des engagements, nous allons les tenir, mais pour ce faire il faut qu'un dialogue soit constant avec ceux qui rendent les services. Et ceux et celles qui rendent les services, ce sont les médecins, ce sont les infirmières, ce sont les autres intervenants, travailleurs sociaux, psychologues dans les centres jeunesse, partout.

• (11 heures) •

Dans le cas des médecins, on sait qu'évidemment ce sont des masses monétaires considérables qui sont en cause, et on prend beaucoup de soins dans nos débats, dans nos discussions, dans nos échanges. C'est évident qu'en même temps que des fédérations ce sont des syndicats aussi. Ils défendent les intérêts de leurs membres, et c'est normal qu'ils le fassent. Mais c'est obligatoire que, de notre part ou que de ma part, je puisse leur dire le cadre dans lequel on va faire ça. Et, jusqu'à maintenant, je dois vous dire, c'est en tout respect qu'on a progressé, travaillé. Et on a signé au moins...

Enfin, moi, personnellement, j'ai signé au moins deux ententes: une avec les fédérations des médecins et spécialistes, et les médecins omnipraticiens, dans le cas des urgences entre autres. Et d'autres ententes aussi, là, plus techniques ont été signées. Mais celles-là sont plus majeures. Et je veux garder ce dialogue franc que nous avons entre nous.

Mode de rémunération des médecins résidents

Et j'espère, comme mon sous-ministre me le mentionnait, que, d'ici quelques jours ou quelques semaines, je pourrai formellement mettre ma griffe en bas de celle des résidents, compte tenu de l'entente de principe — évidemment ça reste une entente de principe — qui est intervenue avec eux pendant la fin de semaine.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, pour les résidents, c'est une entente de principe dont ils sont à faire l'examen, puis ils concrétiseront s'ils adhèrent ou pas...

Mme Marois: C'est-à-dire que j'ai compris qu'ils acceptaient l'accord de principe. Mais j'imagine qu'ils doivent consulter...

Une voix: ...

Mme Marois: C'est ça, ils vont consulter leurs membres. Mais évidemment, comme toute bonne discussion,

c'est qu'à partir du moment où les parties s'entendent en principe à ce moment-là elles recommandent l'accord.

Et, juste une petite anecdote, je fréquente régulièrement aussi les institutions, des fois personnellement parce que j'ai besoin comme tout le monde, ou ma famille, mais j'y vais aussi comme ministre surtout pour rencontrer les gens. Et, vendredi dernier, je circulais dans certains établissements de santé et je rencontrais des résidents puis je leur demandais s'ils avaient été à leur réunion, quel était leur point de vue. Et c'était assez amusant de les voir sourire évidemment, parce que, bon, ils sont en demande déjà depuis un bon moment puis ils étaient un petit peu impatients de s'entendre. Alors, je repensais à eux dimanche en me disant: Bon, bien là, maintenant, ils doivent être particulièrement contents, ces jeunes qui pratiquent dans les établissements, parce qu'ils avaient l'air d'être assez militants. On peut comprendre ça aussi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Mme la Présidente, merci. Mme la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, est-ce qu'il est possible de connaître les paramètres de l'entente de principe avec les résidents?

Mme Marois: Oui. Généralement, est-ce que c'est...

Une voix: ...

Mme Marois: C'est ça. On me dit qu'ils ne l'ont pas rendue publique. Ils doivent faire ça à l'intérieur de leurs instances, j'imagine. Mais ce sont des paramètres qui sont conformes, si on veut, aux contraintes que nous nous sommes imposées en termes budgétaires. Et n'oublions pas que c'est une entente qui couvre la période depuis 1995 jusqu'à juin 2002, effectivement. Bon. On se comprend aussi pour ce qui est des paramètres de rémunération, sauf l'aspect, si on veut, qui n'avait pas été couvert parce qu'ils n'avaient jamais signé d'entente. Pour le reste, ce sont les paramètres généraux qui s'appliquent évidemment, en termes de rémunération.

Mme Lamquin-Éthier: Mme la ministre, lorsque vous parlez des 10 paramètres étant conformes ou certains d'entre eux étant conformes aux contraintes, est-ce qu'il y a des bonifications, est-ce qu'il y a, je ne sais pas, moi, des plus soit au niveau salarial ou...

Mme Marois: Si, Mme la Présidente, vous l'acceptiez — je crois qu'ils sont en consultation actuellement — moi, je serais prête à les déposer dès jeudi, s'il est possible de le faire. Je pense que ça sera, à ce moment-là, rendu public. Parce que, tant que ce n'est pas aux tables, je me dis: C'est toujours un petit peu ennuyeux. Mais, dès que ce sera fait, aucun problème, je le déposerai à la commission. Et, normalement, je pourrai le faire cette semaine. On sera en commission jusqu'à

vendredi. À la limite, si ce n'est pas jeudi, ce sera vendredi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est bien, Mme la ministre. Alors, je comprends que les documents seront déposés d'ici quelques jours.

Mme Marois: Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

Mme Lamquin-Éthier: Une entente, lorsqu'elle est signée et qu'elle entre en vigueur, c'est un document public.

Mme Marois: Oui.

Mme Lamquin-Éthier: On peut donc y avoir accès.

Mme Marois: Oui, oui. Mais là, pour l'instant, c'est... En fait, il y a un accord de principe, mais évidemment ils ne l'ont pas déposé auprès de leurs membres. Ils sont en train de le faire. Alors, on se comprend, hein? Dans un processus normal de négociations évidemment, ça pourrait changer, ça pourrait être différent. Je ne pense pas que, de notre côté, ça puisse changer parce qu'on a donné notre parole. Et, eux, ils l'ont donnée, mais, si leurs membres disaient non... Bon. Il y a peut-être des éléments qu'ils veulent pouvoir discuter en toute quiétude, si on veut parler ainsi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il faut attendre la ratification, finalement.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, pour Sainte-Justine, c'est la même chose. À partir du moment où c'est signé, c'est public, donc on peut...

Mme Marois: Oui.

Mme Lamquin-Éthier: Est-ce qu'on pourrait aussi avoir dépôt, s'il vous plaît?

Mme Marois: On peut vous donner tout ce qui est signé et entendu, même l'entente avec les médecins spécialistes.

Mme Lamquin-Éthier: Ah bien! c'est très apprécié.

Mme Marois: Je n'ai aucun problème qu'on puisse vous déposer ça. On s'assurera de l'avoir avec nous à la prochaine séance ou demain pour que vous puissiez l'avoir.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. D'autres questions, Mme la députée de Bourassa?

Mme Lamquin-Éthier: Mme la Présidente, nous allons changer de bloc. Évidemment, on demeure toujours dans notre grand titre, qui est un petit peu de regarder, de faire un bilan, pourrais-je dire, suite aux différentes annonces qui ont été faites par la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux. Le premier bloc concernait des ententes spécifiques.

Plan d'action sur le débordement des urgences

Maintenant, on aimerait, si vous le permettez, Mme la Présidente, aborder la situation dans les salles d'urgence et faire un rappel des annonces faites le 10 février 1999 alors que la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, de même qu'avec la collaboration des partenaires du milieu, nous annonçait qu'un plan global avait été convenu, donc, avec les partenaires du milieu, avec des mesures à court terme, à moyen terme et à long terme pour trouver une solution définitive aux situations qui sont vécues dans plusieurs salles d'urgence.

Le plan d'action qu'annonçait Mme la ministre précisait, dans un premier temps, comment serait répartie une somme de près de 20 000 000 \$ qui allait être allouée par le gouvernement pour permettre aux hôpitaux de faire face à l'engorgement dans les salles d'urgence. L'annonce se divisait en trois blocs.

Donc, à court terme, il y avait des annonces. Notamment, Mme la ministre expliquait précisément comment elle comptait répartir 16 000 000 \$. Elle précisait ensuite qu'il y aurait des montants qui seraient mis à la disposition des régies régionales, devant permettre l'ouverture de près de 830 lits additionnels dans les centres hospitaliers de courte durée, dans les centres d'hébergement et dans d'autres ressources de la communauté.

Les sommes allouées par la ministre devaient également servir à l'embauche de 900 personnes qui, sur une courte période de temps, allaient venir prêter main-forte aux effectifs déjà en place, qui avaient un urgent besoin d'être appuyés dans l'exécution de leur tâche. Elle précisait enfin qu'un autre montant devait être ajouté pour permettre d'augmenter les services de radiologie et de laboratoire des hôpitaux. Et, en plus, une somme devait servir à défrayer des mesures particulières visant les coûts de transport ambulancier, des services spécifiques à certaines clientèles en santé mentale, de l'achat d'équipement pour les urgences et la mise en place de tout autre moyen.

Alors, il serait peut-être intéressant de regarder, suite à cette annonce... Nous avons eu, dans la pochette de presse, différents documents, dont un plan d'action pour le désengorgement des salles d'urgence, qui était le sommaire des mesures que nous venons d'évoquer. Quant au nombre de places annoncées, pour un total, en courte durée, de 450, un total de 380 en hébergement, Mme la ministre, qu'en est-il aujourd'hui quant à ce nombre de places? Est-ce qu'il y a effectivement 450 places qui auront été ouvertes? Combien auront été ouvertes, depuis votre annonce jusqu'à ce jour?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Pour mémoire, je pense que notre collègue la députée de Bourassa a rappelé effectivement, à partir du communiqué qui avait été émis et du plan d'action annoncé, qu'il y avait des mesures de court terme, de moyen et de long terme. Je vais revenir sur les questions plus précises sur les mesures de court terme. Nous avons effectivement les résultats concrets à ce jour.

• (11 h 10) •

Certaines des mesures de moyen terme sont déjà en oeuvre aussi. Entre autres, c'est l'entente qu'on a signée avec les médecins omnipraticiens pour nous permettre de considérer autrement le travail fait par des médecins qui sont dans les urgences. Et on a débordé les urgences pour permettre à des médecins de voir leurs revenus dé plafonnés — et un certain nombre d'autres mesures, là — les médecins qui travaillent en dehors des heures régulières, si on veut, et qui doivent se rendre disponibles pendant les fins de semaine pour les centres d'accueil, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les médecins aussi qui sont dans les urgences des CLSC, c'est-à-dire en dehors des heures régulières. Donc, on a déplafonné certains actes et la rémunération de certains actes pour ces périodes-là. Disons que ça, c'était une mesure de moyen terme, c'est-à-dire des mesures qui ont un effet très structurant finalement.

Nous travaillons aussi sur de la longue période — puis je vais revenir sur le court terme. Et là je devrais, en juin, avoir un état de situation plus général sur la façon dont on gère certaines urgences et ce qu'on appelle les histoires à succès, c'est-à-dire là où on réussit à désengorger régulièrement l'urgence malgré des contraintes, malgré des difficultés, pour voir comment on peut exporter cela. Et, dans certains cas — puisque j'ai visité quelques urgences — il y aura certains projets de réaménagement, de réorganisation de certaines urgences...

Une voix: ...

Mme Marois: Pardon? Combien?

Mme Lamquin-Éthier: Mme la ministre, vous avez visité combien d'urgences?

Mme Marois: Bien, j'en ai visité cinq, six, au moins, au moins.

Mme Lamquin-Éthier: Avez vous eu des...

Mme Marois: Plus le reste que je visite en même temps. Je ne vais pas juste à l'urgence, alors j'en profite pour voir autre chose. Alors donc, un petit peu plus même. Mais c'est très intéressant. Donc, tout ça, c'est du travail, si on veut, qui aura de l'effet sur une longue période. N'oublions pas aussi que les lits que nous ouvrons, les lits de soins de longue durée, donc beaucoup pour les personnes âgées, sont aussi des mesures qui

devraient avoir un effet sur les urgences parce que ce sont les personnes âgées qui majoritairement engorgent les urgences.

Et ce n'est pas de leur faute, là, c'est parce que, en vieillissant, on est sujet à avoir des problèmes plus lourds de santé, des problèmes, entre autres, respiratoires, des problèmes cardiovasculaires. Et évidemment, comme ce sont des problèmes urgents... Et ça, je tiens à le dire parce que souvent on a dit: C'est des urgences mineures qui ne devraient pas aller dans les urgences d'hôpitaux. Or, dans les faits, pour la majorité, la très grande majorité des cas, ce sont des urgences majeures.

D'ailleurs, les hôpitaux maintenant organisent leur triage, entre guillemets, c'est-à-dire sélectionnent les cas urgents et ont une section pour les cas moins urgents, les urgences mineures, qui méritent d'être traitées, mais où les gens peuvent attendre quelques heures. Et, lorsqu'on ne peut pas attendre, on est pris en charge immédiatement. Et les personnes âgées qui se présentent, généralement, c'est parce qu'elles ont une vraie urgence, un problème majeur et qu'on doit les prendre en charge.

Bon. Maintenant, qu'est-ce que cela a donné? Dans les faits — et là on a le bilan — les régies régionales ont procédé à l'ouverture de plus de lits que ce qu'on mentionnait. On a parlé de 552 lits de courte durée dans les centres hospitaliers. On a ouvert 343 places de longue durée. On a prolongé les heures d'ouverture des services de radiologie, de laboratoire et certains autres services diagnostiques de 20 000 heures additionnelles. L'achat d'équipement pour les salles d'urgences, l'ajout de personnel à l'urgence, notamment pour mieux coordonner des actions avec les autres départements, et un soutien aux services d'Info-Santé.

Donc, ce sont les mesures qui ont été mises en place pour passer à travers cette hausse que l'on connaît toujours chaque année dans les urgences. Là, chaque régie et, donc, les établissements ont reçu des montants pour assumer ces services. On pourrait vous donner dans le plus fin détail combien chaque région a reçu, pendant quelle période, combien d'heures en radiologie, en autres services, bon, etc., en laboratoire.

Quand nous avons établi que 900 personnes ou 900 postes seraient rendus disponibles, dans le fond, c'est qu'on avait traduit en postes ce que ça signifiait que d'ouvrir des lits de courte durée, que d'ouvrir des lits de longue durée, que d'offrir des services de radiologie supplémentaires, évidemment. Alors, c'était la façon de traduire le budget, ce qui, dans les faits, s'est traduit par des postes supplémentaires. Est-ce que ça a été 900...

Une voix: 925.

Mme Marois: 925? 925 exactement, me dit-on. Donc, les sommes ont été...

Mme Lamquin-Éthier: ...

Mme Marois: Non, elles ne sont pas allées dans les structures. Je suis d'accord avec la députée de Bourassa,

Mme la Présidente, qu'il faut essayer d'éviter d'investir dans les structures. On a transformé le réseau, il fallait le faire. Ça a été difficile, ça a été exigeant. Et, soit dit en passant, on a réduit le nombre d'établissements d'une façon considérable, hein, Mme la Présidente, pendant la transformation. On y reviendra peut-être un peu plus tard. On a réduit le nombre d'établissements d'une façon très importante. On est passé de 667 établissements à 377. Mais on n'a pas réduit le nombre de points de services, c'est-à-dire les endroits où les gens peuvent avoir accès, sauf de quelques... Même, on les a augmentés, en fait. On était à 2 084 points de services et on est à 2 109. Alors, c'est vous dire qu'on voulait économiser dans l'aspect administratif pour essayer de conserver les services.

Bon. Cela étant, Mme la Présidente, les interventions auxquelles nous avons procédé ont donné les résultats escomptés parce qu'on a vu les listes d'attente se résorber... enfin, les séjours en dehors des nombres de places disponibles sur civière qui augmentaient, on les a vu se réduire et on a constaté une accalmie significative et importante. Depuis deux semaines, il y a eu quelques difficultés dans quelques hôpitaux montréalais. Mais, de façon générale, sur l'ensemble du Québec, on a constaté qu'il y avait eu résorption des problèmes vécus en salle d'urgence. Et on est en observation continue, je dirais, du phénomène, de telle sorte que, si on voit réapparaître certaines difficultés, on devrait être capable de travailler et avec les régies, et avec les hôpitaux concernés, et les institutions pour nous permettre de corriger la situation.

Une voix: ...

Mme Marois: Oui, c'est ça. Alors, on a vu effectivement que le nombre de patients sur civière a baissé de 200, si on veut, dans une période de... C'est les quatre premières semaines de janvier, février et mars. Donc, on a vu d'une façon systématique descendre... et heureusement, c'était ça qu'on poursuivait.

Donc, oui, l'argent a été bien utilisé. Il a été utilisé pour les fins pour lesquelles nous l'avons investi, il a donné les résultats escomptés. Maintenant, il faut se mettre en mode continu de correction de cette situation pour ne pas qu'on revive ça dans six mois, dans un an ou dans quelques mois. Parce qu'on sait qu'il y a aussi une autre remontée en été, où il faut être très vigilant. Et nous le sommes et nous le serons.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. Alors, Mme la ministre, on faisait référence au tableau qui ventile finalement le montant accordé, et la répartition était...

Mme Marois: Oui. C'est vrai, vous l'avez, hein? Je m'excuse, je n'avais pas pensé que vous l'avez.

Mme Lamquin-Éthier: Bien, je vous le montrais, là, pas parce que je me sentais dans une phase téléphotogénique...

Mme Marois: Oui, oui. Ça va. D'accord. C'est pour ça que je ne suis pas rentrée, d'ailleurs vous avez vu, dans le détail.

Mme Lamquin-Éthier: ...mais c'était pour vous faciliter la tâche. C'est le tableau du 10 février 1999. Je sais que vous êtes très bonne sur l'ordinateur. Vous m'aviez offert de l'amener en Chambre. Ha, ha, ha!

Mme Marois: Oui. Ah non! Je laisse ça beaucoup à mes adjoints. J'aimerais ça être très, très bonne sur l'ordinateur. Disons que je me sens plutôt novice sur l'ordinateur.

Mme Lamquin-Éthier: Alors, grosso modo, ce que vous nous annoncez, c'est qu'au niveau du nombre de places en courte durée il y a donc plus de lits en courte durée qui ont été ouverts que ceux qui avaient été prévus.

Mme Marois: Oui.

Mme Lamquin-Éthier: Il y aura donc moins de lits en soins de longue durée d'ouverts que ce qui avait été annoncé. Vous nous avez, au niveau de l'ajout de personnel, confirmé 925 postes pour un mois et l'augmentation du nombre d'heures pour les services diagnostiques et médicaux. Lors de l'annonce, il y avait dépôt de documents qui accompagnaient vos différentes annonces, par blocs et par régions. Est-ce qu'il serait possible qu'on sache, par exemple, pour chacune des régions ciblées — il y avait 02, 03, 04, 05, 06, 07, 12, 13, 14, 15 et 16 — ce qui aura été fait au niveau de l'ouverture de lits, de l'ajout de personnel des services diagnostiques et des mesures particulières.

● (11 h 20) ●

Nous sera-t-il possible de comparer ce qui était envisagé au moment des annonces avec ce qui a été fait, réalisé pour chacun des quatre domaines dont on vient de parler: ouverture de lits, courte et longue durées, ajout de personnel, services diagnostiques et médicaux? Est-ce que c'est possible de valider, par exemple pour la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, si effectivement 25 lits de courte durée auraient été ouverts, 10 en hébergement, quel montant aurait été attribué à la courte durée, à l'hébergement, combien de personnel? Est-ce que, effectivement, ils ont ajouté 36 personnes pour un montant de 150 000 \$? Qu'en est-il au niveau du montant total alloué? Est-ce qu'ils ont pu faire face aux conditions qui étaient les leurs, aux difficultés qui étaient les leurs concernant l'engorgement des urgences?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Je peux en partie répondre à cela, pas à tout cela, mais en partie et

en très grande partie. D'abord, il y a un autre élément qu'on n'a pas souligné et évidemment qui faisait partie du 20 000 000 \$ alloué aux urgences, puisque, dans les faits, aux services d'urgence, on a constaté que c'est 16 000 000 \$ qui ont été distribués. Et j'en avais gardé 4 000 000 \$ pour reconnaître le travail des centres hospitaliers ou des hôpitaux qui, malgré des conditions difficiles, avaient pu répondre aux critères que le ministère s'était établis, à savoir le moins de patients possible en attente de 48 heures — on a une norme précise — contrôler, autrement dit, leur effet de débordement.

Certains avaient dit: C'est une récompense. Oui, parce que, quand on corrige seulement quand ça va mal mais qu'on ne reconnaît pas quand les gens travaillent correctement, je pense qu'on envoie des mauvais messages. Alors, on avait gardé 3 200 000 \$ pour cela et une petite réserve pour venir à bout d'autres petites difficultés, si ça se présentait en cours de route, ce qui faisait notre total de 20 000 000 \$.

Alors, revenons maintenant aux questions plus spécifiques. D'abord, pour expliquer la différence entre le tableau qu'a notre collègue et que vous avez tous d'ailleurs entre les mains... C'est un tableau qui datait du 10 février. Et on a refait un tour de piste. Et, moi, les informations que j'ai données, donc, sont des informations qui datent de la fin de la semaine dernière, si j'ai bien compris. Donc, là, c'est vraiment plus complet. C'est le 19 avril, en fait. On est quel jour, aujourd'hui? Ha, ha, ha!

Une voix: On est le 20.

Mme Marois: Le 20. Donc, c'est vraiment tout frais et tout chaud. Donc, le Saguenay—Lac-Saint-Jean avait...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre?

Mme Marois: Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Pour faciliter la tâche des membres, est-ce qu'il serait possible de déposer ce plan?

Mme Marois: Oui, on pourra vous faire le dépôt de ce tableau. On va essayer d'en faire copie. Alors, on pourra vous donner ce tableau.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord. Merci.

Mme Marois: Juste rapidement, on peut constater d'abord que les montants reçus, tels que prévus, ont été versés, c'est-à-dire les montants reçus sont ceux qui avaient été prévus et pour chacune des régions. Alors, on avait 16 000 000 \$. On avait 600 000 \$ au Saguenay—Lac-Saint-Jean; 1 650 000 \$ à Québec; 1 000 000 \$ dans la Mauricie—Centre-du-Québec; 750 000 \$, Estrie; 6 900 000 \$, Montréal-Centre; 450 000 \$, Outaouais;

600 000 \$, Chaudière-Appalaches; 750 000 \$, Laval; 500 000 \$, Lanaudière; 800 000 \$, Laurentides; et 2 000 000 \$, la Montérégie.

Nous avons en main les chiffres dont je faisais état, à savoir 552 lits de courte durée. Là, je vais vous exempter la lecture fastidieuse de chacun. Je vous ferai parvenir le tableau, on le déposera. On vient de le déposer. Alors, là, on a, région par région, les lits de courte durée. C'est pour ça que je vous dis que ce n'est pas 450, mais bien plutôt 552, parce que le besoin était là, on n'avait pas à obliger les gens à faire ça.

Il faut savoir aussi que j'ai essayé d'être très à l'écoute, très attentive aux besoins qui m'étaient exprimés par les établissements, de telle sorte que le plan ne s'est pas dessiné de Québec. Le plan s'est dessiné dans chaque institution. On se comprend? Et les régies ont ramassé cette information, l'ont discutée, bien sûr, avec les hôpitaux, avec les centres d'hébergement, et c'est cela qui m'a été proposé.

Vous vous souvenez qu'à l'origine j'avais prévu dégager plutôt 15 000 000 \$. Et, lorsqu'on a vu les plans, après que je les ai rencontrés, j'ai vu le premier ministre, et lui-même m'a dit: Écoutez, si vous croyez que c'est nécessaire qu'on ajoute quelques millions, on va essayer de les dégager. C'est comme ça qu'on s'est retrouvé avec un plan de 20 000 000 \$ plutôt qu'un plan de 15 000 000 \$. Et donc, ce sont les établissements avec les régies qui nous ont proposé cela. Donc, on s'est retrouvé...

Une voix: ...

Mme Marois: Ah oui! Bon. O.K. Alors, ça, c'est intéressant, ce que me souligne mon sous-ministre ici, je pourrai y revenir. Alors les lits de courte durée, donc 552.

Les lits de longue durée. C'est vrai que c'est un peu différent de ce qui avait été prévu initialement, qui était 380, c'est 343. Mais, par ailleurs, il y a eu plus de lits de courte durée. Donc, les ressources sont restées là, elles ont été utilisées à d'autres fins, pour les services d'urgence, on se comprend bien. C'est-à-dire, le besoin était davantage de lits de courte durée plutôt que de lits de longue durée, mais l'argent était disponible.

Après ça, vous voyez, sur les services diagnostiques, les heures en radiologie, en laboratoire, et d'autres mesures — là, on ne l'a pas dans le détail, sur le tableau, mais, quand on communique avec les différentes institutions, on est capable évidemment d'en faire le relevé — et combien on a eu de civières occupées, dans quel hôpital, combien d'heures, etc., donc on a vraiment tous ces fins détails.

Mais ce qu'on peut conclure de l'ensemble de l'opération: elle a donné les résultats escomptés, on a désengorgé nos urgences. D'ailleurs, vous avez vu, on en a moins entendu parler, et heureusement, heureusement! Mais en entendre parler ou pas, ce n'est pas ça, l'important; c'est qu'on règle les problèmes. Et là je pense qu'on les a réglés, sachant que c'étaient des mesures temporaires, je n'en disconviens pas. Mais c'est une période justement où il y a une demande plus forte, elle est temporaire, cette période, elle ne dure pas 365 jours par année, elle dure

quelques mois. Mais cependant il faut prévoir que, dans quelques mois, quand ça se représentera, on ait mis en place des mesures soit pour éviter que ça se reproduise ou, si ça se reproduit, on aura en réserve des moyens pour y faire face. C'est ça, l'objectif que nous poursuivons.

Et en même temps que je vous dis que des mesures plus structurantes sont à être mises en place et qui, elles, vont avoir un effet, qu'on le veuille ou non. Si les personnes âgées qui se présentent à l'urgence peuvent immédiatement être diagnostiquées et orientées vers le centre d'hébergement, bien, je me dis que c'est un lit de moins qui est occupé à l'hôpital et qui peut servir à d'autres personnes qui se présentent à l'urgence.

Cependant, là, on a un geste supplémentaire à poser. Et, quand j'ai dit qu'il fallait qu'on ajoute du personnel dans les urgences, ce n'est peut-être pas nécessairement un personnel infirmier, dans le cas présent, ou un personnel médical, mais ça peut être une travailleuse sociale, un travailleur social qui va rencontrer la personne âgée, ses parents, qui va débattre avec ces personnes. Parce que, imaginez — moi, je connais bien la situation parce que, bon, je l'ai vécue puis comme beaucoup d'autres de ma génération sûrement — la personne âgée arrive à l'hôpital, elle a un problème sérieux de santé puis, pour elle, elle s'en va à l'hôpital, elle ne s'en va pas dans un centre d'hébergement. Et là on lui dit tout de go: Bien, ce n'est pas l'hôpital, ce qui conviendrait mieux, parce que c'est des soins à long terme dont vous avez besoin, et vous allez être mieux servie si vous allez au centre d'accueil, au centre d'hébergement.

Bien, je pense que ça prend un peu de gants blancs, on ne peut pas dire ça à une personne comme ça. Elle, elle pense qu'elle va passer quelques jours, puis là tu dis: Bien, non, ça va peut-être être quelques mois puis peut-être que ça va être pour très longtemps. Il faut l'expliquer, ça. Il faut donner le temps aux gens d'assumer cette décision-là, cette orientation-là. Et là c'est du personnel souvent psychosocial qui est nécessaire dans les urgences. D'ailleurs, on l'a fait, on en a ajouté, et c'est ce qu'on essaie de faire actuellement pour qu'on aide ces personnes, quitte à ce qu'elles passent peut-être seulement quelques jours à l'hôpital et qu'immédiatement elles s'en aillent vers le centre d'hébergement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Si vous me permettez, là, c'est pour mon propre bénéfice, je veux me comprendre moi-même, suivant les réponses qui nous sont données. Sera-t-il...

Mme Marois: Je comprends que c'est complexe, je trouve moi-même ça complexe.

• (11 h 30) •

Mme Lamquin-Éthier: Non, non, non, ce n'est pas dans ce sens-là, Mme la ministre. Sera-t-il possible... Quand vous avez fait les annonces, lorsque les annonces ont été faites pour régler le problème de l'engorgement des

urgences, il y avait des mesures à trois niveaux. Il y avait eu évidemment, assorti à ça, puis on le comprend, un plan d'action qui a été déposé pour le désengorgement des urgences. Ce plan d'action là a été établi pour les différentes régions énoncées précédemment, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 12, 13, 14, 15 et 16. Bon.

On a donc — et on comprend qu'il y a une partie du travail qui a été faite — estimé sur papier, on a fait des projections. Ce que nous aimerions, c'est pouvoir mesurer, depuis l'annonce, concrètement, où chaque région du Québec, chaque région administrative en est au niveau de l'ouverture de lits, de l'ajout de personnel, des services diagnostiques et médicaux et des mesures particulières. Qu'est-ce que les établissements ont été en mesure de faire? Quels sont les coûts, évidemment, rattachés? Et je vous donne un exemple. En courte durée, au total, l'annonce annonçait 450 lits de courte durée pour un total de 6 433 000 \$. Là, on nous dit... Et puis c'est des lits temporaires, Mme la ministre?

Mme Marois: Oui, tout à fait.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, ces lits-là ont été fermés depuis?

Mme Marois: C'est-à-dire qu'ils ont fermé progressivement. Il y en a qui ont même été fermés il y a quelques jours à peine.

Mme Lamquin-Éthier: O.K. Donc, ce sont des lits qui... Bon. Alors, on nous annonçait, donc, pour 450 lits de courte durée, un montant de 6 433 000 \$. Là, vous nous confirmez 550 lits de courte durée. Ça coûte combien, un lit de courte durée? Et comment peut-on arriver à comprendre par rapport au montant représenté?

Et permettez-moi également, Mme la ministre, de vous soumettre d'autres commentaires. Vous évoquiez une accalmie, tout à l'heure. Oui, je pense que, dans le réseau de la santé, certaines accalmies ne peuvent malheureusement être que relatives. Et c'est peut-être ce qu'on peut voir au niveau de l'engorgement des urgences. Voyant que des accalmies passées étaient relatives, vous avez insisté sur votre volonté de trouver une solution définitive à la situation vécue dans plusieurs salles d'urgence.

Lorsqu'on en arrive à la conclusion que l'accalmie est relative, j'imagine que vous mesurez cette relativité-là probablement sur la base d'informations ou de statistiques. Et Dieu sait que ça ne doit pas être facile, parce qu'il y a des grands pans qui manquent dans les documents qu'on nous a soumis. Alors, ma deuxième question: De quelle façon mesurez-vous cette accalmie que vous décrivez comme étant relative?

Vous évoquiez des statistiques relatives aux patients sur civière. Quand un patient sur civière est-il comptabilisé dans les statistiques? Est-ce qu'il est comptabilisé dès qu'il est couché sur une civière? Est-ce qu'il est comptabilisé lorsqu'il y séjourne plus de 24, plus de 48, quand il est admis? Quand est-ce que ce patient-là s'incarne au point de vue statistique?

Et le dernier commentaire. Oui, on peut comprendre, encore une fois, votre désir que les personnes âgées soient orientées immédiatement. Encore là, puisse ce vœu se concrétiser, eu égard à la réalité du réseau de la santé. Il y a sûrement, dans le réseau de la santé — vous avez dû le constater avec les visites que vous avez faites — des histoires à succès à ce niveau-là et probablement des histoires où ce sera le contraire. Y a-t-il des établissements histoires à succès où des personnes âgées sont prises en charge à l'entrée parce qu'ils ont mis en place tous les moyens nécessaires, donc des établissements où on institutionnalisera moins que d'autres?

Et, vous savez, avec les mises à la retraite qui se sont faites sans être ciblées, sans être évaluées, il est très difficile que ce vœu se réalise. Je ne sais pas quand il pourrait se réaliser, à court terme, à moyen terme ou à long terme, parce qu'il n'y a plus de stabilité au niveau des équipes de base. Et je sais que vous avez lu mon compte rendu, Mme la ministre. On a évoqué cet élément-là dans la liste des 19 éléments qu'on a soumis à votre attention comme venant confirmer les principaux problèmes qu'il faut régler de façon définitive dans le réseau de la santé. Donc, il n'y a plus d'équipes stables; les équipes sont éclatées. Les mises à la retraite ont fait un tort important. L'expertise est partie, l'âme du réseau est partie. Ça va être très difficile de remettre des équipes en place, et, si on en a, elles ne seront pas nécessairement stables.

Deux, quand on parle d'immédiatement orienter, il faut aussi que les équipes travaillent en interdisciplinarité, selon les commentaires reçus, évidemment. Et semble-t-il qu'avec l'éclatement, le morcellement, c'est très difficile. Aussi, ce vœu pieux pourrait se concrétiser dans la mesure où il y aura des ressources qui seront ajoutées dans la communauté, qui permettraient d'envisager le sort, les soins donnés aux personnes âgées de différentes façons. Peu de personnes âgées ont un médecin de famille. La disponibilité au niveau des CLSC est extrêmement précaire. À certains endroits, c'est encore très, très, très difficile.

Alors, c'est sûr qu'on rêve tous, dans l'intérêt des personnes âgées, qu'elles soient immédiatement orientées à l'entrée, mais, encore une fois, ce que la réalité du réseau, telle que vous avez pu l'entrevoir lors de vos visites... Parce que vous avez mentionné vous-même, là, que vous aviez fait cinq, six visites à l'urgence, que vous aviez regardé plus largement. J'imagine que les directions générales d'établissement, le personnel en place a dû vous confirmer les éléments qu'on a mentionnés dans notre compte rendu et ont dû, au même moment, vous confirmer qu'à défaut d'apporter des recours permanents à long terme l'engorgement des urgences va revenir.

Document déposé

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre, avant de vous céder la parole, je veux vous dire que je consens à la transmission du document *Sommaire des mesures mises en place dans le cadre du plan*

d'action, au dépôt, là, que vous nous avez transmis pour l'ensemble des membres de la commission. Alors, je vous cède la parole.

Mme Marois: Oui. Alors, merci, Mme la Présidente. Effectivement, j'avais annoncé une série de mesures de court terme, des mesures de moyen terme et de long terme. Certaines sont toujours à l'étude, d'autres sont déjà en application. Tout le court terme est appliqué — j'y reviendrai parce qu'il y a eu beaucoup de questions de posées sur cela — tout le court terme est déjà appliqué et en voie, d'ailleurs, en fait... Comment je dirais ça? Les mesures s'appliquent, les sommes sont dépensées et, progressivement, on ferme les lits, que ce soient les lits de courte durée ou les lits qu'on avait achetés dans les centres d'hébergement, bien sûr.

Alors, si on prend, donc, ces mesures-là, elles sont appliquées et elles ne sont pas renouvelées pour l'instant. Ce n'est pas l'objectif non plus, puisque nous travaillons sur des mesures de moyen terme et de long terme. Sur le moyen terme, je vous faisais état — qui a eu un impact sur le court terme aussi — de ces ententes avec les médecins généralistes, en fait les omnipraticiens. Donc, évidemment, ça a un effet, ça a eu un effet, j'en suis persuadée.

Nous documentons l'ensemble de la problématique qui se vit dans les urgences autant sous l'angle de l'analyse des histoires à succès, je le répète, que des situations plus difficiles pour essayer de voir, à partir de là, quelles sont les actions structurantes qu'on doit mener et quelles sont les actions qui devront toujours rester de l'ordre du conjoncturel, à savoir: on sait que, pendant quelques mois dans l'année, il y a une hausse de la demande pour toutes sortes de raisons et on doit, en conséquence, faire un petit peu de réserves comme les écureuils et puis, quand arrive la mauvaise saison, bien, rendre disponibles les services à la hauteur des besoins exprimés.

On me posait la question sur le fait que nous sachions ou non où avaient été allouées les ressources, à quoi elles avaient servi. C'est ce dont le tableau rend compte, celui que je vous ai déposé il y a quelques instants. Voici les sommes qui étaient prévues, voici à quoi ces sommes ont servi, soit des lits de courte durée, des lits de longue durée, les services diagnostiques, un certain nombre d'autres mesures qui ont été appliquées, qui sont moins précises parce qu'on dit, par exemple, équipement salles d'urgence, plans de communication, soutien à Info-Santé, approche de suivi des patients. C'est plus généralement dit, mais les gestes concrets, eux, ont été posés.

Ça peut ressembler à ce que je vous décrivais tout à l'heure pour des personnes âgées, ça peut être une ressource en santé mentale qui a été rendue disponible, au sens professionnel du terme, où on a eu du personnel pour accompagner ces personnes qui souvent, quand elles arrivent à l'urgence, sont en état de désorganisation assez avancé. Donc, il faut soutenir, aider et accompagner. Bon. Donc, toutes ces mesures sont appliquées. Et vous avez en plus ici, sur ce tableau, quand on ferme les lits, par exemple, dans certains cas, on dit «fermeture indéterminée» parce qu'on a alloué le lit pour une plus longue

période, on va prendre un peu plus de temps, on s'organise avec les ressources de l'établissement. Bon.

• (11 h 40) •

Pour ce qui est de l'observation de la situation en instantané, actuellement, ce qu'on constate sur les dernières périodes d'avril, les dernières semaines sur lesquelles on a de l'information... Et, pour les questions plus techniques, ça signifie quoi, un patient sur civière, à quel moment est-ce qu'on le compte, etc., je demanderais au Dr Tétréault, qui est responsable du groupe, de nous donner quelques informations.

Mais, pour ce qui est des cas actuellement et des patients à l'urgence, dans les dernières semaines, ce qu'on constate généralement, c'est que la capacité de l'hôpital est suffisante pour répondre aux besoins des gens qui se présentent à l'urgence. Alors, je vous donne ici, bon, 19 avril: Anna-Laberge, 17, capacité à l'urgence, 17 patients sur civière; Charles-Lemoine, 32-32; Haut-Richelieu, capacité de l'urgence 22, il y a 21; Richelieu-Yamaska, 26, il y a 24 patients.

Donc, de façon générale, quand on regarde les dernières semaines — Québec, la même chose — il peut y avoir une journée un débordement de quelques lits, la veille, la capacité était beaucoup plus grande que le besoin exprimé. Sur Montréal, il y a encore quelques situations plus difficiles, mais ce n'est pas non plus les situations qu'on a connues en janvier, on se comprend, hein?

Mme Lamquin-Éthier: Ça va avec la pression.

Mme Marois: Et je pense que c'est, entre autres, Notre-Dame ou...

Mme Lamquin-Éthier: Maisonneuve.

Mme Marois: ...Maisonneuve-Rosemont.

Mme Lamquin-Éthier: L'Hôtel-Dieu.

Mme Marois: Bon. Il y a des situations encore un petit peu plus... L'Hôtel-Dieu, mais encore, ça dépend des jours, hein? Vous savez aussi qu'il y a des jours particuliers.

Mme Lamquin-Éthier: Bien, quand je suis allée, c'était un jour engorgé.

Mme Marois: Oui, je le sais, il y a des jours au début de la semaine où ça l'est plus généralement que vers la fin de la semaine. Après ça, la fin de semaine, on recommence, bon, etc.

Donc, de façon générale, je dirais — de façon générale, on s'entend — la situation est sous contrôle. Ce n'est pas parfait, mais on réussit à répondre assez bien à la demande, sauf dans quelques cas, je le répète, qui restent des cas plus difficiles. Je regarde Québec, ici, capacité de l'urgence, 105, 83 patients. Donc, tu sais, quand on additionne, ce qui veut dire qu'il reste des civières disponibles. Bon. Ça va?

D'autres mesures, donc, verront à être appliquées. L'ouverture de lits de longue durée, ça, c'est une mesure très importante. C'est quelques centaines de lits, en fait, c'est presque 800 lits, plus que 800 lits, mais ce n'est pas négligeable. Ça veut dire que ces personnes âgées là ne seront pas dans des lits en gériatrie dans les hôpitaux, mais seront dans les centres d'accueil, pas toutes, mais un bon nombre. Parce que, actuellement — là, je n'ai pas la donnée, mais je pourrai la faire sortir — les listes d'attente pour les places dans les centres d'hébergement sont relativement courtes, dans le sens où on réussit à répondre assez bien à la demande, et heureusement, pas partout, mais, de façon générale, on se comprend bien, ou, quand elles sont longues, le temps d'attente pour une personne, lui, n'est pas long.

La députée a posé la question des ressources professionnelles, autant les médecins que les infirmières, et de la stabilité des équipes en regard des mises à la retraite qui sont venues évidemment décimer les rangs, si on veut, du personnel. C'est tout à fait juste, et d'ailleurs c'est ce à quoi on s'emploie depuis quelques mois. Mon collègue qui a occupé la fonction avant moi avait aussi mis des efforts en ce sens, le député de Charlesbourg.

Ce que l'on fait avec les hôpitaux, avec les régies, par l'intermédiaire de nos responsables de relations professionnelles, on essaie de consolider les postes et de stabiliser les postes. J'ai eu d'ailleurs une discussion encore hier sur cette question avec des représentants des hôpitaux. On a procédé à l'affichage et on procède actuellement à l'affectation du personnel sur les postes pour reconstituer le plus rapidement possible des équipes stables. Et je suis d'accord avec les membres de cette commission, Mme la Présidente, nous avons un intérêt à réduire la précarité dans les équipes d'infirmières, à stabiliser les postes. D'abord, les gens y sont plus heureux. Les services souvent peuvent se rendre d'une façon encore plus efficace, parce que, quand on est habitué à travailler avec une même équipe, on sait comment rapidement se retourner de bord, comme on dit. Dans les urgences, on n'a pas le choix, il faut se retourner de bord rapidement.

Alors donc, dans ce sens-là, c'est un objectif, et non seulement c'est un objectif, c'est en train de s'opérationnaliser, de s'actualiser. On embauche le personnel, on constitue les équipes. Et il y a parfois certaines difficultés, je n'en disconviens pas. On essaie, par la voie des lettres d'entente qu'on a signées avec les fédérations d'infirmières, de raccourcir le processus d'affectation des personnels sur des postes réguliers. Je pense que le personnel infirmier, l'institution elle-même et surtout le patient a tout intérêt à ce qu'on en trouve, des raccourcis. On réussit dans un bon nombre de cas. Il y a certaines situations où c'est plus difficile et où il y a des résistances. Des fois, ça peut être du côté de la direction, mais, des fois aussi, c'est du côté syndical, où on demande que le processus long prévu à la convention collective soit intégralement respecté. Alors, ça prend quelques mois. Pour certains cas, c'est même plus long que ça pour combler des postes.

J'ai encore rencontré la Fédération des infirmières et infirmiers il y a quelques semaines à peine, pour dire: Essayez de vous préoccuper des situations où c'est plus difficile, où c'est plus long. Et je dis la même chose, je ne change pas de discours et je ne change pas de message, avec les hôpitaux: Essayez de vous entendre, de faire que vos gestionnaires aient de la souplesse pour nous permettre d'arriver à des solutions rapidement.

Vous savez, il y a des hôpitaux où, avec des syndicats qui, parfois, ont une réputation d'être plus difficiles, il y a eu des ententes extraordinaires. On me donnait des exemples avec la CSN, dernièrement, où on a fait un affichage, comme on dit, sur papier. On a tout affiché les postes en même temps, et on a dit: Voici lesquels on veut combler. Établissez maintenant votre préférence. On a donc tout négocié et discuté ça sur documents. En quelques semaines, un peu plus de quelques semaines, on a réussi à affecter tout le personnel aux bons postes, quitte à ce qu'après il y ait quelques mécanismes permettant de modifier son affectation s'il y a eu un problème en cours de route. Il faut qu'il y ait dans ce sens-là quelque souplesse, mais on y est arrivé.

Donc, on devrait être capable de le faire d'une façon générale. En tout cas, c'est la volonté que, moi, j'ai exprimée. C'est le souhait et la volonté qu'ont aussi les fédérations d'infirmières et d'infirmiers, l'Association des hôpitaux du Québec et les hôpitaux. Donc, si on cherche à atteindre le même objectif, jamais je ne croirai qu'en allant dans le même sens on n'y arrivera pas. Mais, oui, c'est un problème, et, oui, il faut le résoudre. Je pense que c'est important qu'on le résolve rapidement, ce problème-là, parce que c'est toujours le monde en bout de piste qui risque de payer si on n'y arrive pas. Ça, c'est vrai pour stabiliser les équipes.

Vous savez qu'on a une autre difficulté pour l'échéant quant au recrutement. Je vous en parlerai plus tard si vous le souhaitez, mais ça va bien, on travaille très fort avec les régions, avec les établissements, avec l'Ordre des infirmières. La Fédération nous a aussi donné quelques conseils sur cela. Je pense que c'est bien engagé. On embauche, on forme, on affecte le personnel et il faut le faire très rapidement.

Maintenant, j'aimerais que M. Tétreault, le Dr Tétreault, nous informe sur les questions plus techniques qui ont été soulevées par notre collègue la députée de Bourassa sur les patients sur civière et peut-être d'autres aspects de la documentation des cas à succès. On en connaît quelques-uns. Je pense que ça vaut la peine d'en entendre parler un petit peu.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Michel Tétreault, à vous la parole.

M. Tétreault (Michel): Merci, Mme la Présidente. Je vais tenter d'être à la fois bref et pas trop technique, mais il y avait certaines questions qui étaient quand même assez précises.

En ce qui regarde les patients sur civière, au niveau du ministère, nous avons deux registres de

clientèles sur civière. Un qui est quotidien, qui nous permet de voir tous les jours la situation dans les urgences. Et la définition du patient sur civière, à ce moment-là, c'est «toute personne qui est physiquement couchée à l'urgence». Ce que nous demandons aux hôpitaux de signaler à leur régie régionale qui nous envoie l'information, c'est combien il y en a de couchées, à 8 heures, sur civière et combien, parmi celles-là, ont passé plus de 24 heures et plus de 48 heures. Alors, ça, c'est un décompte de personnes physiques tous les matins.

• (11 h 50) •

Par ailleurs, pour avoir une information plus rigoureusement comparable de mois en mois et d'année en année, il y a, depuis 1989, un registre de la clientèle sur civière où chaque patient qui est inscrit à l'urgence est inscrit au registre et tous les patients qui sont mis sur civière sont inscrits comme étant un patient sur civière. Vous comprendrez évidemment que c'est une décision qui doit être prise dans l'hôpital, de dire: Ce patient-là est sur civière. Parce qu'il y a des patients ambulatoires, des patients qui rentrent en marchant, qui s'assoient dans la salle d'attente, mais qu'on examine couchés et qui ne sont pas des patients sur civière.

Alors, depuis 1989, nous faisons périodiquement des relances avec les hôpitaux pour s'assurer qu'on comprenne bien les définitions. La définition sur laquelle on s'était entendu avec les régions et les établissements, c'est qu'un patient sur civière — et la décision de le compter comme étant un patient sur civière est fondamentalement une décision de triage — c'est: Un patient qui est trop malade, ou qui a trop de douleurs ou trop d'inconfort pourrait être vu à partir de la salle d'attente. Donc, le patient est sur civière à partir de ce moment-là, jusqu'à ce qu'il quitte physiquement la salle d'urgence.

Alors, si j'arrive à 23 heures, ce soir, je suis couché, parce que l'infirmière au triage trouve que j'ai l'air mal en point, et que je quitte demain matin à 8 heures, j'aurai été sur une civière pendant neuf heures. Je ne sais pas si ça répond à la question, mais c'est...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Bourassa. Merci, M. Tétreault.

Mme Lamquin-Éthier: Un patient sur civière dans une unité tampon, est-ce qu'il est comptabilisé? Il est très malade, là. Il aura besoin de soins. Il est dans une condition physique qui va au-delà de l'examen couché.

M. Tétreault (Michel): Une unité tampon, ça dépend de ce qu'on veut dire.

Mme Lamquin-Éthier: Une zone.

M. Tétreault (Michel): Pardon?

Mme Lamquin-Éthier: Une zone tampon. Vous savez, quand on annonce des visites dans le réseau de la santé, oups! on monte les patients sur les étages. Surtout en période difficile, où la lumière rouge est allumée pour

les urgences, il y a un déplacement absolument remarquable, une efficacité dont on nous a parlé, à moi-même et à mes collègues, dans le cadre des tournées que nous avons faites respectivement dans chacun de nos comtés. Est-ce que le patient sur civière est comptabilisé s'il est placé dans une zone tampon, dans un salon, n'importe où ailleurs qu'à l'urgence, mais bien qu'allant nécessiter des soins?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Tétreault ou Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, je vais demander au Dr Tétreault de répondre à cette question, mais je veux juste faire deux petits commentaires. Le premier. D'abord, dans le cas qui me concerne, quand je vais visiter un hôpital, généralement j'arrive dans les 10 minutes qui suivent l'appel. C'est un peu compliqué de réorganiser les affaires.

Mme Lamquin-Éthier: Je ne parlais pas de Mme la ministre; je parlais généralement.

Mme Marois: Mais, cela étant, c'est plutôt l'inverse qui se passe. C'est que, quand... Ha, ha, ha! Non, mais...

Mme Lamquin-Éthier: Aïe! Mme la ministre, j'ai été moi-même dans le réseau, et, lorsque je faisais des visites, dans bien des cas, on mettait les patients à l'entrée. On les faisait chanter, on leur passait des biscuits, on les envoyait à l'enfilade me dire comment ils étaient bien, très bien, extrêmement bien.

Mme Marois: Quand on fait venir les médias ou que les médias se présentent, me dit-on que, dans certains cas, on a plutôt augmenté, c'est-à-dire amené de nouvelles civières à l'urgence. Je ne dis pas que c'est la règle, mais on me dit que, dans certains cas, c'est arrivé.

Mme Lamquin-Éthier: Rarement vu ça.

Mme Marois: Mais, cela étant, écoutez, ça n'enlèvera pas le fait qu'il en a existé, des problèmes dans les urgences, qu'il en existe encore dans un certain nombre puis qu'il faut les corriger.

Mme Lamquin-Éthier: Tout à fait.

Mme Marois: Alors, ça, c'est le vrai problème qu'on a. Qu'est-ce qu'on va faire pour corriger le tout? Alors, peut-être compléter, Dr Tétreault, si vous permettez.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Tétreault.

M. Tétreault (Michel): Oui. Je ne peux pas m'empêcher de dire qu'ayant une très longue expérience des visites dans les hôpitaux il y en a fondamentalement trois

catégories: ceux qui se laissent visiter tels qu'ils sont, ceux qui tiennent à démontrer une image qui est plus problématique qu'on le croit et ceux qui tiennent à démontrer une image qui l'est moins.

Mme Lamquin-Éthier: Qui est meilleure.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: C'est ça. Voilà!

M. Tétreault (Michel): Mais ce n'est pas sur un instantané, je crois, qu'on peut se permettre de prendre un jugement. Je suis parfaitement d'accord que ce n'est pas toutes les urgences qui fonctionnent comme on croit qu'elles devraient et qu'un patient dans un corridor doit demeurer, pour tous, une aberration qu'on doit mettre toutes les énergies à corriger.

Ceci étant dit, quand on parle de zone tampon, on réfère à beaucoup de choses. Par exemple, certains hôpitaux ont réussi, et ce n'est pas facile nécessairement dans la gestion quotidienne, à avoir une plus grande flexibilité au niveau de l'ouverture et la fermeture de lits. Plusieurs hôpitaux ont des lits qui ne servent pas au quotidien, mais dont ils se servent comme zone tampon lorsque la situation à l'urgence l'exige. Ce n'est pas vraiment une innovation que de penser que, quand un patient est malade pour entrer à l'hôpital, on le met dans un lit d'hôpital, dans une chambre d'hôpital. Ce n'est probablement pas une mauvaise idée.

D'autres hôpitaux, en période de crise, vont faire des choses comme, par exemple, mettre des patients dans des civières de chirurgie d'un jour. O.K.? On peut dire que ce n'est pas l'idéal, et j'en conviens parfaitement. Mais, d'être dans une civière aménagée avec les espaces voulus, les facilités voulues, c'est beaucoup mieux que d'être dans un corridor à l'urgence. Et je dirais, et je ne fais pas la promotion de ça d'aucune façon, qu'un solarium en bout d'unité tranquille à côté d'une toilette, c'est probablement aussi mieux qu'un corridor à l'urgence.

Alors, certains hôpitaux, temporairement, font des accommodations comme ça. Nous, ce que nous leur demandons, c'est de pouvoir connaître et comprendre qui sont ces patients-là et qu'est-ce qu'ils ont. Et on leur demande de faire une admission de ces gens-là. Parce que c'est important qu'on puisse savoir combien de fois ça arrive, ça. Si ça arrive la veille du jour de l'An, une fois par trois ans, c'est un phénomène. Si ça arrive quotidiennement, c'est un autre phénomène. Et la façon qu'on a de pouvoir suivre ça, c'est par les admissions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Tétreault. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Une dernière question. Je vais laisser mon collègue... Mme la ministre, tout à l'heure on regardait l'ouverture, puis on le prend à titre d'exemple, ça vaut pour chacune des mesures qui ont été prises dans chacun des blocs: ouverture de lits, ajouts de

personnel, services diagnostiques, mesures particulières. Si 450 lits de courte durée allaient coûter, tel que projeté, 6 433 000 \$, comment aura coûté l'ouverture... Parce qu'on n'a pas de montant sur... Il n'y a aucun montant. Et comment coûte un lit de courte durée? Les 552 lits, je n'ai pas de montant. Il n'y a pas de montant pour les lits de longue durée, pour un total de 343. Les services diagnostiques, on n'a pas de total et on n'a pas de montant. Et l'ajout de personnel, il n'y a pas de confirmation en termes de coût.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, on me dit, bon, généralement, qu'un lit de courte durée pourrait coûter environ 350 \$ par jour. Mais, cela étant, on va essayer de trouver tous les chiffres qui peuvent être pertinents pour répondre aux questions soulevées.

Je veux revenir sur le fait qu'on a rendus disponibles des ressources. On a fait une prévision appuyée sur les demandes des hôpitaux et des régies et on a constaté, en relevant ce qui avait été fait, que, à part quelques ajustements, ce qui avait été prévu a été fait et que les sommes qui devaient être versées pour les fins d'atténuer les problèmes vécus dans les urgences ont été versées à ces fins-là. On n'a pas fait autre chose avec ça. On a ouvert des lits, on a embauché du personnel, on a augmenté le nombre d'heures de disponibilité dans les laboratoires, dans les différents services de diagnostic. C'est exactement ce qu'on a fait avec les sommes versées.

Nous sommes à faire un relevé plus détaillé par établissement, n'est-ce pas? Alors, région par région, établissement par établissement, on essaie de voir exactement ce à quoi a servi chaque sous versé. Mais ça confirme d'une façon spécifique ce que nous constatons au global. Donc, je ne peux pas vous dire beaucoup plus que ce qui est sur les données, que ce qu'on retrouve sur les données, ici, agglomérées. Un lit de courte durée, c'est un lit de courte durée, ça demande des soins, c'est de l'observation, c'est de l'intervention, c'est des services médicaux, etc. Alors, c'est ce à quoi ont servi les sommes qui ont été allouées au programme de débordements des urgences, c'est-à-dire d'aide au désengorgement des urgences. Et vous avez une information la plus à jour possible, la plus complète possible. Et, comme je vous dis, là on le fait au relevé par établissement, mais ça ne vient que confirmer ce qu'on a déjà présenté.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Peut-être, avant de demander ma question, je vais demander à la ministre de déposer la liste d'attente pour les personnes en hébergement, pas tout de suite nécessairement, mais aujourd'hui, si on peut l'avoir. La ministre a dit que les chiffres sont disponibles.

Mme Marois: Je n'ai pas nécessairement dit que les chiffres, je les avais disponibles avec moi, là.

M. Williams: Avant la fin de la commission, par région, si on peut l'avoir. Effectivement, Mme la ministre, vous n'avez pas dit que vous aviez ça aujourd'hui, mais, pour l'étude de la commission, si on peut avoir ça et si on peut avoir aussi le portrait des urgences. Je vois que la ministre a tout un cahier. Si elle peut déposer...

Mme Marois: C'est mon cahier de période de questions. Il y a beaucoup de choses...

● (12 heures) ●

M. Williams: Ah! Si vous voulez déposer ça aussi, Mme la ministre, vous pouvez.

Mme Marois: ... — ha, ha, ha! — ...qui sont des notes manuscrites dans certains cas.

M. Williams: Vous avez le droit de déposer tout, si vous voulez. Ha, ha, ha! Mais je demande plus le portrait des urgences, tel que vous l'avez cité, je pense, c'était les listes des urgences datées du 19 avril, ça va être assez important d'avoir ça. Si on peut avoir ça.

Mme Marois: Alors, on va essayer de vous fournir tout ce que l'on peut vous donner comme information. Je n'ai pas l'habitude de cacher quoi que ce soit, au contraire. Alors, tout ce qu'on pourra vous rendre disponible, on le rendra disponible, sur la question des urgences.

M. Williams: Spécifiquement la liste d'attente des personnes en hébergement par région et le portrait des urgences, tel que vous l'avez utilisé aujourd'hui.

Mme la ministre, dans votre conférence de presse, vous avez utilisé ce document qui explique depuis chaque année le taux moyen d'occupation des civières dans les salles d'urgence du Québec. Chaque janvier, ça augmente, et ça cause un problème depuis 1994. C'est votre propre document. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt Mme la ministre, aujourd'hui, lors de l'échange avec la députée de Bourassa.

Ma question est fort simple: Avec les ajustements que vous avez faits, est-ce qu'en janvier 2000 nous allons avoir le même problème? Parce que la chose qui m'a frappé, quand vous l'avez utilisé vous-même — ce n'est pas une surprise, ce n'est pas quelque chose qui arrivait pour la première fois, et je vous donne une chance de dire... Est-ce qu'il y a une garantie que, maintenant, il y a un système en place, que, quand on commence à voir une augmentation dans les salles d'urgence, il y a un système pour ne pas attendre deux mois avant d'agir, pour ne pas changer les chiffres d'une semaine à l'autre, 15 000 000 \$ à 20 000 000 \$, que, avant qu'il y ait un problème, le système va agir? Et c'est vraiment... Je sais que je parle de janvier de l'année prochaine, mais, depuis les derniers cinq ans, nous avons eu ce problème. Et, si la réponse est oui... si nous n'allons pas avoir cet engagement, je voudrais savoir exactement comment la ministre

peut dire ça ou comment le docteur Tétreault peut expliquer ça, l'un ou l'autre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Alors, évidemment, je comprends quand même des propos de notre collègue le député de Nelligan qu'il n'est pas en désaccord avec le fait qu'on ait mis 20 000 000 \$ plutôt que 15 000 000 \$. Quand même! Hein!

M. Williams: Oui. C'était comme d'habitude en retard, mais... Oui.

Mme Marois: Même si c'était un changement de chiffre, j'imagine qu'il doit être assez d'accord avec ça quand même...

M. Williams: Si nous avions attendu une autre semaine, est-ce que ça aurait été 25 000 000 \$?

Mme Marois: ...parce qu'on a pu résoudre plus de problèmes avec cela, et il devrait être heureux du tout plutôt que de s'en plaindre. Parce que, justement, on est allé voir les gens, et les besoins dont ils ont fait état étaient plus grands que la somme que nous avons évaluée. Et, comme il y avait quelques disponibilités, on aurait été un peu bête de ne pas être capable de rendre cette somme disponible pour répondre aux problèmes que nous voulions résoudre, et donc répondre aux besoins des malades et des patients.

M. Williams: Et l'année prochaine?

Mme Marois: Alors, je ne promets rien quant à la hauteur de la demande. Je ne peux rien faire sur cela autrement que faire de la prévention, essayer d'amener les gens à mieux se soigner, à utiliser des services, si on veut, de vaccin, ou quoi que ce soit, enfin on a toutes sortes de plans d'ailleurs à cet égard.

Mais, et là il faut être de bon compte entre nous, si je remontais à il y a 15 ans, 20 ans, le député serait absolument renversé. Le «peak», comme on dit, le sommet que l'on rencontrait était encore plus élevé que maintenant. Le temps d'attente sur civière plus de 48 heures était absolument inacceptable à tous égards. On a parlé de 60 000 cas — c'est ça — d'attente à une certaine période, de plus de 48 heures dans les salles d'urgence sur une année, alors qu'on parle maintenant de 8 000 — c'est bien ça, ma mémoire est bonne, bon — 8 000 cas.

Donc, il y a eu une très nette et très importante amélioration. Mais on ne doit jamais s'asseoir sur nos lauriers, je suis d'accord, et donc on doit travailler à ce qu'on continue d'améliorer le tout. Je pense que, sur les 48 heures, on peut dire qu'on est en bonne voie et que le travail qui a été fait jusqu'à maintenant nous permet de répondre adéquatement à un très grand nombre de personnes qui, autrefois — et vous étiez là à ce moment-là, il

faut bien le dire, hein — n'avaient pas des réponses aussi rapides qu'elles ont maintenant. C'est pour ça d'ailleurs qu'on a transformé le réseau, c'est pour essayer de répondre à ces problèmes de gens qui vieillissent, qui présentent d'autres types de difficultés et d'autres types d'urgences.

Que faisons-nous maintenant pour la suite des choses? Je l'ai expliqué déjà à quelques reprises, mais je pense que ça vaut la peine qu'on reprenne le tout d'une façon un petit peu plus globale. Bon an, mal an, il y aura des hausses de problèmes, et donc de demandes de services, à moins que notre population modifie ses comportements d'une façon très significative et très importante. Il y aura cette demande de services qui sera en hausse quelque part en début d'année, qui sont les mois d'hiver, les mois plus difficiles, pour les personnes âgées en particulier, les risques de blessures aussi, etc. Bon.

Alors, on peut travailler pour faire en sorte que ce sommet soit le plus bas possible. Ça veut dire faire des gestes de prévention, modifier nos façons de travailler. L'exemple des déplaçonnements auprès des urgentologues, d'ailleurs l'expertise assez remarquable qu'ont un bon nombre de médecins qui pratiquent en urgence et qui sont maintenant reconnus d'ailleurs formellement comme urgentologues, cet exemple est intéressant à observer. J'ai rencontré des représentants de ces médecins qui m'ont expliqué comment il y avait aussi des façons très concrètes d'organiser une urgence, de rendre disponibles des services pour faire en sorte qu'on soit plus efficaces, et donc que, même si la demande est haute, on puisse y répondre rapidement.

M. Williams: Mais si ça ne marche pas! Si ça ne marche pas et, en janvier, comme vous avez vous-même montré que, pendant cinq ans, et peut-être cinq avant aussi, là, mais...

Mme Marois: C'était pire cinq ans avant.

M. Williams: Ah! Quelle grande surprise, Mme la ministre! Et j'ai pensé peut-être...

Mme Marois: C'était votre gouvernement qui était là. Mais, cela étant, ils ont fait des efforts aussi. Ils n'ont pas réussi d'un coup. Ça prend du temps.

M. Williams: Je voudrais... Restons sérieux. Je n'ai pas blâmé vous dans... Mais je vais vous blâmer l'année prochaine si vous n'avez pas agi.

Mme Marois: D'accord.

M. Williams: Et la question était: Malgré ça, si, encore, on approche un taux d'occupation... je ne sais pas quel chiffre, mais à 90, 95, est-ce que vous êtes en train de mettre un système qui peut agir plus vite? La question n'était pas partisane. On peut ressortir les chiffres, et je peux montrer le manque de leadership dans ce dossier et je peux facilement prouver que c'était pire pendant les

derniers quatre ans qu'avant. Mais ce n'est pas la question.

Je demande maintenant: Vous êtes en place, avec toutes les choses... L'année prochaine, ça va être 1999-2000. Janvier va arriver après le millénum, tout ça. Et, si on commence à voir un problème, est-ce que vous avez compris que la façon dont vous avez agi pendant les derniers quatre ans ne marchera pas? Est-ce que, avec le «task force» du Dr Tétreault... Est-ce que vous avez un autre système où vous pouvez agir plus vite, mettre de l'argent plus vite, répondre aux besoins de la population plus vite, ou si, encore une fois, on va laisser les patients traîner dans le couloir pour quelques mois? C'est une question fort simple, et je voudrais savoir: Est-ce qu'il y a un nouveau système en place pour agir plus vite?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre, je vais vous laisser répondre à cette question et, par la suite, je répondrai à une demande de la députée de Mille-Îles qui a également une question.

Mme Marois: D'accord. Merci, Mme la Présidente. C'est ce à quoi nous travaillons d'une façon systématique. J'aimerais ça revenir sur ce fameux tableau dont on fait état, parce qu'il faut le lire d'une façon spécifique pour constater que nous étions en bonne voie de réduire la hauteur du sommet des urgences de janvier à avril jusqu'à 1995-1996. Et c'est évident que la transformation du réseau et les efforts budgétaires qui ont été demandés ont eu un effet qui a ramené une hausse un peu plus significative des temps de présence dans les urgences pour les années qui ont suivi.

Alors, les recettes qu'on avait commencé à appliquer, les façons de faire étaient les bonnes. Il faut donc en partie y revenir. Mais, comme la clientèle, elle, s'est modifiée, ses besoins se sont modifiés, il faut aussi documenter ce qui se passe comme nouveau phénomène au-delà des ressources budgétaires qui ont été réorganisées, et, comme on va en rajouter, bien on se dit: Il faut les rajouter d'une façon à ce qu'elles soient très efficaces, qu'elles donnent des rendements concrets, les plus grands possible.

● (12 h 10) ●

Alors, qu'est-ce qu'on a fait jusqu'à maintenant et qu'est-ce qu'on fait actuellement pour éviter que cela ne se reproduise ou pour être capable de vivre avec cette demande plus grande? Et, pour moi, vivre avec cette demande plus grande, ça veut dire simplement qu'on donne rapidement réponse aux personnes qui se présentent en situation d'urgence, qu'elles ne restent pas plus de 48 heures à l'urgence, bien sûr, et puis qu'on ait suffisamment de civières pour toutes les recevoir sur civière dans les lieux prévus à cela et pas dans les corridors. On se comprend? C'est ça qu'on souhaite. D'ailleurs, dans le plan d'action, c'est un des éléments prioritaires, une action prioritaire. Donc, on ne va pas la négliger, loin de là. On me souligne qu'en plus, parmi les indicateurs de résultats dans les ententes de gestion, les urgences en font partie. Donc, non seulement nous nous en préoccupons théoriquement dans

le discours, mais nous nous en occupons surtout concrètement et pratiquement.

Alors, qu'est-ce qu'on a fait et qu'est-ce qu'on fait actuellement pour prévenir cela et pour aussi améliorer ce qui se passe généralement dans les urgences? Bon. D'abord, connaître et analyser les différentes variations de la clientèle des urgences. En termes quantitatifs, c'est une chose — ça, c'est ce qu'on voit sur les tableaux — mais, en termes qualitatifs, c'est une autre chose. Recevoir une personne âgée à qui il faut accorder beaucoup de temps pour lui expliquer quels sont les services qui existent, qu'est-ce qu'on peut faire pour l'aider, puis recevoir un petit bonhomme qui s'est cassé une jambe, c'est autre chose, hein. On sait que ça ne demande pas le même type d'intervention, le même temps. Ou recevoir une personne qui a un problème psychiatrique et qui est complètement désorganisée et qui est en état de crise, là, ça demande un déploiement de ressources autre. Alors donc, évaluation quantitative mais évaluation aussi qualitative.

Le personnel dans les urgences, qui est-il? Les équipes, lorsqu'elles sont stables, lorsqu'elles sont formées de personnes qui ont de bonnes expertises, qui ont de bonnes expériences dans les urgences, est-ce que le temps de réponse est plus rapide? Est-ce que c'est plus efficace? Ce sont des éléments que nous analysons et qui vont nous permettre ensuite d'établir un certain nombre d'actions à mener.

Aussi, on questionne les gens qui fréquentent les urgences comme patients: Quel a été le temps de réponse? Quel a été le niveau de satisfaction? Pourquoi ont-ils eu le sentiment d'avoir une réponse plus rapide ou moins rapide? Qu'est-ce qui s'est passé? pour voir aussi comment au triage, comment à l'évaluation, comment au diagnostic on peut être mieux outillé pour répondre aux besoins.

Je l'ai dit, je le répète, nous travaillons à identifier, dans les urgences où cela va bien, les facteurs de réussite, qu'est-ce qui fait que, dans tel hôpital, on n'a jamais de plus de 48 heures puis que les patients sur civière dépassent rarement la capacité qu'on a. Et puis on constate que ce n'est pas des hôpitaux qui cachent les malades, là. Attention! Ce sont des hôpitaux qui les traitent et qui interviennent. Qu'est-ce qu'on fait? Entre autres, dans la rencontre que j'ai eue avec les urgentologues, on m'a dit: Mme Marois, lorsqu'un hôpital organise ses services en fonction de l'urgence, qui est devenue une des portes d'entrée majeure, c'est très différent et ça roule beaucoup mieux.

M. Williams: Dans nos salles d'urgence, il y a encore... Malgré ça, s'il y a un problème, qu'est-ce que vous allez faire?

Mme Marois: Oui, mais là je vous dis ce qu'on est en train de faire pour justement qu'il n'y en ait pas, de problèmes, et qu'on essaie de les résoudre. Quand bien même je ferais un beau discours — c'est vous qui allez être le premier à me dénoncer, et vous aurez raison — sans l'appuyer sur des gestes concrets que je peux illustrer, parce qu'on a analysé ce qu'on fait, comment on le fait...

Bien, c'est ce qu'on est en train de faire. On l'avait fait dans le passé, on l'avait fait particulièrement bien, et on est en train de remettre à jour toutes ces informations, et on pousse un peu plus loin parce qu'on a une expertise plus grande aussi, une connaissance plus grande.

Alors, autant on va regarder donc du côté des résultats positifs et des réussites, autant on va regarder aussi où il y a encombrement. Et peut-être que, dans certains cas, c'est des réaménagements physiques de l'urgence, peut-être que c'est de l'ouverture, oui, de certains lits de courte durée; dans d'autres cas, c'est la constitution d'équipes autres, etc., de processus de gestion dans l'hôpital.

Je regarde à Pierre-Boucher, où on m'a expliqué que le mode d'allocation des lits pour les médecins était très différent de ce qu'on connaissait dans d'autres établissements. Et savez-vous qu'il n'y a pas de gens qui attendent généralement dans cette urgence? Ils rencontrent parfaitement... enfin, qui débordent... Il y en a qui attendent mais dans des normes relativement acceptables. Et surtout il n'y a pas de débordement dans les corridors, on n'ajoute pas de civières.

Tout ce qu'on doit faire en périphérie — et ça, je l'ai dit quand j'ai lancé le plan d'urgence, je l'ai dit à d'autres reprises puis je vais le redire aujourd'hui... Si une personne qui a un problème psychiatrique, un problème de maladie mentale, se présente et qu'elle est en désorganisation, très souvent ce n'est pas l'hôpital qui peut le mieux lui venir en aide, mais c'est une ressource alternative qui va la prendre en charge, l'accompagner, l'aider, intervenir au plan d'un support moral, d'un support psychologique, après qu'un diagnostic peut avoir été posé bien sûr à l'hôpital. Et là il faut qu'il y en ait, des ressources. Bien, alors, là, on travaille sur le type de ressources qui devrait être développé, à quelle hauteur, dans quel secteur, à quel endroit. Et il y a des régions qui en ont, d'autres moins, etc.

Par ailleurs, on a aussi toute la question — et ça, ce sont des actions plus structurantes et c'est du travail qui est fait actuellement, de l'analyse à laquelle on procède — de s'assurer que les lits de courte durée sont utilisés à leurs fins propres. Encore là, si on évite des hospitalisations inutiles, si on revient donc à la pertinence de l'hospitalisation, on dégage des ressources, on permet une meilleure efficacité. Pas besoin de revenir beaucoup là-dessus.

De la même façon que, si nos services à domicile sont accessibles, on va avoir moins de réticence à retourner une personne âgée dans son milieu de vie parce qu'on sait qu'elle va avoir un support et un soutien. On ajoute des sommes considérables, c'est... aux services à domicile, c'est?

Une voix: 40 000 000 \$.

Mme Marois: 40 000 000 \$.

Une voix: 44 000 000 \$.

Mme Marois: 44 000 000 \$... 40 000 000 \$ exactement? C'est parce que je confonds avec l'autre

somme qu'on avait investie l'an dernier. 40 000 000 \$ dans les services à domicile, dans les soins à domicile — ce n'est pas rien — qui vont nous permettre de trouver réponse à cette question. Mais d'abord essayer de voir si on utilise bien les lits dans les hôpitaux et prévenir les recours à l'urgence, particulièrement pour les clientèles vulnérables. J'ai dit tout à l'heure, et je le répète, que celles qui se présentent sont des cas qui exigent une intervention. Mais peut-être qu'on pourrait la faire en amont, cette intervention, aussi. Si on appelle au CLSC puis qu'un médecin peut aller sur place, à domicile, bien peut-être que la personne âgée, on va la rassurer. On va intervenir, on va faire le travail requis et, à ce moment-là, on ne viendra pas à l'urgence. Mais, pour ça, c'est vrai que ça implique des ajouts de ressources. Il y en aura, mais surtout qu'on soit capable de bien documenter ces situations-là pour poser les bons gestes, évidemment.

Puis enfin, on a commencé, je l'ai dit, à allouer certaines ressources en fonction de la performance. On a bien l'intention de continuer à le faire. J'ai rencontré l'Association des hôpitaux la semaine dernière. On m'a fait état de certains facteurs d'évaluation ou indicateurs de performance qu'on voudrait que nous prenions en compte.

Mais je voudrais indiquer à notre collègue la députée de Bourassa, qui disait d'entrée de jeu ce matin: On ne sait pas où on s'en va, on n'a pas de perspective, etc., qu'au contraire nous en avons et nous avons justement des indicateurs pour savoir où en est la qualité des services, ou la quantité, ou, comment je dirais ça, l'amélioration de la qualité de la santé de la population. Ce sont ces fameux indicateurs qui se retrouvent dans la politique de santé et bien-être, que nous continuons de suivre et pour lesquels nous avons régulièrement, même si c'est avec un peu de retard dans le temps, un certain nombre d'informations évaluant la progression. Et ce sont des indicateurs qui ont été, si je ne m'abuse, adoptés autour des années 1993, 1994, la fameuse politique de santé et bien-être et qui est celle que le gouvernement précédent a adoptée.

M. Williams: ...madame.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, alors, il reste deux minutes sur votre temps. M. le député.
● (12 h 20) ●

M. Williams: Très, très brièvement. Juste un commentaire que j'ai entendu. Effectivement, sur les questions de performance, j'ai eu beaucoup de feedback négatif de ça. Le cas, juste chez nous, de Lakeshore, qui n'a pas eu une reconnaissance de performance, en bas de 3 000 000 \$ et quelque chose, malgré qu'ils desservent une population de 3 % plus grande qu'ils ont besoin de faire, et ils n'ont pas eu de déficit.

Et aussi, sur toute votre stratégie de déficit, les directeurs généraux avec lesquels j'ai parlé ont dit: Qu'est-ce qui se passe là? Il y a une compensation. Selon eux, il y a peut-être une compensation pour la mauvaise gestion, où c'est un peu la réaction de dire: Si nous avons joué la game — je m'excuse pour l'expression — si nous avons

respecté toutes les contraintes budgétaires, nous n'avons rien; si nous avons fait un déficit, vous allez arriver et vous allez enlever le déficit. Je vous donne une chance d'expliquer, un, votre critère de performance, parce que, moi, je pense que peut-être l'Hôpital Lakeshore a été vraiment un hôpital performant et n'était pas sur la liste, et, deuxièmement, c'était quoi, votre stratégie pour enlever le déficit?

Mme Marois: Bien, là, disons qu'on va prendre plus que 10 minutes pour répondre à ça. Il y a comme pas mal de questions qui sont soulevées par ça, mais simplement quelques commentaires.

On ne peut pas dire d'un côté qu'on n'est pas content d'avoir versé des sommes parce que des établissements ont atteint les résultats et ne se sont pas retrouvés dans des situations d'engorgement, ce qui est le cas d'un certain nombre d'hôpitaux qui, effectivement, ont été récompensés — disons-le comme ça s'est passé — parce qu'ils ont réussi à contrôler leur urgence. Alors, là, justement, on a reconnu qu'il y en a qui avaient eu de meilleurs résultats que d'autres dans des situations comparables, pas parfaitement comparables mais comparables. Alors, ça, c'est un.

Puis, dans d'autres situations qui seront la question des déficits, on va avoir la même attitude. Ceux qui ont bien réussi, ceux qui ont contrôlé leurs dépenses pour rentrer dans les paramètres prévus se verront allouer les fonds pour l'évolution de leurs coûts de programmes, se verront reconnaître certains coûts, automatiquement, sans qu'on pose de questions — à partir du moment où, évidemment, la clientèle est là, etc., ça va de soi — alors que les autres auront une partie du déficit couvert — une partie, je dis bien — et on s'entendra ensuite sur un plan de redressement pour qu'on puisse verser les sommes supplémentaires toujours disponibles pour couvrir le déficit, etc.

Donc, on aura la même attitude, on n'en changera pas. Et on veut être clair dans le message. Il y a eu des moments difficiles, puis il ne faut pas non plus être accusateurs à l'égard de ceux qui se retrouvent avec des déficits importants. Il y en a qui s'expliquent, on va en discuter avec les institutions, on va trouver des avenues pour les corriger pour la suite des choses, mais il y en a qui, dans des circonstances comparables, ont réussi à se restreindre et à rester à l'intérieur des budgets alloués, et ça, il faut être capable de le reconnaître. Alors, on aura la même attitude, on n'en changera pas, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Alors, maintenant, je vais céder la parole à la députée de Mille-Îles.

Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval

Mme Leduc: Bon. Je vais quand même revenir un peu sur le sujet précédent où nous parlions des urgences — parce que je pense que vous avez quand même bien

répondu, dans le fond — et des mesures ponctuelles qui avaient été prises par le gouvernement pour répondre à des situations. Vous avez aussi répondu aux prévisions, aux mesures que vous prévoyiez prendre pour une situation qui se produirait l'an prochain. C'est sûr qu'il y a ces mesures-là, mais il y a aussi des mesures à plus long terme.

Mais là je voudrais quand même parler d'une mesure qui se développe à Laval, qui est le Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval. Je pense qu'il s'insère justement dans ce que vous aviez parlé aussi dans votre discours d'ouverture, qu'il fallait développer le réseautage, le réseau, pour pouvoir répondre d'une façon plus générale à différentes difficultés. Et pourquoi je trouve que le Centre hospitalier, le CHARL, comme on l'appelle, répond aussi au besoin de désengorgement des urgences, c'est que, finalement, dans les programmes... Et je rappelle que c'est un choix qui a été fait d'investir dans les services à la population plutôt que de créer un nouvel hôpital, d'investir dans des murs, parce que ce sont justement les patients, les malades qui ont besoin de soins.

Dans les choix qui ont été faits pour les premiers services à offrir à la population, on a ciblé justement les personnes âgées parce qu'on a constaté que, à l'urgence de la Cité de la santé qui a connu un débordement, il y avait une forte proportion de patients qui étaient des personnes âgées. Alors, je pense que ça aussi, le développement des centres ambulatoires, ça peut être une mesure à plus long terme pour ne pas avoir, finalement, ces récurrences de problèmes que nous avons à chaque année. Dans le fond, c'est un commentaire, et j'aimerais vous entendre un peu là-dessus, sur les mesures à plus long terme.

Mme Marois: Je pense que c'est très intéressant. Ce que fait le CHARL en particulier — il nous reste peu de temps — ce qui se passe actuellement au CHARL et qui est particulièrement intéressant — c'est notre Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval, c'est ce que veut dire l'acronyme CHARL — c'est d'abord que c'est un projet qui a été animé par les équipes de santé, les équipes médicales, les médecins, les infirmières, et qui a été développé par eux. Et c'est un modèle qui sort des sentiers battus. Ce sont des équipes qui sont éclatées sur le territoire à différents points de services, mais qui, justement parce qu'elles sont à différents lieux sur le territoire, doivent être particulièrement bien réseautées, sinon on perd l'effet souhaité, et qui vont procéder, d'une part, bien sûr, à des diagnostics, mais qui vont procéder à des interventions, des chirurgies d'un jour entre autres, ce qui est, bien sûr, l'objectif de nos centres ambulatoires, de rendre disponibles des services.

Ce que ça veut dire, les centres ambulatoires, on a beaucoup bousculé les mots pendant un certain temps, mais ce que ça veut dire, c'est tout simplement qu'on permet à des gens de rentrer le matin dans un centre et d'en ressortir le soir, toujours sur pied, même si on peut être aidé pour le faire, après avoir subi une intervention. Et donc, on peut, après avoir subi une intervention de

courte durée dans les lieux hospitaliers, retourner chez soi avec du support, avec de l'aide, bien sûr.

On utilise au mieux nos ressources. Et puis, aussi, ce qu'il faut se dire, au-delà des questions d'efficacité, d'efficiency, de bonne gestion, c'est que c'est surtout pas mal plus intéressant pour la personne qui vit cette situation-là. Rester deux semaines dans un lit d'hôpital, ou même une semaine, et s'y affaiblir, et puis souvent vivre dans des conditions qui ne sont pas les conditions habituelles de vie et normales... Puis on aimerait mieux être chez soi dans ses affaires, c'est ce qu'on permet aussi, au-delà de tout le reste.

Alors, CHARL est une expérience très intéressante, nous l'accompagnons, nous suivons de près la façon dont ça va se réaliser très concrètement, mais c'est évident que c'est un des aspects aussi d'une intervention plus globale sur les urgences. Parce que tout ce qu'on pourra faire en centre d'un jour, en intervention de court terme, ce seront autant de personnes qui n'iront pas attendre dans une urgence parce qu'on ne peut pas intervenir par ailleurs. Alors, en ce sens-là, je pense que c'est une des mesures structurantes, bien sûr, et elle entre dans l'ensemble de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

Je répète, nous avions du retard, nous l'avons rattrapé sur une courte période, cela a causé quelques inconvénients, personne n'en disconvient, mais il était absolument essentiel de le faire si nous voulions préserver nos ressources.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. J'imagine que vous avez également prévu les nombreuses naissances au début de janvier de l'an 2000, apparemment.

Mme Marois: Ah oui! Ha, ha, ha! De bonnes nouvelles, celles-là! De très bonnes nouvelles!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Sur ce, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 15 heures, plus ou moins, cet après-midi. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 29)

(Reprise à 15 h 14)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À l'ordre, s'il vous plaît! Nous commencerons nos travaux dans quelques minutes. Mme la députée de Bourassa, vous êtes prête? On a quorum, oui?

Mesdames, messieurs, nous allons poursuivre nos travaux, jusqu'à 18 heures, de la commission des affaires sociales qui est réunie pour étudier les crédits budgétaires sous la responsabilité de la ministre de la Santé et des Services sociaux, pour l'année financière 1999-2000. Alors, lorsque nous nous sommes quittés, la députée de Bourassa m'avait demandé la parole. Alors, Mme la députée, je vous cède la parole.

Suites du document *Les urgences au Québec 1990-1997: bilan, perspectives et normes*

Mme Lamquin-Éthier: Mme la Présidente, merci. On va clore sur la question de l'engorgement chronique des urgences. Mais, avant de ce faire, donc avant d'aborder un autre point, si vous me le permettez, j'aimerais rappeler que Mme la ministre de la Santé et des Services sociaux avait annoncé, le 10 février 1999, au niveau des moyens ou des mesures à moyen terme, ses intentions d'entreprendre une analyse approfondie de la clientèle des urgences de même que des expériences réussies dans les hôpitaux qui avaient réglé leurs problèmes et les difficultés vécues par les médecins, les infirmières et les gestionnaires, ceci devant permettre de mettre en place des solutions définitives.

Et effectivement je pense que l'objectif, ici, c'est de s'assurer qu'une fois pour toutes, comme son prédécesseur, M. Jean Rochon, l'avait lui-même déclaré quasi à la même période, l'année précédente, de faire en sorte que, par les mesures les plus appropriées, le réseau de la santé n'assiste plus, année après année, à des engorgements chroniques.

J'ai de la difficulté à comprendre, lorsqu'on parle d'une analyse approfondie de la clientèle des urgences, de même que des expériences réussies, de même qu'un petit peu de la liste des difficultés, pourquoi on referait, à moins que je comprenne mal...

Il y a un document qui a été fait, et qui est extrêmement bien fait, je dois dire, par le Groupe tactique d'intervention en collaboration avec l'Association des médecins d'urgence du Québec. Ce document-là fait un bilan de la situation des urgences au Québec pour la période 1990 à 1997. Il contient également des perspectives de même que des normes. Le document est récent, il est de juin 1998, et on parle toujours d'un engorgement chronique. Il y a d'ailleurs, dans ledit document, à la page 43, une liste des problèmes qui ont été le plus fréquemment rencontrés dans les urgences visitées par le Groupe tactique d'intervention.

Sans prétendre à une analyse scientifique, vous savez que j'ai entrepris, avec la collaboration de mes collègues, de faire une tournée de certains établissements du réseau de la santé. Ainsi, j'aurai visité 10 établissements en 10 jours, et le document a été déposé à l'Assemblée nationale, un compte rendu de cette tournée-là. Et ledit compte rendu comporte également un chapitre qui reprend la liste des problèmes le plus fréquemment rencontrés par les établissements visités dans le cadre de la tournée, donc la liste des problèmes rapportés par les établissements.

Mme la ministre évoquait ce matin plus spécifiquement de bien recevoir la clientèle âgée à l'entrée, donc une espèce de prise en charge immédiate. Effectivement, il y aura à cet égard-là des expériences positives, puis d'ailleurs le document y faisait référence à la page 15. On disait: Parmi les conditions d'engorgement, il y a les clientèles âgées, et il faut travailler — Mme la ministre le rappelait — en aval et en amont. Il y a certaines expériences

positives. Il y a des établissements qui, entre 22 % et 25 %...

D'abord, je donne pour exemple l'urgence du centre hospitalier juif qui, selon ce qu'on nous a rapporté... et c'est le directeur général qui me l'a rapporté en vis-à-vis, il me confirmait que son urgence était la plus lourde et la plus achalandée. Or, il appert, selon ce qu'il représente, qu'entre 22 % et 25 % des patients à l'entrée vont être admis sur les étages, alors qu'ailleurs il s'agirait de 50 % et plus. Donc, ça soulève encore une fois toute la question du taux d'occupation des lits et la pertinence des admissions.

De la même façon, il déclarait que 4,5 % des patients à l'entrée étaient déclarés chroniques, alors qu'ailleurs ce pourcentage était de 17 % et plus, rappelant encore une fois la pertinence d'une évaluation rapide par une équipe de gériatrie qui est bien constituée par tous les professionnels intéressés à la prise en charge adéquate des personnes âgées ou des autres types de clientèle. Et on rappelait également... le directeur général me rappelait que les médecins de l'hôpital s'engagent à répondre aux demandes de consultation et à assurer une prise en charge ou une prise de décision dans un délai de tolérance maximale de deux heures.

• (15 h 20) •

Quand on parle, évidemment, Mme la ministre... Et le document *Bilan, perspectives et normes: les urgences au Québec* fait la revue des problèmes. On fait la revue évidemment de certaines questions spécifiques aux personnes âgées, aux malades psychiatriques et aux personnes ayant besoin de services de réadaptation. C'est très clairement exposé aux pages 22 et suivantes. De la même façon, dans le même document, à la page 20, on regarde les alternatives à l'hospitalisation et on revient sur des choses dont on parle depuis des années et qu'on nous a rappelées à l'occasion de la tournée. Donc, ça prend une utilisation efficace des ressources alternatives, mais ça exige d'abord une collaboration des centres hospitaliers, des CLSC, de centres de réadaptation et des organismes communautaires.

On rappelle qu'il est essentiel d'encourager l'uniformisation des services offerts par la communauté et en particulier par les CLSC, ce qui n'est pas toujours le cas. On rappelle que l'objectif du virage ambulatoire est d'utiliser des ressources moins lourdes que le centre hospitalier, ce qui n'est pas toujours le cas, et on évoque plus particulièrement la chirurgie d'un jour, qui est un bon exemple. On rappelle l'utilisation d'un service infirmier de préévaluation et d'autres éléments qui ont été repris dans la liste que vous trouverez d'ailleurs dans le document, l'espèce de compte rendu qu'on a déposé le 26 février 1999.

Alors, ma question: Mme la ministre, lorsqu'elle parle à moyen terme d'une analyse approfondie de la clientèle des urgences, des expériences réussies dans les hôpitaux, des difficultés vécues, est-ce que ma compréhension est inadéquate? Est-ce qu'on a vraiment besoin de tout reprendre ça? Est-ce que Mme la ministre n'avait pas déjà en main toutes les analyses, les calculs nécessaires?

Et, deux, Mme la ministre pourrait-elle nous préciser et même déposer la liste des protocoles d'entente qui ont été signés entre les centres hospitaliers et les CLSC, nommément la région de Montréal, Québec?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Bien sûr, le rapport auquel fait référence la députée de Bourassa est un rapport qui nous a servi à agir aussi rapidement lorsqu'on l'a fait, au début de l'hiver, au début des mois de janvier, février, et, si nous n'avions pas eu ce bilan, ces perspectives et ces normes, nous n'aurions pu être aussi pertinents dans notre action, et donc, à partir de ce travail qui avait été fait par cette équipe, le Groupe tactique d'intervention, dont on fait état ici des conclusions dans le rapport que cite notre collègue, on n'aurait pu aller aussi rapidement et d'une façon aussi systématique.

Cela étant, on a constaté qu'il y avait cependant certaines modifications dans les comportements de clientèles, qu'il y avait des phénomènes un peu particuliers qui apparaissaient. Je dois vous dire qu'on en constate actuellement: il y a encore certaines urgences qui vivent des problèmes à une période où normalement ça devrait être à peu près résorbé. Je ne dis pas toutes, au contraire, c'est localisé, mais comment se fait-il que ça se passe comme ça?

Par ailleurs, quand on regarde le rapport, on voit bien qu'il y a une série de problèmes, qui sont identifiés d'ailleurs à l'annexe... Je ne me souviens plus laquelle annexe, ici, là, on y faisait référence tout à l'heure. Bon, voilà, à l'annexe 3. On dit: Problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les urgences visitées par le Groupe. Là, on fait référence à un certain nombre de ces problèmes qui sont identifiés ici. Certains méritent sûrement d'être documentés et d'être documentés dans la perspective d'une action à mener pour les résoudre, pour les corriger, pour réorganiser les services, si nécessaire.

Je regarde ici: Gestion déficiente de la problématique des personnes âgées, durée de séjour trop longue en courte durée, utilisation de l'urgence à des fins autres que la sienne propre, mauvaise gestion de lits, retards dans les consultations à l'urgence. Qu'est-ce qu'on peut faire pour que cela se corrige? Il y a un certain nombre de mesures qui sont appliquées, mais est-ce que c'est propre à certains types d'organisations? Ou est-ce que c'est répandu dans certaines régions? Est-ce que c'est les comportements des administrateurs? C'est tout ça qu'il faut essayer de documenter davantage.

Et le travail que nous avons engagé, Mme la Présidente, n'est pas un travail qui se fera sur trois ans et demi, là, on se comprend. Je me suis assurée que l'on puisse, d'ici la fin de l'été, avoir une analyse plus serrée de ce qui est vécu sur le terrain, qui fait suite à ce qui est dans ce rapport, soit *Les urgences au Québec 1990-1997: bilan, perspectives et normes*, qu'on explore certaines des avenues qui étaient là.

Et donc on ne fait pas tabula rasa. On ne fait pas table rase de tous les gestes qui ont été posés et de toutes

les analyses ou de toute la recherche qui a été faite jusqu'à maintenant. Je demanderais d'ailleurs au Dr Tétréault de nous parler un petit peu de ces phénomènes nouveaux qui apparaissent pas seulement chez nous d'ailleurs, qui apparaissent ailleurs dans le monde et qui nous amènent à nous poser un certain nombre de questions aussi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Tétréault.

M. Tétréault (Michel): Merci beaucoup, Mme la Présidente. C'est toujours flatter d'être cité en bien quand on parle d'un document qui aurait dû régler les problèmes, mais c'est toujours un peu attristant qu'un document seul ne réussisse pas à le faire. Ça nous condamne à remettre encore sur le métier notre ouvrage, et nous le faisons par conviction.

Ceci étant dit, je pense qu'il faut vraiment se rendre compte qu'on est dans un système dynamique. Il y a eu des transformations québécoises, mais ce n'est pas que québécois. C'est intéressant de voir que, par exemple, la région d'Edmonton, la région de Calgary, qui n'avaient jamais connu de problèmes à l'urgence, de tout temps, en ont eu cette année et se posent les mêmes questions que nous. La même chose va pour Toronto, puis la même chose pour Halifax, au Canada.

Ceci étant dit, une anecdote au passage. Un de mes collègues urgentologue participe à un forum de discussions sur Internet, et il y avait des collègues américains, dont des collègues californiens, qui posaient la question: Qu'est-ce qui se passe avec notre clientèle? On ne la reconnaît plus; elle est plus lourde, elle est plus vieille. Donc, on n'est pas devant la même situation où l'on se trouvait en 1995 ou en 1990.

Par exemple, et c'est très préliminaire, on s'aperçoit que la fréquentation des urgences par les personnes âgées, puis je ne voudrais surtout pas blâmer ces personnes âgées là parce qu'elles prennent le recours qu'elles ont pour les problèmes qu'elles ont, mais la fréquentation des urgences par cette clientèle-là augmente beaucoup plus vite que leur augmentation dans la pyramide d'âges du Québec. Moi, je pense qu'il faut encore une fois refaire ces analyses-là pour actualiser nos solutions. Peut-être que nos solutions sont toutes excellentes, mais il faut s'assurer de les actualiser au contexte de 1999-2000 si on veut espérer qu'en janvier 2000 on puisse faire le travail nécessaire.

De la même façon, je pense que c'était important qu'on mette des équipes sur le terrain, et je dirais des équipes indépendantes du GTI, pour regarder d'une façon neuve: Est-ce que les hôpitaux qui ont des succès, on peut apprendre des leçons qu'on n'a pas encore apprises avec le temps? Puis les hôpitaux où il y a plus de difficultés à faire les changements nécessaires, les adaptations, est-ce qu'on peut pointer les facteurs de résistance? Je pense que ça va nous aider à mettre en place les solutions.

Mme Marois: Il y avait une autre question, je crois, qui concernait les protocoles, les ententes. Est-ce

qu'on peut en citer quelques-uns? Attendez un petit peu. Ah oui! On me dit qu'il y a un bilan des protocoles d'ententes qui pourrait être déposé dans les prochains jours.

Juste pour illustrer un petit peu ce que disait M. Tétréault, prenez à la page 52, on a le même rapport en main, *Les urgences au Québec 1990-1997*, regardez l'évolution du nombre de personnes âgées et plus qui sont reçues sur des civières dans les salles d'urgence depuis 1991-1992. En 1991-1992, on parlait de 96 404 personnes — et ça, ce ne sont que pour les centres hospitaliers participants, si je comprends bien, c'est ça, et c'est construit depuis 1991 — pour constater qu'en 1996-1997... On est passé donc de 96 000 en 1991-1992 à 122 000 en 1996-1997. Et, toutes proportions gardées, ça ne correspond pas à la hausse de population en général. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus qui se retrouvent sur civière est beaucoup plus importante que la progression générale de la population et même que son rythme de vieillissement. Il y a un débordement par rapport à ça.

Alors, ça mérite sûrement d'être questionné. Je pense que le Dr Tétréault faisait allusion à différents questionnements qui doivent encore se faire, et c'est intéressant la façon dont il l'aborde, en disant: Peut-être même que certaines expériences pourraient être vues sous un oeil différent, et on pourrait y trouver d'autres solutions.

• (15 h 30) •

Mais je veux revenir, parce que ce matin le député de Nelligan a posé aussi la question: Est-ce que vous allez l'avoir résolu? On travaille toujours dans une perspective structurante de corriger les situations pour qu'elles ne se reproduisent plus. Mais il y a des phénomènes qui sont des phénomènes conjoncturels, et là c'est à nous de nous adapter comme réseau — quand je dis «nous», je dis autant le ministère, les hôpitaux, les CLSC, les régies — de nous adapter aux besoins qui se présentent et qui sont plus importants à ce moment-là, entre janvier et avril chaque année, depuis quelques décennies que l'on connaît ces phénomènes, qu'on peut les évaluer, essayer de lisser, comme on dit, la courbe, dans nos jargons bien sûr.

Mais, à un moment donné, quelqu'un est malade et il y en a plus qui le sont à cette époque-là pour toutes sortes de raisons: des raisons climatiques, des raisons de vieillissement, d'alourdissement, peu importe, et une des mesures d'ailleurs qu'on envisage, c'est de prévoir une réserve budgétaire, et on ne déciderait pas en début d'année qu'il faut dégager des sommes, mais on aurait prévu dans l'ensemble de nos budgets des réserves pour faire face à ces demandes plus importantes.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. Le document dont il est question, *Les urgences au Québec 1990-1997*, date de juin 1998. À la page 22, au niveau des clientèles particulières, suite à une visite faite auprès de plusieurs établissements du réseau de la santé, avec des

bases quand même extrêmement fiables, sur la base de critères, de normes, le GTI avait déjà dit: «Les observations faites par le GTI lors de ses visites des urgences au Québec ont permis de déterminer que trois groupes engendraient des problèmes particuliers à l'urgence: les personnes âgées, les malades psychiatriques et les malades ayant besoin de réadaptation. Ces groupes posent des problèmes particuliers, tant à l'urgence qu'au moment de leur hospitalisation, longue durée et séjour, que lors de leur retour à domicile ou dans les ressources alternatives.»

Les visites que j'ai faites, encore une fois grâce à la collaboration de mes collègues, ont permis de confirmer... et d'ailleurs, la liste des problèmes les plus fréquemment rapportés par les équipes de soins infirmiers, par des administrateurs, par des gestionnaires, par du monde, là, qui sont sur le terrain, ça rejoint extraordinairement un premier constat qu'on pouvait faire. Ce qu'on nous disait, ce qu'on nous livrait rejoignait en très grande partie la liste des problèmes qui étaient déjà dénoncés à la page 43 du document *Bilan, perspectives et normes*.

Deuxièmement, ce document-là évoquait sur la base d'expériences, et les renvois en bas de page sont assez explicites au niveau des analyses, de la consultation, des statistiques... Il est assorti d'études. On parle d'une analyse statistique opérationnelle de Spitzer et Sicotte — je pense qu'elle vaut encore. On parle du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Donc, il y avait eu des normes qui avaient été, comment je dirais, retenues pour venir répondre à la question de l'engorgement chronique, puis on sait bien que c'est un problème qui est particulier et qui n'était pas pour se régler facilement.

Et, quand on regarde les normes... donc, les solutions déjà avancées en juin 1998, après avoir fait évidemment l'analyse des années précédentes, on apportait concrètement des solutions relatives à la durée de séjour à l'urgence, dont on parle toujours; à la configuration physique de l'urgence, dont on nous a parlé; au calcul du nombre de civières requises, dont on nous a aussi parlé. Le triage, on parlait très spécifiquement que le premier contact du patient avec l'urgence doit se faire au triage.

On parlait du nombre de personnel ou du personnel requis, donc le nombre de médecins. On parlait de la valeur d'avoir une équipe médicale bien constituée, une équipe stable, une équipe proactive, parce que ça influence, effectivement, positivement le fonctionnement de l'urgence. On parlait de bien clarifier le rôle et les responsabilités de chaque catégorie d'intervenants. On revenait sur la constitution de l'équipe des soins infirmiers. On parlait des politiques de consultation, d'avoir des politiques claires concernant les consultations à l'urgence. On parlait des laboratoires, de la radiologie. Donc, de plein de raisons qui font que les personnes vont là à défaut de la prise de bonnes décisions au bon endroit avec les bonnes ressources.

On parlait de protocoles avec les autres départements, de statistiques, donc un bon système informatisé de collectes de données, de politiques hospitalières encore là qui soient faites, connues, bien gérées. On parlait de

l'utilisation des lits, d'avoir un médecin coordonnateur. En tout cas, bref, on évoquait, puis je pense n'avoir pas découvert ou ne pas découvrir... n'avoir pas découvert de choses nouvelles.

Vous disiez, Mme la ministre — et je vais vous demander de m'éclairer — que l'examen que vous faites est dans une perspective structurante. C'est quoi, ça, qui n'a pas déjà été dit? C'est quoi que ça veut dire, une perspective structurante?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Bien, habituellement, la différence entre une approche structurante et une approche conjoncturelle ou de court terme, c'est essentiellement qu'on s'attaque au problème à la source et qu'on modifie nos façons de faire, nos façons d'aborder les problèmes, nos façons de les résoudre, de telle sorte qu'on introduit des solutions qui ont un effet de permanence, si on veut, pour résoudre les problèmes auxquels on est confronté.

Tandis qu'une approche plus conjoncturelle, c'est de constater qu'il y a une hausse de certains problèmes à un moment dans le temps et qu'on doit, en conséquence, avoir en réserve quelques ressources nous permettant d'absorber cette hausse de la demande — on va le traiter comme ça, si on veut, du côté des soins de santé — et, une fois qu'on est passé à travers cette période, bien, on revient à nos façons habituelles de travailler et à nos ressources qui sont suffisantes pour répondre à la demande.

Alors, c'est cela. Donc, c'est d'introduire des mesures qui vont solutionner véritablement le problème et qu'on n'aura plus à tout moment des débordements, des crises, des difficultés et des personnes qui sont, par exemple, sur civière plus de 48 heures. On peut dire qu'on l'a résolu dans le cas des 48 heures. Il y a encore des améliorations, mais, passer de 60 000 cas à 8 000 cas, dans une année, je pense que c'est plus qu'une nette amélioration. Donc, on a vu que, là, les mesures qui ont été appliquées ont donné les effets escomptés.

Dans les mesures d'ailleurs qui ont été annoncées, elles s'inscrivent en droite ligne... dans les mesures qui ont été annoncées au moment où j'ai fait état des priorités — dans les mesures budgétaires qui ont suivi, évidemment, ça allait comme un peu de soi, sinon je n'aurais pas été très cohérente — elles se situent dans la droite ligne justement des problèmes qui sont soulevés ici dans le rapport du groupe de travail.

Quand on dit qu'il y a des groupes qui posent des problèmes particuliers, tant à l'urgence qu'au moment de leur hospitalisation, que lors de leur retour à domicile ou dans les ressources alternatives, de qui s'agit-il? Il s'agit des personnes âgées, des malades psychiatriques et des malades qui ont besoin de réadaptation. Quand on pose deux gestes qui sont des gestes, je pense, structurants, soit celui d'ouvrir des places dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée et que les personnes âgées qui ont besoin de ces services peuvent y être référées, bien on

évitent que ces personnes ne demeurent trop longtemps à l'urgence ou dans des lits même de courte durée. Si elles demeurent moins longtemps dans des lits de courte durée, ces personnes, il est évident que ça permet d'utiliser mieux nos lits de courte durée. Ça rejoint un autre des problèmes identifiés et une des mesures qu'on croit devoir appliquer.

Quand on dit qu'un des problèmes, c'est le retour à domicile, encore là, si on investit des sommes de l'ordre de 40 000 000 \$ dans nos CLSC pour mieux offrir des services et des soins à domicile pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie, et ça peut être des personnes, aussi, jeunes mais qui ont des problèmes fonctionnels physiques très importants et qui ont besoin d'aide et de soins, à ce moment-là on a exactement le même effet parce qu'on désengorge nos lits à l'hôpital, les désengorgeant, offrant le service... La personne d'ailleurs est mieux traitée, à mon point de vue, parce que c'est plus adapté. Mais c'est sûr qu'il fallait réinvestir certains montants pour augmenter le nombre de ressources disponibles.

● (15 h 40) ●

Et la question des personnes qui vivent des problèmes psychiatriques, c'est un problème majeur, et là c'est du côté des ressources alternatives, et il faut travailler cela avec nos institutions, particulièrement nos centres locaux de services communautaires pour qu'ils puissent ouvrir de ces ressources alternatives et travailler en réseau avec les centres de réadaptation.

Nécessité du travail en réseau

Pendant que j'écoutais vos questions et vos commentaires, on s'est fait un commentaire de quelques secondes, le Dr Tétreault et moi, pour dire: Il faut qu'ils travaillent en réseau. Une des solutions... Ce n'est pas pour rien que j'ai dit depuis le début, puis j'ai terminé mon intervention ce matin... J'ai été obligée de passer par-dessus certains textes que j'avais préparés pour la commission, mais le temps ne m'a pas permis de tout rendre ici, de tout dire ici. Mais j'ai retenu, par exemple, la conclusion, et celle-là, pour moi, c'est absolument fondamental. Et je vais le redire partout, puis j'insiste à chaque fois que je rencontre des intervenants dans le réseau: On va travailler en réseau.

On ne peut pas travailler chacun de son côté, d'une façon cloisonnée, et répéter le même geste que l'hôpital a posé pour un diagnostic, alors que les CLSC recommencent, ou inversement. Ça, ça m'apparaît absolument essentiel. Et de la même façon qu'on doit savoir que, s'il y a cette difficulté pendant quelques mois, par exemple dans les urgences, d'engorgement, c'est tout le réseau qui se mobilise, pas seulement l'hôpital qui est pris tout seul avec ce problème-là, parce que ce n'est pas seulement le problème de l'hôpital, c'est le problème du CLSC, puis c'est le problème du centre de réadaptation, puis c'est le problème du foyer de groupe qui est prêt à recevoir, à dépanner, bon, etc.

Donc, en ce sens, le Groupe devrait revenir avec certaines propositions concrètes dans le sens de créer même des obligations de travail en réseau, et je pense

qu'on peut y arriver. On a fait des pas de géant depuis un certain nombre d'années, mais, évidemment, tout reste perfectible. Et, en ce sens, c'est à ça qu'on travaille. On pourrait dire: Le rapport qui était là était parfait. Mais, dans les faits, comme disait le Dr Tétreault, il était peut-être parfait, mais on n'a pas réussi, même en appliquant un certain nombre de ses recommandations, à résoudre tous les problèmes qu'on a. Donc, il faut creuser davantage un certain nombre de ceux-ci puis voir s'il n'y a pas matière à poser d'autres types d'actions. Je ne sais pas si vous voulez ajouter des choses, Dr Tétreault, à ce moment-ci.

M. Tétreault (Michel): Bien, peut-être simplement renchéris, Mme la Présidente, sur un aspect. Et c'est intéressant parce que, dans une discussion très récente avec un directeur général qui a eu à passer la crise au mois de février, ça a été exactement son expérience. Il y a eu une collaboration intéressante de tous les membres du réseau. Ceci étant dit, en bout de piste, il s'est fait dire par l'ensemble des CLSC de son territoire: N'es-tu pas content, on t'a aidé à régler ton problème?

Une voix: ...

M. Tétreault (Michel): Et c'est exactement ce qu'il a répondu, c'est: Non, nous avons contribué à régler notre problème. Puis, nous, on va chercher, dans notre travail, à ramener à Mme la ministre des recommandations qui vont permettre de s'assurer que ce sera le problème de l'ensemble des équipes soignantes pour la population qui a besoin d'être soignée.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Tétreault. Je cède la parole à la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Vous savez, je comprends qu'il faille travailler en réseau, mais, encore là, ce n'est pas la génération Star Trek, le réseau de la santé ne peut pas être glissé dans un tube dans un état A et, après, en sortir dans un état B, travailler en silo ou utiliser d'autres expressions comme le maillage... On vit encore... Le réseau de la santé vit ces difficultés-là, et c'est le patient qui, en bout de ligne, fait les frais de tous ces manquements-là. Il faut voir pourquoi.

Comment ça se fait que c'est si difficile d'arriver à travailler ensemble dans le meilleur intérêt du patient? Est-ce que c'est parce que l'angle du meilleur intérêt du patient, qui est la pierre angulaire des actions et des orientations, est perdu de vue? Pourquoi un réseau qui est aussi complexe, bien outillé, qui a des professionnels de qualité, qui ont des expertises intéressantes — tout ça, ça peut être mis à profit... Comment se fait-il que, la semaine dernière, au moment où j'allais voir mon fils, avec mon mari, à l'urgence de l'Hôtel-Dieu, l'urgence était encore engorgée? Est-ce qu'on peut, dans l'intérêt du patient, penser s'entendre tous, une fois pour toutes, que le seul critère, c'est le meilleur intérêt de ce patient-là?

Pénurie de médecins dans certaines régions

Mme la Présidente, si vous le permettez, on pourrait peut-être regarder maintenant la question de la pénurie des médecins dans les hôpitaux. Ce matin, lors des notes préalables, on évoquait notamment la surenchère à laquelle on assiste ou, en tout cas, l'originalité de certaines solutions, puis là je ne sais pas si c'est du court, du moyen... en tout cas, il n'y a pas l'air d'avoir du long terme. L'armée est appelée à intervenir, a été demandée pour Chicoutimi—Jonquière.

Et, suite à des promesses qui avaient été faites par M. le premier ministre à l'occasion de la dernière campagne électorale, des promesses absolument claires, on observe aussi, au niveau de la surenchère ou des solutions, des maisons spacieuses qui sont offertes sur le bord du fleuve — ça, c'est pour les régions de la Côte-Nord, je crois.

On a évoqué aussi les CLD au niveau des municipalités. Ici, on parle de Granby. C'était un petit peu diffus. Là, on parlait de la collaboration de tous au niveau de la communauté pour se précipiter dans la solution du problème. Je veux bien que tout le monde participe pour trouver des solutions, mais, quant à l'emploi des sommes, c'est autre chose.

Je pense qu'il y a un problème, il y a une pénurie de médecins. Selon des spécialistes qui ont fait des études, des structures absolument... Le ministère de la Santé et des Services sociaux savait, dès 1997, qu'une pénurie aiguë de médecins omnipraticiens menaçait le Québec. On avait prévu une pénurie dès l'an 2000, crise qui allait s'aggraver jusqu'en 2015. Le gouvernement, fidèle à des objectifs de compressions budgétaires, avait par la suite quand même réduit les inscriptions en faculté de médecine.

En plus, il a instauré un programme de départs assistés, qui a coûté une quarantaine de millions de dollars, pour les omnis de 50 ans et plus. Évidemment, je ne sais pas si on avait tenu compte, faisant partie de la réalité du réseau de la santé, que ça prend sept ans pour former un omni et 10 à 12 ans pour un médecin spécialiste. Donc, aujourd'hui, il y a un problème, un problème sérieux et un problème qui touche plusieurs régions ou établissements du réseau de la santé.

À Lanaudière, le CHRDL réclame 30 médecins et spécialistes. Depuis un an, le CHRDL a perdu le quart de ses médecins et spécialistes; 24 des 85 médecins spécialistes ont démissionné ou le feront. Évidemment, on craint la fermeture des services pédiatriques, et quatre pédiatres ont déjà annoncé leur démission. Parmi la solution, on parlait de puiser dans les budgets consacrés aux soins aux malades.

Abitibi, La Sarre, on en a parlé, un risque très, très, très sérieux que l'urgence ferme ses portes cet été; une urgence qui fonctionne avec la moitié des effectifs: cinq omnipraticiens qui ont quitté la région; deux omnis qui sont en congé de maternité. On sait que les offres faites par la Fédération des médecins, FMOQ, ont été refusées. On envisageait comme solution — je ne sais pas si c'est structurant — de désigner la région d'Abitibi-Ouest

territoire isolé ou encore d'accorder des permis restrictifs de pratique.

En Côte-Nord, un urgent besoin de 135 généralistes; il en manque 45. À Sept-Îles, l'objectif fixé est de 32 omnis; actuellement, il y en a 21. Aussi, des menaces sérieuses de démissions: 18 sur 21. Mme la ministre avait déclaré en Chambre qu'il y avait eu des solutions apportées. Ça serait intéressant qu'on puisse y revenir. Il y avait eu la question des médecins itinérants. À Baie-Comeau, l'objectif est de 35 médecins; il n'y en a que 23.

Au Lac-Mégantic — et ma collègue de Mégantic-Compton me contait que, non, le problème n'est pas réglé — fermeture de l'urgence périodique. Le nombre des urgentologues est passé de huit à deux. Est-ce qu'il y a des solutions structurantes?

Montérégie, Acton Vale, une pénurie de médecins qui menace la survie de la seule clinique médicale. Comme solution, on envisageait des primes temporaires. Je ne sais pas si c'est du dépannage stable, là. En Estrie, notamment Granby, pénurie de sept spécialistes. En Gaspésie, besoin de quatre nouveaux spécialistes, en pédiatrie, gastroentérologie, radiologie, médecine interne. Saguenay—Lac-Saint-Jean, Chicoutimi—Jonquière, Asbestos, encore une fois, menaces de démissions. Mauricie, la région devait compter normalement 863 médecins; il y en a 660. Hôpital Santa Cabrini, ça avait été réglé. Je crois comprendre que... mais je ne suis pas certaine que les solutions étaient permanentes.

● (15 h 50) ●

Mme la ministre peut-elle nous donner un éclairage quant à la situation et quant aux solutions permanentes envisagées pour assurer aux personnes qui ont besoin de soins qu'elles recevront, au bon moment, au bon endroit, des bonnes personnes, les soins dont elles ont besoin?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la députée de Bourassa. Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Bon. La question a été élaborée, les exemples concrets donnés. Il y a un certain nombre de ces exemples, d'ailleurs, qui concernent des situations réglées jusqu'à maintenant — on pense à Sept-Îles, entre autres — et je pourrais passer à travers chacune des situations qui ont été soulevées. Mais j'aimerais ça venir sur une approche peut-être un peu plus globale, puis on reviendra plus tard, si on veut, cas par cas. Je n'ai pas de problème, on va les prendre les uns après les autres. D'accord? Bon.

Nécessité du travail en réseau (suite)

Peut-être juste un petit commentaire sur ce qui s'est dit auparavant, à savoir qu'est-ce qui fait que des institutions ne cherchent pas, finalement, à travailler pour le bien... enfin, ce n'est pas tout à fait comme ça que c'était dit, mais: Chacun travaille de son côté, on ne travaille pas en réseau, on travaille plutôt en silo — j'utilise le terme de la députée de Bourassa — alors qu'on devrait travailler autrement.

C'est une question d'ordre, je dirais, psychosociologique quasiment, psychosocial, mais sûrement sociologique. Mais, vous savez, un des aspects positifs, à mon point de vue, de l'intégration des institutions, de la fusion des institutions, à partir du moment où on n'a pas réduit le nombre de points de services — ça, c'est ce que je disais ce matin, on l'a augmenté — je crois que c'est d'amener les gens à mieux comprendre que les missions des uns et des autres sont complètement complémentaires et que la culture de l'une et de l'autre organisation s'interpénètre de telle sorte que tout le monde travaille ensemble, dans la même direction, à offrir des services et ne se sent pas menacé par l'action de l'autre.

Ce sont des comportements qu'on peut parfois trouver inacceptables ou difficiles, justement, ces espèces de... ce qui a l'air des comportements de compétition, mais chacun croyant faire au mieux. Sauf que, dans les faits, quand on travaille comme ça, ce n'est pas le patient puis ce n'est pas le malade qui est toujours bien servi. Mais je crois qu'il y a un effort qui est fait dans ce sens-là, il y a un travail qui est fait dans ce sens-là, et on va l'accompagner, l'appuyer et le forcer un peu, s'il le faut. Et je pense que les fusions allaient dans ce sens-là. Même si ce n'était pas le premier objectif, je crois que ça allait dans ce sens-là.

Pénurie de médecins dans certaines régions (suite)

Revenons maintenant à la question des médecins, de leur disponibilité sur l'ensemble du territoire québécois. Il y a plusieurs mesures qui sont à l'étude actuellement, il y a des mesures appliquées, et il y a toutes sortes de solutions qui sont envisagées. On n'en néglige aucune. Bon. Mais, en même temps, je pense qu'il faut être capable de prendre un petit peu de distance puis regarder l'ensemble de la situation pour essayer de comprendre les phénomènes qui jouent actuellement et que les plans qu'on va adopter, ou les mesures qu'on va adopter, elles n'aient pas justement d'effets pervers en créant de la surenchère.

Et c'est à ce point vrai que je vous dirais que, dernièrement, le sous-ministre, M. Roy, a écrit à tous les établissements de la santé et des services sociaux, aux directeurs et directrices de ces établissements de même qu'aux associations d'établissements et à la Conférence des régions pour leur dire comment c'était inacceptable qu'on négocie des ententes particulières, sortant des cadres généraux prévus par les ententes avec les médecins, soient-ils spécialistes ou omnipraticiens. Parce que, d'abord, cela contrevient formellement, dans certains cas, à la loi — je ne dis pas que toutes les ententes qui ont été faites contreviennent à la loi, mais un certain nombre y contreviennent — et je crois qu'on ne se rend pas service à ce moment-là parce qu'on essaie d'aller chercher un médecin qui était installé dans une région, et sur lequel les gens de la région comptaient, pour l'amener dans une autre qui en a besoin, etc. Alors, je peux déposer cette lettre de toute façon, qui est une lettre publique, qui dit exactement aux administrateurs quel type de comportement on doit avoir. Bon.

Maintenant, reprenons le tout plus généralement. C'est vrai qu'il y a eu des médecins qui ont quitté en nombre important. Quand on fait l'analyse cependant du nombre de médecins au Québec par rapport au nombre de médecins qu'on a ailleurs au Canada — prenons cet exemple-là — on constate que le nombre de médecins, autant généralistes que spécialistes, autant omnipraticiens que généralistes, par rapport à l'ensemble de la population, on constate qu'il y a plus de médecins ici par 1 000 de population ou par personne servie qu'il y en a ailleurs. Ça, c'est le premier constat. Et malgré, là, les départs importants qu'il y a eu pas dans la dernière année comme telle, mais l'année précédente, 1997, c'est ça.

Bon. Regardez, je vous donne la statistique globale. Le Canada compte en moyenne un médecin pour servir 546 personnes. Le Québec compte en moyenne un médecin pour servir 483 personnes. Donc, c'est 60 personnes de plus qu'un même médecin doit servir à l'extérieur; au Québec, a contrario, on sert 60 personnes de moins, donc le médecin a une pression moins grande sur ses épaules. Ça, ce sont les statistiques globales et ce sont celles de 1997.

Et, si je ne m'abuse, c'est l'endroit, je pense, où c'est le plus bas, si on exclut le Yukon, pour les omnipraticiens, hein, ce n'est pas compliqué, puis on sait que les distances, là, sont d'un autre ordre. Et le nombre de personnes concernées est aussi en moins grand nombre, sauf que le nombre de personnes est très dispersé sur le territoire. Puis il y a la Colombie-Britannique dans le cas des omnipraticiens.

Mais partout c'est un nombre de personnes nettement au-dessus du nombre de personnes que servent nos médecins ou que soignent nos médecins. Et, du côté des spécialistes, bien là, si je comprends, on a vraiment le record à tous égards. Bon. Mais on a l'impression... et dans les faits, dans certains milieux, il manque de médecins. Donc, continuons notre analyse.

Deuxième phénomène qu'il faut questionner: Est-ce que la pratique, les modes de pratique des médecins québécois seraient différents des modes de pratique des médecins ailleurs au Canada? Il y a une chose, entre autres, qu'on constate, c'est qu'il y a une féminisation de la profession et elle est plus importante au Québec qu'ailleurs. Souvent, les femmes choisissent, et c'est correct, de combiner leur vie professionnelle avec leur vie familiale et veulent avoir plus de temps pour prendre soin de leur famille. Et, comme je le dis, je trouve que c'est correct et que c'est même exemplaire comme comportement.

Et ce n'est pas vrai seulement des femmes, c'est vrai des jeunes hommes médecins, qui d'ailleurs souvent ont une conjointe qui est une professionnelle elle-même, qui a un revenu intéressant. Et ils conviennent ensemble que, avec un certain revenu et un certain nombre d'heures de travail, cela est suffisant pour combler leurs besoins, et ils se dégagent du temps pour leur famille, pour leurs activités personnelles. Et, là encore, je dis: Tant mieux.

Ça, ce sont des phénomènes qu'on doit analyser. Et il y a du travail qui se fait actuellement au ministère, et on

a d'ailleurs deux groupes de travail sur cette question des pénuries soit réelles ou artificielles ou à cause des comportements différents de médecins sur le territoire québécois. Alors, il y a dans cette foulée aussi une analyse, évidemment, des conséquences ou des conclusions que nous devons tirer éventuellement de ces analyses.

Est-ce qu'il faut augmenter le nombre d'entrées en médecine? La députée de Bourassa soulignait que ça prend du temps, former un médecin, et un spécialiste en particulier, bien sûr, c'est quelques années de plus à la formation de base. Alors, quand on prend une décision en 1998, on en voit le résultat réel cinq ans, six ans, sept ans, huit ans, quand ce n'est pas davantage, plus tard. Donc, c'est d'autant plus important, cette planification-là, qu'elle soit bien faite.

Alors, on a un groupe de travail qui doit nous faire des recommandations d'ici peu sur cette question. Bon an, mal an, de toute façon, il y a une planification qui est faite et qui associe les fédérations de médecins, mais parfois, évidemment, ils sont un petit peu... Le Collège des médecins aussi travaille de très près avec nous, les universités, où nous travaillons tous ensemble à cela.

● (16 heures) ●

Maintenant, il faut être prudent aussi parce que, comme on a essayé de limiter l'augmentation des coûts et qu'on travaille en enveloppe fermée, c'est évident que, s'il entre de nouveaux médecins, ça veut dire aussi qu'on partage une enveloppe qui ne croît pas au rythme où entrent les nouveaux médecins. Ça veut dire qu'on partage une tarte, chacune des parties est un peu plus petite pour chacun de nous, et donc il faut être prudent sur certains points de vue ou sur certains éclairages qui peuvent nous être apportés. Mais on a cette habitude et ça ne nous inquiète pas.

Donc, il y a un groupe qui cherche à analyser ça, la féminisation, le mode de pratique différent, pour être capable de dire: Les chiffres que nous avançons, les comparaisons que nous faisons, est-ce que nous pouvons les faire comme ça? Ça, c'est la première chose à laquelle nous procédons.

La seconde, c'est un groupe aussi qui est constitué, encore là, de représentants de médecins, de spécialistes, les médecins en région sont là, les régies régionales. On a un groupe qui travaille sur ça pour nous dire quelles sont les mesures qu'on a appliquées jusqu'à maintenant qui ont eu des effets positifs, lesquelles n'ont plus d'effet ou lesquelles ont eu des effets pervers. Ça, c'est deux approches de fond pour lesquelles on devrait avoir un certain nombre de recommandations d'ici la fin du mois de juin, au plus tard.

En même temps, on ne peut pas laisser le monde mal pris une fin de semaine parce qu'il y a une urgence qui ferme, puis une autre semaine parce qu'il y a un médecin qui démissionne. Alors, je l'ai dit tout à l'heure, je pense, dans ma réponse à la députée de Bourassa à l'Assemblée nationale, le Collège des médecins a été, je pense, très clair à cet égard. Il a dit aux médecins: Vous avez un code d'éthique, vous avez une responsabilité professionnelle et vous ne pouvez pas décider tout d'un

coup que vous démissionnez simplement en utilisant cela comme un mode de pression, parce que ça fait craindre aux gens de ne pas avoir accès aux services et vous avez une obligation de rendre les services.

Alors donc, nous travaillons, au quotidien, avec les deux fédérations: les omnipraticiens, les médecins spécialistes. Nous avons appliqué toutes sortes de mesures. Dans les urgences, j'en ai parlé ce matin, je ne reviens pas là-dessus. On a levé des plafonds, on a permis des pratiques dans les CLSC, dans les centres d'hébergement. Dans les urgences, on a mieux reconnu le travail plus lourd. Il y a différentes catégories d'hôpitaux, selon qu'on adhère ou pas à ça, etc.

Parfois, dans des circonstances x, on lève des plafonds, les fameux plafonds de rémunération qui, une fois qu'il sont atteints au semestre, amènent le praticien ou l'intervenant à être rémunéré à 25 % du revenu qu'il recevrait normalement s'il continue à pratiquer. Bon. On lève des plafonds. On a formé des équipes volantes, autant d'omnipraticiens maintenant, de généralistes, que de spécialistes. Les négociations dont on a fait état avec les gens de Sainte-Justine, par exemple, c'est un bon exemple pour s'assurer que toute la gamme des services va être rendue, qu'il n'y ait pas de ces sautes d'humeur et de ces journées d'étude, intempestives parfois, qui perturbent la vie des établissements puis qui ne sont pas souhaitables pour le monde qui a besoin de services.

Donc, on agit sur deux fronts: un qui est, je dirais, plus de fond, où on essaie de trouver des solutions qui vont résoudre ces problèmes auxquels on est confrontés d'une façon plus permanente, et d'autres où, d'une façon plus sporadique, plus ponctuelle, on agit pour corriger certaines des difficultés.

Je vais maintenant passer à une autre étape dans mes propos. J'ai dit aux médecins, autant à la Fédération des omnipraticiens que des spécialistes, M. Dutil et M. Gauthier, le Dr Gauthier: Moi, je veux travailler avec vous puis je pense qu'on est assez responsables pour trouver des solutions. Si nos modes de rémunération ont créé des pénuries artificielles — je pense que, dans certains cas, c'est un fait — on peut essayer de voir comment les réaménager. Eux-mêmes ont convenu d'ailleurs, les médecins omnipraticiens, que c'était peut-être préférable de garder des rémunérations différenciées. Ils l'ont dit dans leur dernière rencontre. Ça a été l'objet d'ailleurs de communication publique. Cela avait donné de bons résultats dans certains cas, et il fallait préserver cette façon de faire.

Si nous n'arrivons pas, sur une base volontaire, à trouver des solutions, c'est-à-dire sur la base d'ententes formelles avec les omnipraticiens et avec les spécialistes, il y a des modes d'intervention qui peuvent comporter des éléments coercitifs aussi qu'on peut adopter par voie législative. Je ne veux pas en arriver là et ce n'est pas mon intention de le faire, et ils le savent. C'est pour ça d'ailleurs que, jusqu'à maintenant, je dois dire, la collaboration, elle est exemplaire, pas facile tous les jours mais exemplaire. Et on règle des cas. On ne règle pas tous les cas, mais on règle des cas.

Cependant, dans tous les cas où ce n'est pas réglé selon une formule qui correspond à nos règles habituelles, on en trouve qui sortent un peu des règles habituelles puis on offre le service. Je pense que l'exemple de Lac-Mégantic dernièrement est intéressant, est un exemple intéressant. Ce n'est pas facile, mais chaque fin de semaine on rend les services disponibles.

Je vais vous donner un exemple, je vais vous donner La Sarre, actuellement. D'abord, on discute avec eux. Ce n'est pas parce qu'on n'écrit pas tous les jours une lettre qu'il n'y a pas des discussions puis qu'il n'y a pas des échanges. Il y en a régulièrement et systématiquement. Je reste informée de ce qui se dit, ce qui se passe, etc. Nous savons qu'à La Sarre il y a plusieurs médecins ou un certain nombre de médecins généralistes qui pratiquent dans leur cabinet privé et qui, s'ils acceptaient de faire quelques heures à l'urgence, ne poseraient pas le problème qu'on connaît à La Sarre. Nous le savons, là, ce n'est pas une histoire inventée que je vous raconte. C'est la vraie vie.

Moi, je dis: Est-ce qu'on ne peut pas trouver des modalités de fonctionnement qui font que chacun ne sera pas à l'urgence tous les jours? Parce qu'il y en a qui aiment moins ça, l'urgence, et qui s'y sentent moins à l'aise. Et puis ça, moi, je respecte ça puis je comprends ça. Mais il faut que le service soit rendu. Alors, à ce moment-là, est-ce qu'on ne peut pas accepter qu'on va dégager quelques heures ses collègues qui, eux, font de l'urgence systématiquement? Alors, on peut dire: Oui, j'ai un cabinet privé, c'est le type de pratique que je préfère, je suis plus à l'aise dans ça, mais j'accepte de donner une fin de semaine, c'est-à-dire une journée, ou 10 heures, ou cinq heures à tous les mois ou à toutes les deux semaines. Il me semble que ce serait acceptable, que ce sont des solutions qui sont envisageables. Actuellement, ça a l'air d'être difficile d'en arriver là. C'est bien ça? Je ne me trompe pas? Bon.

Alors, on va essayer, on continue à travailler avec les gens. C'est vrai qu'on a refusé certaines propositions. On travaille à d'autres propositions. On les envisage, mais, si on n'y arrive pas, bien il faudra prendre d'autres types de moyens. Pardon?

Mme Lamquin-Éthier: L'armée.

Mme Marois: Non. L'armée n'est pas un moyen que nous privilégions.

Mme Lamquin-Éthier: Recours au fédéral.

Mme Marois: À partir du moment où on sait qu'il y a des médecins là, on n'a pas besoin de faire appel à l'armée. Mais, encore là, je veux revenir sur cette question parce que, évidemment, quand on la prend à son premier niveau, on peut tirer n'importe quelle conclusion. En fait, ce sont des ententes qui ont cours avec Valcartier et où les médecins de l'armée souhaitent, et le font régulièrement, venir pratiquer dans nos urgences pour développer, évidemment, leur expertise, être en contact avec

différentes problématiques et avoir leurs connaissances mises à jour en matière d'urgence.

Et c'est normal, parce qu'ils n'ont pas des situations aussi diversifiées que celles qu'on connaît dans une urgence. En tout cas, ils doivent recevoir peut-être moins souvent des enfants, et des situations de personnes très âgées, probablement que ça doit moins se présenter dans les urgences de l'armée. Or, la vraie vie, c'est ça. Puis, si on veut faire d'autres types de médecine... Donc, ce sont des ententes qu'on a régulièrement avec eux, d'après ce que j'ai compris. C'est tout simplement que, là, on les a davantage mis en valeur.

Alors, c'est ça que je voulais dire plus généralement. Donc, on a de l'action qui est menée à court terme au quotidien. On a du travail de fond qui se fait sur deux plans. On a parlé de la question des médecins formés hors Québec et hors Canada, on l'envisage aussi, des permis restrictifs, des stages qui seraient accélérés, toutes sortes de mesures qu'on essaie de mettre en place pour nous assurer que la population est servie. Voilà.

Alors, cependant, ce qui est peut-être quand même intéressant à souligner aujourd'hui, il faut savoir qu'il y a... Voilà. Ce qu'il faut savoir, c'est que, si on trouve la situation difficile maintenant, il faut quand même constater — et j'avais demandé qu'on me sorte la documentation, parce qu'on l'avait analysé ensemble il y a quelque temps — que, dans les régions périphériques, le nombre de médecins, entre 1994 et 1998, a crû, n'a pas diminué, pas en 10 ans, pas en neuf ans, là, où on dit: Ah oui! mais la population a tellement augmenté!

Les médecins en régions périphériques, chez les omnipraticiens et chez les spécialistes, oui, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie, ont crû. Le nombre a crû entre 1994 et 1998. Et c'est vrai pour les médecins spécialistes d'une façon encore plus importante. On parle d'une hausse de 2,5 % dans le cas des omnipraticiens et de 12,7 % dans le cas des médecins spécialistes. C'est 150 médecins spécialistes de plus qui travaillent dans ces milieux.

• (16 h 10) •

Dans les régions éloignées, là aussi, c'est la même chose, c'est une hausse qui est encore plus importante. Les nombres, en chiffres absolus, sont moins grands, mais la hausse chez les omnipraticiens est de l'ordre de 6,7 % dans les régions très éloignées. Là, on parle du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, du Nunavik, des territoires cris de la Baie-James. C'est ça.

Alors, là, il y a quelques exceptions où il y a eu des baisses parfois, mais, de façon générale, c'est ça, la situation. C'est 12,7 % chez les spécialistes. Alors, qu'est-ce qu'il se passe, que tout d'un coup il y a un drame dans une urgence ou dans un hôpital? C'est là qu'on discute, qu'on négocie, qu'on essaie de trouver des solutions. Mais, dans ces régions, il y a plus de médecins qu'il n'y en avait dans le passé, au détriment des régions centrales. Autant c'est vrai pour Québec, pour Montréal-Centre, pour l'Estrie aussi, d'ailleurs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Je suggérerais aux membres d'avoir des questions courtes, mais aussi peut-être certaines réponses plus courtes pour qu'on puisse...

Mme Marois: Moi, je n'ai pas de problème. Les questions sont longues, hein? Ha, ha, ha! Il y en a beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je comprends que ce n'est pas facile.

Mme Marois: Je n'ai pas touché tout ce qui m'a été demandé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je comprends que ce n'est pas facile. Alors, je céderais la parole au député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Mme la ministre et toute l'équipe du ministère, bienvenue à cette commission. Tantôt, Mme la ministre, vous avez dit qu'on pourrait parler des cas, les prendre l'un après l'autre. Vous venez de parler des médecins qui sont en surnombre, si je comprends bien, en tout cas tout au moins en nombre plus grand qu'ils ne l'étaient avant. Je ne sais pas si c'est parce qu'ils ont des plafonds...

Mme Marois: Je n'ai pas dit en surnombre. Attention, je ne veux pas qu'on me fasse dire ce que je ne dis pas, hein? Je dis: Au contraire, nous questionnons le fait que... Quand on regarde les chiffres à première vue, on a l'air d'en avoir plus qu'ailleurs, mais on veut être sûr que c'est vrai, puis, avant de l'affirmer formellement, on va faire les études qui sont nécessaires. Mais je peux vous dire que formellement, oui, il y a eu des hausses de médecins dans certaines régions.

Centre hospitalier Anna-Laberge, à Châteauguay

M. Fournier: O.K. Alors, puisqu'on parle de cas, je vais vous parler, dans un premier temps, du centre hospitalier Anna-Laberge, évidemment dans le comté de Châteauguay. Vous avez compris la raison de ma présence ici. Depuis deux, trois ans, au moins trois ans... L'hôpital d'ailleurs, comme vous le savez sans doute, est l'hôpital le plus récent au Québec...

Mme Marois: Oui, je le connais bien. Je l'ai même visité, mais il y a un petit moment.

M. Fournier: ...qui a 10 ans maintenant. Mais, comme je vous ai écrit la semaine dernière pour revenir, vous aurez l'occasion sans doute de venir très prochainement. Donc, depuis trois ans, à peu près, un grand effort est fait pour que la clientèle, la population qui est desservie dans le territoire de l'hôpital puisse venir à Anna-Laberge. Et les résultats sont très, très bons. Alors, la rétention de la clientèle s'est améliorée grandement. Le

seul problème, c'est que, pendant que la population vient à l'hôpital, les services médicaux, eux, quittent l'hôpital. Et c'est ça, le grand problème qu'on vit présentement.

Si j'ai pris la peine de vous écrire la semaine dernière et d'appeler votre cabinet la semaine d'avant — j'en suis donc à ma troisième semaine d'intervention; vous allez constater sans doute que j'ai utilisé des moyens jusqu'ici qui ne sont pas pour alerter la population, bien qu'elle commence à s'alerter — j'essaie d'avoir de votre part des engagements pour éviter que cet hôpital le plus récent soit un hôpital condamné à la fermeture.

Dans *Le Soleil*, qui est l'hebdomadaire de notre région, *Le Soleil de Châteauguay*, on pouvait lire: «Excédés, les anesthésistes du CHAL démissionnent le 1er juillet.» Deux anesthésistes — nous en avons 2,33 — le 1er juillet vont quitter. Évidemment, il y a déjà eu d'autres départs de médecins spécialistes, il y a déjà eu des départs, mais là le problème, c'est le suivant: c'est que, selon la Régie, la norme que nous devons respecter, c'est de quatre, mais on n'y arrive pas parce qu'on n'est pas capables d'attirer chez nous... Puis là je ne vous parle pas de l'Abitibi; pour ceux qui ne savent pas c'est où, Châteauguay, c'est en Montérégie, c'est juste de l'autre côté du pont Mercier. Alors, c'est très près de Montréal.

Ça ne devrait pas être si difficile. Pourtant, il y a un problème dans le système qui fait en sorte qu'on était à 2,33 anesthésistes. Ça, juste pour vous expliquer un peu comment ça fonctionne, moi, je suis allé, je les ai rencontrés, ils m'ont expliqué, là. J'oublie le 0,33 qui est moins souvent, n'est-ce pas, mais le deux, là, ça vous donne à peu près le portrait: il y en a qui est de garde, l'autre travaille; le lendemain, celui qui travaillait est de garde puis celui qui était de garde travaille. Puis ça recontinue de même à tous les jours. Ça ne finit pas.

J'entendais Mme la ministre parler tantôt des médecins, de plus en plus, féminins qui font un choix de vivre un petit peu avec leur famille. J'ai parlé à un des anesthésistes qui me dit qu'il a un gros problème, de travailler sept jours semaine, à voir ses enfants. Je ne suis pas sûr non plus que ça lui donne une bonne préparation mentale à tous les jours.

Ceci étant, le problème vous a été communiqué le 26 février par le président du conseil d'administration de l'hôpital, qui vous a écrit. Le 26 mars, donc un mois après le président du conseil, les chefs de département du CHAL, le président du CMPD et la directrice des services professionnels vous ont à nouveau écrit. Je vais citer ici un court passage de la lettre que vous avez depuis maintenant près d'un mois, qui explique précisément quel est le problème à Châteauguay. Et je sais bien que vous devez avoir aussi une étude de notre situation à Châteauguay.

Alors, je vous cite le passage: «Ici même, au CHAL, dans certains secteurs, telle l'anesthésie, où les besoins se font le plus sentir, nous sommes incapables d'être compétitifs avec certains hôpitaux de Montréal qui recrutent les nouveaux anesthésistes avec une rémunération à 100 % et d'autres hôpitaux de Montréal qui offrent aux anesthésistes du dépannage hors plafond. Avec l'équivalent de deux et demi anesthésistes au CHAL et une rémunération

à 70 % pour les jeunes médecins, nous ne sommes plus en mesure de garantir des services chirurgicaux suffisants à moyen terme.»

Le problème est donc le suivant: à compter du 1er juillet, les deux anesthésistes qui sont au CHAL vont aller ailleurs. Ils ont démissionné du CHAL en date du 1er juillet pour aller ailleurs. Où ailleurs? Dans des hôpitaux tout près de Châteauguay qui font du maraudage en ce moment. Et j'ai lu la lettre qui a été envoyée en date du 16 avril, que vous avez déposée, qui parle des ententes particulières d'un établissement avec un médecin. Dans le cas de l'hôpital de Châteauguay, c'est une entente entre le ministère et certains établissements en laissant d'autres établissements dans des conditions différentes, d'où iniquité, incapacité de faire du recrutement. Je dirais même incapacité de faire de la rétention de spécialistes que nous avons chez nous, parce que c'est les mêmes établissements, du même service, du même ministère, qui volent les spécialistes aux autres.

Alors, on se retrouve avec un problème majeur, celui d'avoir tout autour de chez nous, en arrière, en avant, à l'est, à l'ouest, des hôpitaux qui n'ont pas les mêmes conditions. Alors, voyez-vous, notre problème, c'est le trou de beigne, chez nous. Évidemment que les anesthésistes veulent travailler dans cet hôpital performant où tout le monde se donne corps et âme, mais qu'est-ce que vous faites quand le système fait en sorte qu'ils peuvent avoir des conditions de travail meilleures: une petite journée de congé de temps en temps — sur 365 jours, ils peuvent, je pense bien, le demander — des conditions de salaire supérieures, parce que à côté c'est 100 %, tantôt à côté c'est dé plafonné?

Alors, voyez-vous, le problème est urgent. J'ai choisi très consciemment d'y aller d'une approche constructive avec le ministère, avec Mme la ministre, pour dire: Écoutez, là, je ne veux pas vous parler de tous les autres médecins spécialistes qui ont quitté. Il y a une pointe d'iceberg qu'il faut absolument régler. Il ne s'agit pas pour moi de partir en peur puis d'alerter tout le monde, mais la collaboration que j'offre, j'espère avoir en contrepartie une collaboration de la ministre.

C'est pour ça que je lui demandais la semaine dernière dans une lettre si elle acceptait de venir rencontrer les intervenants de mon hôpital. C'est assez marquant, parce que, quand on voit l'anesthésiste en chef avec son sofa là où il dort, je veux dire, ça impressionne toujours, quand tu vois les conditions qu'ils ont, quand il t'explique son horaire de travail et quand il t'explique Valleyfield, c'est où, puis Montréal. Ça fait que tu dis: Wow! c'est sûr que les médecins qui se font offrir des conditions supérieures vont sans doute aller là. C'est le sens commun.

Alors, ma question était: Est-ce que Mme la ministre va accepter de venir rencontrer les intervenants? Est-elle consciente du problème que nous avons particulièrement à Châteauguay? A-t-elle une solution qui, dès les prochains jours, va nous permettre de dire aux anesthésistes: Oubliez votre démission; chez nous, nous aurons les mêmes conditions qu'il y a dans les hôpitaux d'autour?

Alors, je ne parle pas ici de l'Abitibi; je parle d'avoir, dans les hôpitaux qui sont dans un rayon normal autour de Châteauguay, les mêmes conditions à l'embauche, de manière à ce que, d'une part, je puisse au moins retenir mes anesthésistes.

● (16 h 20) ●

Mon premier réflexe, c'est de protéger ce que j'ai. Je vous avoue que, si je protège ce que j'ai, je suis dans le trouble. Je suis à 2,33. Ma norme, c'est à quatre. Et on a déjà des difficultés. Mais, au moins, on va éviter, un, de fermer, deux, d'alerter toute une population qu'on a pris tous les moyens pour l'amener à venir à cet hôpital-là qui a maintenant une performance, en termes de rétention, extraordinaire. Alors, il ne faut pas couper, là, se tirer dans le pied. Le ministère nous dit: Il faut retenir chacun vos hôpitaux, et là le lendemain matin on envoie des signaux contradictoires.

Donc, tout ça pour vous dire que notre population a ce dossier très à coeur, et j'espère que, Mme la ministre, vous pourrez partager un peu le sentiment que nous avons et régler notre problème.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Châteauguay. Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. En fait, j'aurais dû couper la parole d'entrée de jeu au député de Châteauguay, mais je trouve qu'il a fait une bonne plaidoirie. Ha, ha, ha! Non, il est réglé; il est réglé, ce problème. Quand je vous disais tout à l'heure...

Une voix: Quand?

Mme Marois: Maintenant. C'est fini. L'entente: on a accepté qu'il y ait un dé plafonnement pour le cas de nos 2,33 anesthésistes, parce que c'est le temps où ils se rendent disponibles pour faire leur travail. Moi, on me dit ici que ça daterait de quelques jours. Le 12, je crois, hein? C'est ça.

M. Fournier: Est-ce qu'ils sont au... C'est juste pour savoir s'ils sont au courant, eux autres.

Mme Marois: Bien, là, écoutez, moi, ce que je peux vous dire, c'est que le ministère et la Fédération des médecins spécialistes ont accepté le dé plafonnement, et cette acceptation-là date du 12.

Mais, en même temps, vous illustrez très bien ce qu'on fait dans certaines circonstances. C'est là que je vous dis qu'on est à l'affût de toutes les mesures qu'on peut mettre en place, même si celles-ci sortent des normes habituelles. On essaie de bien les encadrer pour ne pas, évidemment, que ça ait des effets pervers.

Je me souviens, quand j'ai signé une entente sur les urgences — et je pense que c'est votre collègue la députée de Mégantic-Compton qui m'avait posé la question — on disait: Est-ce que ça n'entraînera pas des départs de nos propres urgences? Parce que, là, les gens vont vouloir aller dans les urgences où il y a des conditions meilleures

de travail, compte tenu qu'on a permis cela dans des centres urbains, etc. En fait, on avait évalué cette mesure-là en espérant qu'elle n'ait pas d'effets pervers, parce qu'on se disait: De toute façon, la limite, à un moment donné, est atteinte. On ne peut pas soigner plus de gens que ceux qui se présentent à l'urgence. Bon.

Alors donc, on pense qu'avec cette mesure on satisfait d'autres obligations. Et, dans le cas présent, c'est fait. Je suis très contente de pouvoir le dire. D'abord, Anna-Laberge est un centre qui a eu de la difficulté à démarrer. D'ailleurs, je me souviens que le ministre, M. Marc-Yvan Côté, de l'époque, était souvent questionné sur Anna-Laberge, parce que c'est un des plus récents centres qu'on a au Québec. C'est un très beau centre qui est très fonctionnel et qui est très intéressant. Je ne l'ai pas visité dernièrement, mais j'avais rencontré son personnel il y a quelques années. Donc, nous avons résolu le problème spécifique de Anna-Laberge dans le cas présent. Il s'agira, évidemment, qu'il puisse aussi procéder, peut-être, à du recrutement pour augmenter l'équipe. Je suis consciente que c'est une équipe plus importante qu'on demande.

Ça va me permettre de dire autre chose, Mme la Présidente. Ce n'est pas parce qu'on ne répond pas immédiatement à la lettre quand on nous écrit... On s'occupe de tous les cas que nous connaissons. Évidemment, on ne peut pas les inventer. De toute façon, on en a assez avec ceux qu'on a. Mais, par ailleurs, nos gens sont très à l'affût quand il y a des difficultés. On met toutes les énergies qu'il faut pour les résoudre. Encore là, je vous le dis, on travaille sur ça, mesures de court terme, on travaille sur des mesures de moyen et de long terme et, si on n'arrive pas à trouver des solutions, on passera à un autre registre. Je ne souhaite pas le faire, mais j'y songe.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme la ministre. M. le député de Châteauguay, une autre question?

M. Fournier: Oui. Bien, sur le même sujet, le problème que nous éprouvions, particulièrement en termes de rétention... Puisque Mme la ministre me dit qu'il y a une entente, je peux vous dire que je suis en très bonne communication avec les gens de l'hôpital, on va voir ce qu'il en est, elle est vraiment de dernière minute. Mais le problème que je soulevais était dû, et c'est pour ça que je voudrais avoir un engagement clair — peut-être qu'il y a quelqu'un dans la salle qui peut informer Mme la ministre — que les établissements autour de Châteauguay avaient exactement les mêmes conditions, pour elle.

Je donne un exemple que vous pourrez infirmer ou confirmer. Si, à Valleyfield, par exemple, ils sont à 100 % et que, chez nous, on est à 70 %, on comprendra bien que notre chef anesthésiste, qui est dans la fourchette à laquelle s'applique le 70 %, lui, il va continuer de se faire marauder et il va probablement aller ailleurs. Ce qui fait que notre déplaçonnement, en compétition avec le déplaçonnement d'autres, risque de ne pas nous en amener de nouveaux, et conséquemment je n'aurai pas réussi ma rétention.

Alors, ce que je vous demande, c'est: Merci de nous faire une annonce. Est-ce qu'elle est valable? Autrement dit, la solution que vous avez trouvée, celle du déplaçonnement, constitue-t-elle la même condition qu'ont à respecter tous les autres hôpitaux qui sont autour de Anna-Laberge et qui, je suis en train de le constater, sont en compétition avec pour essayer d'aller voler des médecins et de les marauder, tout au moins? Les voler, peut-être pas, là, mais les marauder. Alors, c'est ma question directe à Mme la ministre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Bon. Écoutez, là, je ne pourrai lever... À Valleyfield?

M. Tétreault (Michel): Oui. C'est ça, là. C'est que...

Mme Marois: Je vais revenir sur le plus général.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce que vous pourriez vous identifier, s'il vous plaît, pour les fins de l'enregistrement?

M. Tétreault (Michel): Mme la Présidente, ce qu'on soulève, c'est les questions de rémunération progressive qui sont existantes, là, dans la périphérie de la région de Montréal. Il y a des éléments comme ceux que vous soulevez qui ont été portés à notre connaissance, là, récemment, et il faut revoir... Et c'est toujours le risque, quand on touche aux mesures incitatives: Si on fait un geste, crée-t-il un effet pervers? Et je sais, par exemple, que le questionnement qui est fait, entre autres, concernant Valleyfield, concernant Saint-Hyacinthe, concernant Saint-Jérôme, et tout ça, c'est dans notre collimateur. C'est des choses qu'il nous faut regarder.

Par ailleurs, il n'est pas évident, il n'est pas, à sa face même, évident qu'on se retrouverait à Anna-Laberge... Par exemple, dans l'hypothèse où on se retrouverait à Valleyfield à 100 %, ce n'est pas, à ce stade-ci, évident qu'on se retrouverait à 100 % aussi à Anna-Laberge. Le hic, justement, c'est que, si on fait un geste... Et c'est toute la question du risque que de toucher aux mesures incitatives. Dès qu'on touche, est-ce que l'on ne fait que créer un effet où on augmente, peut-être, des compensations? Mais il faudrait les augmenter partout, puis on se retrouverait au problème de départ.

C'est un peu pour ça que, Mme la Présidente, ce qu'on a recherché, et c'est vraiment l'approche que Mme Marois nous demande d'adopter... C'est intéressant et on a des preuves de faites. Dans le dossier des urgences, nous avons pu regarder ce dossier-là et nous avons une entente maintenant qui n'est plus une entente ad hoc sur telle ou telle situation. Nous avons pris une approche où on a trouvé des critères qui nous permettaient de dire: Là, on arrive à des rémunérations qui soient considérées justes et équitables en utilisant des critères comme la lourdeur, en

utilisant des critères comme les horaires défavorables, et tout ça.

M. Fournier: Excusez-moi. Vous êtes...

M. Tétreault (Michel): Je prends l'exemple des urgences pour vous montrer que ce que l'on vise, c'est de faire en sorte qu'on ait une approche qui soit porteuse.

M. Fournier: Excusez-moi de vous interrompre. C'est parce que vous dites: Si on fait quelque chose, il peut y avoir des effets pervers. Je n'en disconviens pas du tout. Mon problème, c'est que vous l'avez déjà fait puis qu'il y a des effets pervers. C'est ça qui est le problème. Voyez-vous, si les...

M. Tétreault (Michel): ...

M. Fournier: Juste pour terminer, là. Je ne veux pas remettre en question le point. Évidemment, si vous commencez à jouer là-dedans, il y a des effets. Il y a un effet domino. Je comprends ça. Non seulement je le comprends, je le vois, ça tombe dans ma face et dans la face de la population.

Il y a déjà des décisions qui sont prises dans des centres hospitaliers qui entourent chez nous, et qui viennent d'être prises, là. Le maraudage qui se fait, ce n'est pas pour rien, il ne se faisait pas il y a trois mois. C'est parce que quelqu'un vient d'avoir la permission. Vas-y. Va chercher du monde. Alors, ils vont où? Juste à côté. Chez nous, c'est à 100 %. Tu es à 70 %? Viens-t'en. Vous avez pris la décision. Je veux dire... Je reviens à la lettre, là, qui a été envoyée pour les cas individuels avec un médecin. Ce que je vous dis: Écrivez-vous à vous autres mêmes. Vous faites des ententes avec des institutions et ça provoque le même problème: surenchère et iniquité.

Alors, je comprends qu'il y a une entente, puis je vais vérifier si elle satisfait, mais la seule question que je vous ai posée, c'est: Assurez-moi que l'entente que j'ai à Châteauguay, là, c'est la même à Valleyfield puis c'est la même à Montréal. Dites-moi que c'est partout pareil.

● (16 h 30) ●

Mme Marois: Mme la Présidente, je veux revenir sur ça. Encore là, nous avons une rémunération... On avait un système de rémunération qui fait qu'il y a une rémunération différenciée selon qu'on est en centre et en concentration urbaine ou qu'on est en région éloignée. Il y a des régions intermédiaires. On les connaît. Il y a des zones intermédiaires qui sont assez près des régions-centres et qui ne sont, en même temps, pas trop loin des régions éloignées. Celles-là nous causent des problèmes d'une façon particulière quant au mode de rémunération.

Mais on essaie, lorsqu'on fait une entente avec une institution, que ça ne vienne pas à avoir cet effet domino ou à faire en sorte qu'on incite le centre à côté et que ça ait un effet pervers, à venir faire du maraudage, venir chercher notre médecin ou notre spécialiste. On essaie d'éviter ça, mais on est aussi devant des phénomènes qui

relèvent du comportement humain, qui fait que des gens peuvent choisir d'aller pratiquer dans un endroit ou dans l'autre. À ce moment-ci, avec les outils que nous avons, nous ne pouvons pas obliger quelqu'un à pratiquer là plutôt qu'ailleurs. On se comprend bien. C'est ce que j'explique depuis le début. Je procède par des ententes, par des négociations, par des discussions et j'espère être capable de résoudre les problèmes auxquels on reste encore confrontés dans certaines régions. Mais, si nous n'y arrivons pas... On le sait qu'actuellement c'est pénalisant souvent pour les jeunes médecins, d'ailleurs, qui commencent justement, parce qu'ils pratiquent à 70 % de rémunération par rapport à leurs collègues qui ont des conditions de pratique à 100 %. Alors, on sait qu'il y a des pénalités là.

On a mis d'autres exigences. On a dit: Vous allez devoir, dans vos activités de pratique, consacrer un certain nombre d'heures — il y a un terme pour cela — 12 heures...

Une voix: Des activités médicales particulières.

Mme Marois: ...pour des activités médicales particulières. Et là ça amène les médecins à pratiquer dans des urgences, ce qui ne serait peut-être pas leur premier choix, etc. Bien, peut-être qu'on devra être un petit peu plus contraignant — c'est un exemple — et augmenter le nombre d'heures, que le permis de pratique soit donné et soit autorisé si la personne accepte de faire tant d'heures de service dans tel type de services, qui sont des services moins prisés ou dans des régions où c'est plus difficile.

Alors, il y a toutes ces avenues-là qui sont explorées. Mais ce dont je veux rassurer le député, Mme la Présidente, c'est qu'on est conscient de ces phénomènes-là, qu'on essaie de les contrer, de les encadrer, mais nos moyens comportent des limites. Si le député me dit: Allez-y par coercition et, nous, on va vous appuyer, on va même vous proposer des mesures, bien on pourra les évaluer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Ce sera ma dernière intervention parce que je ne veux pas monopoliser tout le temps. Je vais donc revenir sur le petit cas qui est soulevé et sur un autre.

Mme Marois: Mais c'est un petit cas important.

M. Fournier: Ah! c'est très... Je vais vous dire...

Mme Marois: O.K. D'accord.

M. Fournier: Je peux prendre tout le temps si vous voulez, là, on a 20 heures, mais il y a une critique ici, là. Donc, je respecte tous les parlementaires. Je suis déjà bien content qu'on me permette de venir soulever ce cas-là qui est, me semble-t-il, une illustration assez claire de ce qu'on vit.

Mme la ministre nous dit: On ne peut pas forcer le comportement humain. Mais justement, quand on parle de mesures incitatives, Mme la ministre, vous amenez le comportement humain dans une certaine direction. Or, les mesures incitatives sont injustes et inéquitables. Alors, qu'est-ce que vous voulez, vous pouvez bien me dire que vous ne pouvez pas...

Mme Marois: ...celles qu'on a mises à Châteauguay?

M. Fournier: Non, je vais terminer. Je vais terminer. Ce que je vous dis, c'est que vous me dites: Valleyfield, ça, c'est un peu plus loin, ça, c'est autre chose. Moi, je vous dis: Assurez-vous que ce soit équitable. Comprenez-vous?

Mme Marois: C'est ce qu'on travaille.

M. Fournier: Oui, mais, alors, je termine sur ce dossier-là en vous disant que... Puis je fais une entente avec vous. Je veux aller revoir toute mon équipe à Anna-Laberge, et, s'ils me disent que la solution que vous avez trouvée est parfaite, qu'elle répond à leurs besoins, qu'elle est équitable — bon, je vais enlever le mot parfait, je vois que ça tique un peu, il n'y a rien de parfait dans ce bas monde — ...

Mme Marois: Bien, c'est parce qu'il n'y a rien de parfait, c'est ça. Ha, ha, ha!

M. Fournier: ...je vais terminer, qu'ils la trouvent équitable, qui était vraiment le motif initial, d'abord pour ces démissions, l'iniquité, je vais être en mesure de vous féliciter. Si cette mesure-là ne semble pas équitable pour eux, vous me permettez d'utiliser d'autres moyens, puisque les crédits seront peut-être finis à ce moment-là, pour attirer votre attention sur l'iniquité qui peut perdurer. Maintenant, ceci étant...

Mme Marois: Vous voudriez à ce moment-là qu'on retire le déplafonnement, qu'on replafonne?

M. Fournier: Si je crois comprendre, c'est comme ça que vous êtes en train de prendre des ententes avec une population, en leur disant: Écoutez, savez-vous, on va même enlever l'entente, c'est un petit bonbon qu'on vous donnait, on vous enlève ça. Je trouve que c'est une façon de gouverner qui est très peu respectueuse d'une population qui, depuis trois ans...

Mme Marois: Bien, non, mais c'est parce que c'est... Bien, je pense, M. le député, soyez de bon compte, là, vous nous provoquez un peu.

M. Fournier: Bien, je ne pense pas de vous provoquer, Mme la ministre. On va trouver tous les moyens...

Mme Marois: Il me semble que vous devriez être content.

M. Fournier: Je viens de vous dire que, si cette solution, elle est équitable — vous me permettez de vérifier — je suis prêt à vous en féliciter; si elle ne l'est pas, vous me permettez de revenir pour chercher l'équité. Je pense que c'est une entente que nous pouvons prendre ensemble tous les deux.

Mme Marois: Merveilleux. Pas de problème.

Rénovation du Foyer de Châteauguay

M. Fournier: Maintenant, ceci étant — on reviendra sur le dossier, donc, soit pour les félicitations ou pour une suite aux événements — permettez-moi de vous parler du Foyer de Châteauguay, qui est un CHSLD, que nous attendons, qui est fortement documenté au sein de votre ministère. Puisqu'on parlait de correspondance, il y en a eu plus qu'il n'en faut, je ne referai pas l'histoire du dossier qui est né en 1995. Simplement pour vous rappeler votre dernière lettre que vous m'adressez, celle du 11 mars dernier. Je veux soulever deux éléments de cette lettre, donc ça va être une courte question, je ne reviendrai même pas sur des additionnelles.

Dans un paragraphe de cette lettre, vous me dites que la Direction des immobilisations du ministère a été mandatée pour faire une étude comparative — je suis bien content parce que je la demandais — entre la possibilité d'ajouter les lits au Foyer ou d'aller à un édifice qui s'appelle la Maison Christ-Roi qui appartient aux franciscains. Et, après bon nombre d'échanges, je finis par apprendre avec votre lettre que l'étude comparative a eu lieu. Vous savez que j'ai demandé, je ne voudrais pas exagérer, mais au moins 10 fois, au moins dans les dizaines, entre 10 et 20, de pouvoir avoir la copie de cette étude comparative. Et, à un moment donné, elle a été faite, retenue, tout ça, je n'étais même plus sûr qu'elle avait été complétée. Donc, vous me dites que l'étude comparative a eu lieu. Elle doit dater d'avant le 27 mars 1998, moment où vous avez confirmé d'aller vers le Foyer de Châteauguay.

Première question, donc: Vous serait-il possible de déposer auprès du secrétariat de cette commission, cette étude comparative de coûts entre le Foyer et le Christ-Roi? Par ailleurs, presque à la toute fin de votre lettre, vous me dites qu'en avril 1999, c'est ces jours-ci, vous allez aller dans une deuxième étape. Il y a déjà 4 000 000 \$ d'autorisés, là, de crédits. Il y a un 3 000 000 \$ de plus parce qu'on a fusionné un agrandissement avec une rénovation, donc il y a un 3 000 000 \$ dont ils doivent bénéficier, de crédits additionnels, et vous me dites que ça fera l'objet d'une demande au Conseil du trésor lors du prochain programme annuel d'immobilisations, en avril 1999, ces jours-ci.

Je mets une insistance là-dessus simplement parce que les travaux sont en retard; M. Rochon m'avait dit en juillet dernier qu'ils commenceraient en janvier. Or, le mois de janvier est passé, et là on est rendu en avril et simplement pour savoir, la demande de 3 000 000 \$ additionnels... Bon. Je sais qu'on est encore en avril; je ne

vous demande pas si vous avez une réponse aujourd'hui, mais quand attendez-vous cette réponse pour pouvoir terminer, compléter le financement à la hauteur de 7 000 000 \$? J'oserais presque vous demander quand est-ce que les travaux vont commencer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. D'abord, pour ce qui est des études comparatives, je n'ai pas d'objection à rendre disponibles les études. Donc, ça va, ça. On pourra vérifier au ministère...

M. Fournier: On peut l'avoir prochainement?

Mme Marois: Oui, j'imagine que dès qu'on pourra...

M. Fournier: Une semaine.

Mme Marois: Oui, oui, dans les quelques jours qui viennent. Par ailleurs, je vais demander à M. Boily, qui a suivi le dossier de près, et je me souviens aussi de l'avoir traité au ministère, de nous dire — M. Boily est directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie — exactement où en est actuellement le dossier d'une façon plus précise.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Boily, s'il vous plaît. Oui, à vous la parole, oui.

M. Boily (Claude): Merci, Mme la Présidente, M. Fournier. Dans ce dossier-là, il faut se rappeler que tout était achevé et prêt à être réalisé lorsque est survenu, de la part de la population, de la part d'un groupe de citoyens, le dossier du Christ-Roi. Il y avait à l'intérieur de Châteauguay une demande des gens pour transférer le Foyer au Christ-Roy plutôt que d'agrandir et rénover là où il est. Ça a retardé le dossier parce que, bon, dans le respect de la démocratie, des citoyens qui s'expriment et des oppositions qu'il y avait, le ministère a dit: Je veux regarder comme il faut les enjeux de l'un et l'autre dossier avant de procéder.

Ça a été fait et ce qui a été fait... Quand Mme la ministre dit l'étude comparative, bien sûr qu'elle a précédé parce qu'elle a été redéposée pour faire la preuve que les coûts reliés au transfert au Christ-Roi étaient tellement énormes par rapport à la rénovation que le ministère a finalement reconnu l'expertise et dit: On va procéder. Par ailleurs, il faut comprendre aussi que la Régie régionale s'est engagée, avec l'autorisation de la ministre, à mettre un 200 000 \$ dans le foyer «SOS» Christ-Roi pour aider ce projet d'OSBL.

M. Fournier: Juste pour vous aider, là, parce qu'il y a déjà assez de confusion, ce n'est pas dans «SOS» Christ-Roi, c'est dans un autre projet pour la Maison...

M. Boily (Claude): Pour la Maison Christ-Roi.

M. Fournier: Non, pour la transcription. Je le dis pour le bénéfice de la transcription pour que la population qui va voir ça se comprenne. Ça fait déjà assez de...

M. Boily (Claude): Très bien, très bien. Mais ce 200 000 \$ là...

M. Fournier: Il y a le 200 000 \$, oui, on le comprend, oui, il est là.

M. Boily (Claude): Donc, maintenant qu'on est rendu à cette étape-là, il reste la réalisation des crédits et la mise en marche du projet.

M. Fournier: Est-ce qu'on a une idée approximative pour les crédits quand est-ce que ça serait réglé? Parce que je sais que Mme la ministre a utilisé un scénario évolutif qui permet d'accélérer un peu en attente du 3 000 000 \$. Est-ce qu'on peut s'attendre... On envisage quelle date pour avoir, disons, une pelle mécanique, là?

• (16 h 40) •

Mme Marois: Alors, on me dit à la Direction de l'administration et des immobilisations qu'on peut commencer déjà à dégager des crédits pour la...

(Consultation)

Mme Marois: C'est ça. Avec le 4 000 000 \$ qui est déjà dégagé, on peut procéder, et les autorisations sont suffisantes actuellement pour qu'on puisse opérer et avancer dans ce projet. Par ailleurs, pour les immobilisations globales, vous savez que ça vient toujours un petit peu plus tard dans l'année. Alors, est-ce que ce sera avril, mai ou juin ou plus tard? J'espère, enfin, qu'on attachera tout ça avant le début de l'été.

M. Fournier: Donc, on s'attend à compléter le montage financier, si on peut me permettre l'expression, pour juin...

Mme Marois: Normalement, oui.

M. Fournier: ...puis possiblement avoir un début de construction, disons, pour la même période.

Mme Marois: À l'automne.

M. Fournier: À l'automne.

Mme Marois: M. Boily croit qu'à l'automne on pourra commencer.

M. Fournier: Je remercie Mme la Présidente, Mme la ministre et les membres de la commission de m'avoir laissé quelques minutes.

Pénurie de médecins dans certaines régions (suite)

Centre universitaire de santé de l'Estrie

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le député de Châteauguay. Les membres me permettront sûrement de poser une question à la ministre, parce que vous savez que la région de l'Estrie a aussi cette pénurie de spécialistes. Ce que je voudrais savoir... Vous savez que les centres... Je me demandais si les centres universitaires, bon, on privilégie jusqu'à un certain point... On sait qu'un centre universitaire coordonne non seulement des soins ultraspécialisés, mais aussi fait de l'enseignement. Alors, bien sûr qu'on a des centres universitaires à Montréal et à Québec, mais il ne faut pas pour autant négliger ceux qui sont en région. C'est très important qu'on pense à ceux en région. Tout en étant une région qu'on ne doit pas estimer être une région éloignée, on a l'impression parfois qu'on est éloigné quand il vient le temps de recruter des spécialistes.

Récemment, l'Université de Sherbrooke — le CUSE, c'est-à-dire — s'est adressé à vous pour une dérogation, parce que justement parfois il faut déroger aux règles usuelles pour l'emploi d'un jeune diplômé pédiatre. Le problème actuellement est au niveau des pédiatres, au CUSE de Sherbrooke. Bon. Cependant, c'est que cette demande a été refusée. Et bien sûr que je peux comprendre les raisons de la ministre, sauf qu'en refusant cette demande la conjointe de ce jeune diplômé qui pouvait venir à Sherbrooke pratique déjà au CUSE de Sherbrooke et bien sûr ce qui signifie que la conjointe quittera et suivra le jeune diplômé.

Et il y a aussi le docteur Khoury, qui est un pédiatre de longue date, un spécialiste de longue date, qui doit prendre sa retraite cet été. Donc, ce qui signifie qu'il y aura un manque d'au moins un minimum de trois pédiatres au CUSE de Sherbrooke, ce qui est très important étant donné le centre universitaire, un centre d'enseignement.

Maintenant, je me rends bien compte qu'on s'arrache un peu les spécialistes. On fait du recrutement à gauche et à droite, et chaque centre est autonome dans son recrutement. Je me disais: Qui décide quoi en bout de ligne? Parce qu'on a beau vouloir recruter, mais on est tous dans le même bassin de recrues. Je me demandais si, par exemple, le ministère fait une compilation des besoins. Je donne l'exemple des pédiatres, est-ce qu'on fait la compilation sur l'ensemble du Québec, au niveau de la pédiatrie plus spécifiquement, au niveau des centres universitaires, qui, à mon avis, doivent avoir une certaine reconnaissance en termes de spécialistes? Et dans ce sens-là, si on le fait, comment on va régler le problème? Ou, si ça ne se fait pas, comment on peut régler le problème quand on fait du recrutement quand tous les hôpitaux font du recrutement?

Alors, ma question, elle serait à triple volets. Le premier, c'est: Est-ce qu'on fait cette compilation pour vérifier s'il y aura suffisamment de pédiatres — je donne l'exemple de la pédiatrie — pour répondre à l'ensemble des besoins sur le territoire québécois, et en particulier

pour les centres universitaires? Est-ce qu'on privilégie d'une certaine façon les centres universitaires ou si on laisse la pleine autonomie justement de recrutement à chaque hôpital, chaque direction?

Et, pour être capable de combler cette pénurie de spécialistes, tout en se disant favorable aux médecins hors Québec ou hors Canada, est-ce que, par exemple, on a pensé admettre des immigrants reçus au niveau des spécialistes? Vous savez que ces immigrants qui viennent au Québec doivent signer une déclaration à l'effet qu'ils s'engagent à ne pas pratiquer la médecine au Québec. Mais, lorsqu'il y a pénurie, dans ce cas-ci, par exemple, de pédiatres, est-ce qu'on a pensé demander à ces spécialistes immigrants reçus de pratiquer ou de leur donner la chance de pratiquer? Alors, Mme la ministre.

Mme Marois: Il y aurait peut-être quelques commentaires de mon sous-ministre adjoint aux relations professionnelles, M. Chouinard, sur le cas particulier qu'on a soulevé, du pédiatre, tout à l'heure, parce que le chef de l'opposition m'avait mentionné cette question-là et je m'étais enquis auprès du ministère pour qu'on voie s'il n'y avait pas des choses qu'on pouvait faire. J'essaie d'être très sensible à toutes ces questions. Évidemment, on ne peut pas toutes les régler, mais, quand on peut le faire, tant mieux. Alors, peut-être juste quelques commentaires sur ça, puis je reviendrai sur les trois questions plus globales.

M. Chouinard (Lionel): Alors, Mme la Présidente, essentiellement il y a cette année 24 personnes qui vont finir en pédiatrie. Des 24 personnes, il y en a deux qui, parce qu'elles ont reçu des bourses, ont des engagements pour aller travailler en région éloignée ou désignée, dans des centres désignés. Ce que le CUSE nous a demandé, c'est de libérer un médecin de son obligation pour pouvoir pratiquer au centre hospitalier. Remarquons que, sur 24 médecins admissibles cette année, comme par hasard le recrutement se fait sur une des deux personnes qui a un engagement et sur une des 24 personnes qui sont finissantes. Alors, il est évident qu'on ne pouvait pas accepter cette libération. Cependant...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...dire. Je comprends lorsque vous m'expliquez qu'il y en a deux sur 24. Le malheur, c'est que la conjointe travaille déjà...

M. Chouinard (Lionel): Exact.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...et qu'on va la perdre.

M. Chouinard (Lionel): J'y venais, Mme la Présidente, puisque c'est des renseignements qui ont été portés à ma connaissance, il y a deux jours. Alors, nous avons dans un premier temps refusé la libération, parce que, si on dit oui, ça a comme effet immédiat que c'est la Gaspésie, ou c'est la Côte-Nord, ou c'est l'Abitibi qui n'a pas la possibilité d'accéder à ce pédiatre. Quand on a porté

à notre connaissance qu'il y avait la situation d'un autre spécialiste, qui est la conjointe, alors, là, nous cherchons actuellement une solution où on permettrait que l'engagement soit pris sur une plus longue période que celui qu'il doit être, en même temps que la personne pourrait travailler à temps partiel dans une région éloignée et à temps partiel pour assurer une prestation de travail au CUSE. C'est l'état des travaux à ce moment-ci.

Alors donc, vous voyez, dans ce cas comme dans d'autres, ce que l'on a visé dans un premier temps, c'est de respecter la capacité d'essayer de favoriser les régions pour lesquelles on a créé des incitatifs, mais en même temps, devant la situation très concrète et très précise, on a été capable de chercher une voie de passage qui permettra à la fois au CUSE et à une autre région de bénéficier des services du pédiatre concerné et tant recherché à Sherbrooke.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie.

Mme Marois: Merci, M. Chouinard.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous me permettez, Mme la ministre, de remercier M. Chouinard justement d'être revenu sur cette décision en essayant de trouver une solution qui ne compromet pas naturellement... qui aussi est exigeante jusqu'à un certain point alors qui ne permet pas de modifier complètement les règles du jeu, mais finalement de faire en sorte qu'on règle un problème d'une certaine façon, et je l'apprécie. Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente, de le souligner, mais c'est un exemple quand même... C'est intéressant, ce qu'on vient de discuter comme situation. Ça vous dit comment on est conscient des difficultés qu'il y a dans certains cas et comment on est prêt à envisager toutes sortes d'arrangements finalement, en autant évidemment que, encore là, ils n'ont pas l'effet domino, l'effet pervers — nommons-les — mais que le problème se résout, hein, se préoccuper du conjoint, puis je pense que c'est correct, parce que, dans la situation présente, ça a un double effet négatif, finalement. Bon.

Maintenant, revenons aux trois questions plus globales que vous souleviez à partir de cette situation plus concrète. La compilation. Oui, il y a des compilations. M. Chouinard vous disait qu'il va y avoir 24 pédiatres qui vont être disponibles, formés, etc. C'est vous dire comment on les... on pourrait presque les nommer dans certains cas, mais nous faisons d'abord un relevé, nous connaissons leur lieu de pratique, nous connaissons leur nombre, nous savons leur âge, bon, etc. C'est ce fameux comité d'ailleurs qui est à réviser actuellement les modalités de planification pour savoir si nos outils sont les bons, sont les meilleurs, et s'il n'y a pas des améliorations qu'on ne peut pas apporter compte tenu de ce qu'on constate actuellement, où c'est inégal d'une région à l'autre, etc.

● (16 h 50) ●

Donc, on est à réviser les processus pour nous assurer qu'au moins nos processus de planification sont les bons. On ne peut pas, comme je dis, contraindre quelqu'un à dire: Tu vas là absolument ou tu ne vas pas là, à moins que, et j'y reviendrai, qu'on soit un médecin étranger et qu'on accepte de pratiquer dans un contexte où il y a des exigences et donc plus de contraintes. Mais de façon générale on ne le fait pas. Alors donc, oui, nous sommes à réviser les outils; ils existent, mais nous sommes à les réviser pour les mettre à jour et les améliorer.

Maintenant, il y a des plans d'effectifs. Est-ce qu'on privilégie des régions universitaires ou des centres universitaires ou autres? Il y a pour chaque région des plans d'effectifs et, pour les plans d'effectifs en milieu universitaire, il y a aussi un mode de planification qui permet de dire: On a besoin d'offrir des services dans les surspécialités, de former dans ces surspécialités, de faire de la recherche, etc. Donc, oui, ça rentre dans le processus de planification.

Est-ce qu'on privilégie? Bien, on privilégie en fonction du plan d'effectifs. On ne privilégie pas nécessairement, mais on prend pour acquis qu'il y a des besoins x, par exemple dans le Centre universitaire de santé de l'Estrie, dans le Centre hospitalier universitaire de Montréal ou de Québec, et, à partir de là, le plan d'effectifs est adopté en conséquence. Donc, on tient compte autrement dit de la réalité universitaire.

D'ailleurs, vous savez que dans l'Estrie on a un problème particulier: il n'y a pas d'hôpitaux généraux. Les deux hôpitaux qui sont là, qui ont été fusionnés ou intégrés — c'est bien ça? — fusionnés ont un statut universitaire, et normalement ça crée l'obligation pour le médecin qui y pratique d'enseigner ou de superviser des stages, d'accompagner de futurs médecins, etc. Et il y a certains médecins qui ne souhaitent pas ça parce que ce n'est pas leur choix professionnel. Alors, ça cause un certain nombre de difficultés. On aura l'occasion de toute façon d'en redébattre.

Est-ce que maintenant on est prêt à regarder, pour combler des postes, avec les médecins formés hors Québec ou hors Canada? Oui, on est prêt à le faire dans des circonstances particulières, dans des conditions de pratique restrictive, c'est ce qu'on appelle les permis restrictifs de pratique, et nous en autorisons, j'en ai signé encore il y a quelques semaines. À ce moment-là, ça dit: Vous avez le droit de pratiquer dans tel milieu pendant tant d'années, etc. Et donc, on est prêt à en tenir compte. Ça fait partie d'ailleurs de toute l'analyse à laquelle on procède dans le cas de la planification des effectifs et de leur présence en région. Je sais qu'à La Sarre, c'est une hypothèse qu'on nous a demandé de regarder, et nous l'analysons aussi.

Maintenant... Là, je ne veux pas entrer trop dans le détail parce qu'il y a encore certains éléments avec lesquels je suis moins à l'aise, mais il y a des exigences qui sont posées par le Collège des médecins, ce qui est tout à fait normal, hein, qu'on ait rempli un certain nombre d'obligations pour que le diplôme obtenu soit reconnu dans le système québécois. Et il y a en plus des examens dans certains cas qu'on doit passer. Je sais qu'il

y en a un, groupe important, le 29 mai 1999, auprès du Collège, et, si ceux-ci réussissent l'examen, ça dégagera, donc, un bon nombre de ressources qui encore là sur une base de permis restrictifs pourraient être amenées à pratiquer. Donc, oui, c'est quelque chose que nous envisageons et avec laquelle, moi, je ne suis pas mal à l'aise.

Mais je vous ramène toujours à une entente plus générale, je dirais, qu'on a avec les médecins. Nous fonctionnons avec une enveloppe fermée. Chaque fois qu'on ajoute une ressource, si l'enveloppe n'augmente pas, c'est les médecins qui se partagent une enveloppe qui est à même hauteur, donc leur ressource à eux individuellement peut être réduite d'autant. Et c'est ça qu'il faut toujours être capable de mesurer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Je cède maintenant la parole à la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): J'ai eu d'autres demandes. Vous vouliez terminer...

Mme Lamquin-Éthier: On va revenir après, Mme la Présidente, si vous le permettez.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord. Alors, dans ce cas-là, je vais passer la parole...

Mme Lamquin-Éthier: Oui, je vais céder la parole à...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Toujours sur le même sujet de pénurie de médecins, Mme la députée La Pinière.

Situation générale en Montérégie

Mme Houda-Pepin: Très bien, Mme la Présidente. Je vous remercie. Alors, moi, je voudrais aujourd'hui avoir l'heure juste concernant la situation de la pénurie des médecins en Montérégie, une région que la ministre connaît bien, puisqu'elle la représente au sein du Conseil des ministres.

On se rappellera que les coupures dans cette région qui est déjà sous-financée — et tout le monde s'entend là-dessus — de façon dramatique... On parle d'un manque à gagner de 200 000 000 \$ uniquement au chapitre de l'équité interrégionale, et en trois ans on a eu des coupures de 44 000 000 \$ dans une région où il fallait injecter des ressources de façon assez urgente.

Alors, il y a eu des départs à la retraite, et je voudrais qu'on me confirme les chiffres exacts parce qu'on a différentes sources. On a parlé de 1 200 personnes qui auraient quitté. Ça comprend les médecins, mais ça comprend aussi les autres personnels soignants. Je voudrais avoir le chiffre exact, si c'est possible, aujourd'hui.

On sait que cela a eu pour conséquence évidemment d'alourdir la tâche des infirmières et des médecins. Ça a compliqué la gestion des effectifs médicaux. Aux dernières nouvelles, on nous a appris qu'il y avait 188 médecins de moins en Montérégie. On aurait promis l'ajout de 33 nouveaux postes de médecin d'ici l'an 2000. Donc, il y aurait un manque de 155 médecins. Et je tiens à spécifier que, dans les 188 médecins manquants, il y a 43 spécialistes, dont 8 anesthésistes. C'est beaucoup pour une région.

Alors, je voudrais savoir: Où sommes-nous aujourd'hui dans cette situation-là de pénurie de médecins? Il y a combien de nouveaux médecins qui se sont ajoutés? Et quelle est la répartition par établissement?

Mme Marois: Bon. Là, il y a une série de questions qui sont soulevées, Mme la Présidente, dont nous n'avons pas les réponses complètes bien sûr, parce que par établissement je ne crois pas avoir avec nous ces informations-là. Donc, on peut prendre avis et s'assurer que l'information soit disponible.

Mme Houda-Pepin: Oui. Très bien. Merci.

Mme Marois: Mais, bon, quand on dit 1 200, là, on parle de tout le Québec, on se comprend bien, de départs à la retraite en vertu de programmes négociés, et on parle de 559 médecins omnipraticiens et 700 médecins spécialistes. Donc, ça n'inclut pas les infirmières et autres personnels, et c'est pour tout le Québec, on se comprend bien.

Quand on vient maintenant en Montérégie, je suis un petit peu étonnée, je dois vous dire, et on pourra... M. Chouinard pourra compléter ma réponse. Je suis un peu étonnée parce que ce n'est pas la lecture que je fais ni que nous faisons, que je fais comme ministre responsable ni que nous faisons au ministère.

Actuellement, en Montérégie il y a eu une hausse du nombre de médecins omnipraticiens par rapport à 1994, qui est assez importante, de 2,3 % et qui correspond à 22 médecins omnipraticiens. Et, du côté des spécialistes, on pense à 34 ajouts de médecins spécialistes, soit une hausse de 5,5 % de 1994 à 1998. Bon.

Il peut rester cependant des pénuries localisées, parce que ça, je n'en disconviens pas. Je vois le député de Shefford qui est là. On sait qu'il peut y avoir des pénuries ponctuelles de spécialistes, il peut y avoir une mauvaise allocation sur le territoire au sens où tout le personnel médical est suffisant, les effectifs médicaux sont suffisants mais sont répartis inégalement. On a vu tout à l'heure la question du député de Châteauguay sur la présence d'anesthésistes à Anna-Laberge, où il y avait un risque de perte d'effectifs qui est maintenant corrigé par l'entente que nous avons eue avec ces anesthésistes. Donc, oui, c'est possible. Et ça, je ne le nie pas. Je l'entends tous les jours.

De façon globale, on ne peut pas dire qu'il y ait actuellement un problème de pénurie majeure, mais il peut y avoir des pénuries ponctuelles localisées, et celles-là, je le répète, sont débattues avec notre ministère. Et on essaie

de corriger au fur et à mesure que nous pouvons le faire les situations qui nous sont soulignées.

● (17 heures) ●

Je ne sais pas si, M. Chouinard, vous voulez ajouter quelques informations à cet égard. Ce serait peut-être intéressant.

M. Chouinard (Lionel): Alors, Mme la Présidente, essentiellement, ce que la ministre a évoqué nous rappelle bien que, pour l'ensemble de la région — et c'est à partir de la rémunération des médecins, donc des données de la RAMQ, on ne peut pas se tromper — pris globalement, les deux groupes, omnis et spécialistes, il y a donc eu, malgré les programmes de départs, une augmentation de 3,5 %. C'est sûr que ces données-là n'enlèvent pas qu'il peut y avoir des difficultés à Sorel, et j'en conviens. On a travaillé sur des solutions qui ont été spécifiques là, et ainsi de suite.

Vous avez évoqué aussi l'ensemble du personnel. Je dois malheureusement vous dire que je n'ai pas en ma possession des données des programmes de départs pour l'ensemble de la Montérégie. Je pourrai sans doute, par ailleurs, les récupérer et vous en faire part. C'est ça. On me transmet les données globales de la province, ça, je les sais par coeur, c'est 16 000, O.K.? Mais arriver à dire que, dans la Montérégie, il y a eu 2 222... Il faudrait que vous me donniez quelques heures pour que je puisse rechercher ces données-là, mais je ne les ai pas, techniquement, à ce moment-ci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme la députée de La Pinière.

Mme Houda-Pepin: Très bien. Merci, Mme la Présidente. Je serais, fort intéressée à les avoir avec exactitude. Parce qu'on se rappelle qu'initialement on nous a donné un chiffre disant que la Montérégie perdrait, mettons, 800 personnes. Finalement, on s'est ramassé avec 1 200 personnes et on ne sait pas exactement comment se répartissent ces données-là.

Mme Marois: C'est parce que ce n'est pas... Est-ce que c'est 1 200 personnes pour la Montérégie?

Mme Houda-Pepin: 1 200, dans le personnel soignant, médecins et infirmières.

Une voix: ...

Mme Marois: Bon, d'accord. C'est ça. C'est un petit peu plus que ça sur l'ensemble du personnel.

Une voix: C'est les données de la Régie...

Mme Marois: Bon, d'accord. Alors, on va y aller pour l'ensemble de la région. Dans le cas des départs volontaires à la retraite, on a: nombre total de retraités, l'équivalent en temps complet, c'est 1 533...

Mme Houda-Pepin: Wow!

Mme Marois: ...en équivalents temps complet. Et cela comprend évidemment du personnel d'encadrement, du personnel hors cadre, du personnel soignant, du personnel infirmier, techniciens, services auxiliaires, employés de bureau, etc. Donc, c'est le tout, ce ne sont pas... Parce qu'il peut y avoir eu aussi certaines rationalisations évidemment dans ces départs. Alors, c'est pour ça. C'est parce que tout à l'heure, quand on disait: Il y a 1 200... S'il y a 1 250 médecins spécialistes et généralistes qui ont quitté la profession, et dans la région, c'est plutôt l'équivalent... Le programme de départs volontaires à la retraite, c'est plutôt l'équivalent, du côté des salariés, de 1 533.

Mme Houda-Pepin: Bon. Le chiffre que j'avais cité était plus conservateur, puisque, moi, je parlais de 1 200, et j'inclusais tout le personnel soignant. Donc, la ministre vient de nous le préciser, c'est plutôt plus dramatique que ça, 1 533 personnes qui ont quitté.

Je voudrais revenir aux médecins. La ministre dit qu'il y a eu une hausse de médecins en Montérégie. Je voudrais qu'elle réagisse à cet article-là, qui n'a pas été contesté par son prédécesseur, qui a été publié dans *La Presse* au mois de septembre 1998, intitulé *La Montérégie a besoin de 188 nouveaux médecins, mais n'en obtient que 33*. Donc, nous sommes en déficit de 155 médecins. Est-ce qu'on peut nous donner les informations par rapport à ça pour savoir combien de nouveaux médecins ont été embauchés en Montérégie depuis qu'on en a perdu autant par les départs qu'on connaît?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Bien, disons que je n'ai pas dans le détail le plan d'effectifs parce que chaque année se fait... C'est chaque année, c'est ça? Sur une base triennale et révisé régulièrement, on fait un plan d'effectifs. C'est d'ailleurs ce que j'expliquais, tout à l'heure, Mme la Présidente. Donc, on fait un plan d'effectifs. Et, en fonction évidemment des disponibilités aussi de médecins — on n'imagine pas des choses qu'on ne pourrait pas faire — donc des finissants, on alloue, sur l'ensemble du territoire, les effectifs. Donc, on procède à cela régulièrement. Et là on est en train d'essayer de voir comment on pourrait mieux planifier nos besoins, nos entrées en médecine, nos ajouts aussi du côté des postes de gens formés à l'étranger.

Mais, si je reviens à l'information que je donnais tout à l'heure, il faut savoir que, malgré le départ à la retraite de médecins en Montérégie — on parle de 105 qui seraient partis en vertu des programmes négociés — il y a eu une hausse des médecins omnipraticiens, donc les généralistes, de l'ordre de 2,3 %, correspondant à 22 médecins de plus, et, du côté des spécialistes, de 34 médecins de plus, soit une hausse de 5,5 %. Malgré les départs!

Donc, ça veut dire que les départs ont été au complet comblés — je n'erre pas? — et il y a eu un ajout net d'effectifs. Ça veut dire que, du côté des médecins, les départs n'ont pas affecté d'une façon particulière la région. Ils l'ont affectée, bien sûr, dans le sens où il y a eu une période de transition, et puis, s'ils étaient restés, les autres se seraient aussi ajoutés, donc la hausse aurait été plus importante, ça, je suis d'accord. Mais, dans les faits, c'est cela. Maintenant, la référence de la députée de La Pinière me serait peut-être utile. C'était un article de journal...

Mme Houda-Pepin: Oui, de *La Presse*.

Mme Marois: C'est ça, de *La Presse*.

Mme Houda-Pepin: C'était exactement le 28 septembre 1998: *La Montérégie a besoin de 188 nouveaux médecins, mais n'en obtient que 33*.

Mme Marois: Oui, bon.

Situation à Acton Vale

Mme Houda-Pepin: Alors, étant donné que la ministre n'a pas les données exactes, je serais patiente s'il était possible d'avoir la situation exacte au moment où on se parle, quel est le nombre exact de médecins qui manquent en Montérégie et la répartition par établissement parce que la...

Mme Marois: La répartition par établissement, on pourra le...

Mme Houda-Pepin: De médecins manquants.

Mme Marois: Bon. Maintenant, les médecins manquants...

Mme Houda-Pepin: Et, si vous permettez...

Mme Marois: Oui.

Mme Houda-Pepin: ...juste un instant, par rapport à ça, la ministre est-elle au courant de la situation à Acton Vale, par exemple, qui est quand même assez problématique? Et ça touche directement la pénurie de médecins. Et là aussi je peux référer à un article de *La Voix de l'Est* en date du 9 mars 1999 intitulé *Acton offre des primes pour endiguer la pénurie de médecins*. On essaie de trouver un règlement temporaire, mais la situation est assez grave là-bas aussi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, d'abord, dans le cas d'Acton Vale en particulier, c'est réglé. Comment? On pourra vous le dire, si cela est nécessaire.

Mme Houda-Pepin: Oui.

Mme Marois: Je demanderais donc à quelqu'un de venir expliquer comment ça s'est passé. Mais, d'ici à ce que cette réponse nous vienne — M. Boily, vous pouvez peut-être vous joindre à nous; n'allez pas trop loin, M. Chouinard — sur les besoins de médecins, c'est un besoin théorique, au sens où, si la région était en autosuffisance, si elle était autosuffisante, à ce moment-là, c'est ce que ça lui prendrait pour servir toute sa population. Mais la région ne dessert que 37 %... Enfin, les établissements de la région desservent 63 % de la population. Il y a donc un 37 % de la population qui est servi par les hôpitaux de Montréal. Et il pourrait même être servi par des hôpitaux de Laval, par l'hôpital de Laval ou même sur la rive nord. Bon. C'est moins plausible, mais ça pourrait se passer. Et donc, ce n'est pas juste de dire que la population n'a pas accès à des services médicaux et qu'il manque 180 ou 160 ou 170 médecins.

● (17 h 10) ●

La population est servie. Elle n'est pas servie dans son quartier, elle n'est pas servie nécessairement dans sa ville. Mais, parfois, c'est moins long aussi d'être servi dans la ville d'à côté, parce que l'hôpital est plus près de son milieu de travail, l'hôpital est plus près de ses activités habituelles.

Alors donc, dans bien des cas, les gens ne choisiraient pas d'être servis dans leur milieu immédiat, parce que l'autre hôpital répond mieux à leurs besoins ou il y a un spécialiste qui s'y trouve, et c'est à ce spécialiste qu'on veut pouvoir référer. En ça, je pense qu'il y a toutes sortes de choix. D'ailleurs, on continue d'avoir le choix de son médecin. Maintenant, dans le cas d'Acton Vale, je demanderais à M. Boily de nous aider un peu.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Allez-y, M. Boily.

M. Boily (Claude): Mme la Présidente, il y avait, de fait, un problème sérieux à Acton Vale, qui est en bout de piste et dans la section rurale, si on veut, de la Montérégie. On se rappellera que la Montérégie, Mme la Présidente, a de l'urbain, du semi-urbain et du rural, donc est diversifiée dans la nature de sa population, avec les problèmes inhérents à chacune des couches, qu'elle soit urbaine, semi-urbaine ou rurale.

Alors, Acton Vale risquait de perdre sa seule clinique privée, de n'avoir plus aucun service médical. Et la population, bien sûr, était anxieuse de voir si on pouvait maintenir d'une façon ou d'une autre les gens qui exerçaient là et qui étaient tous originaires d'Acton Vale, mais qui, comme tout autre travailleur autonome, ne voulaient pas faire faillite par intérêt pour la ville elle-même. La Régie régionale a trouvé le moyen, après discussion avec le ministère, de proposer des solutions qui vont faire que le service médical va être maintenu. C'est tout récent, Mme la députée de La Pinière, mais c'est réglé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. Boily.

Mme Houda-Pepin: Très bien. Dernière petite question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme la députée de La Pinière.

Mme Houda-Pepin: Juste pour demander à la ministre de déposer les chiffres concernant le personnel qui a pris sa retraite, le 1 533, la répartition, s'il vous plaît. Vous avez énuméré les catégories, mais sans donner les chiffres exacts.

Mme Marois: Alors, nous avons cela à la Régie, on le rendra disponible.

Mme Houda-Pepin: O.K.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je comprends que, d'ici la fin de nos travaux, on répondra à la demande de la députée de La Pinière.

Mme Marois: Si nous pouvons le faire d'ici la fin des travaux, on le fera.

Mme Houda-Pepin: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci beaucoup. Alors, je céderais maintenant la parole au député de Shefford. M. le député de Shefford.

Centre hospitalier de Granby

M. Brodeur: Merci, Mme la Présidente. Mme la ministre, vous ne serez pas surprise que mes questions portent sur la pénurie de spécialistes au Centre hospitalier de Granby et surtout en particulier la pénurie d'anesthésistes. On peut faire un petit historique du dossier.

On se souviendra qu'il y a deux ans ici, à l'Assemblée nationale, j'ai posé plusieurs questions au ministre de l'époque, et les réponses se sont toujours avérées les mêmes, c'est-à-dire qu'on était pour en venir à une solution, et particulièrement lorsque des nouveaux anesthésistes seraient diplômés. Et particulièrement on parlait du 1er juillet 1999. Donc, nous sommes en avril 1999, la date fatidique est très près.

On se souviendra aussi que les intervenants régionaux, je dirais, ont frappé fort pour éveiller le gouvernement sur l'état des choses. Il y a deux ans, même, le maire de Granby, qui est très connu de la ministre, déclarait qu'il n'est pas question qu'on attende qu'il y ait des morts à Granby. Il y a quelques semaines, les mêmes élus de la région de Granby sont intervenus devant l'apparente inaction du gouvernement. C'est-à-dire que le maire de Granby, encore une fois, a suggéré que des sommes soient prises au CLD pour attirer les spécialistes et particulièrement des anesthésistes. Présentement, les maires sont à discuter de solutions à la MRC. Il est tout à fait évident que, normalement, c'est de la responsabilité du ministère de la Santé de procurer des services à des centres et surtout à un centre hospitalier comme Granby.

Je veux juste apporter un petit commentaire aux propos de la ministre concernant les soins qui peuvent être dispensés dans d'autres municipalités. La ville de Granby est une municipalité qui est à l'extrême est de la Montérégie. Donc, ces gens-là ne vont pas se faire soigner à Montréal, à Laval et non plus à Sherbrooke. C'est une capitale régionale, donc, qui se doit de dispenser des soins auxquels la population doit s'attendre.

Tantôt, aussi, la députée de La Pinière a relaté un précédent à Acton Vale. Alors qu'il y avait une pénurie de médecins, la Régie régionale est intervenue pour endiguer cette pénurie-là. À Granby, le Centre hospitalier, présentement, est en difficulté, avec son manque d'anesthésistes. La Régie régionale, le ministère de la Santé doit prendre une décision urgente avant que les choses empirent. On sait qu'au 1er juillet la possibilité est qu'un seul anesthésiste reste à Granby. Donc, pour une capitale régionale qui dessert environ 100 000 personnes, c'est inacceptable. J'ai posé plusieurs questions, au salon bleu, à la ministre. Je n'ai pas eu encore de réponses claires.

Le milieu s'inquiète. La présidente du Centre hospitalier est venue pousser un cri d'alarme à mon bureau, il y a quelques semaines. Les maires s'inquiètent. On se souviendra qu'il n'y pas plus que deux ans il y avait eu une pétition déposée à M. Boily justement — il s'en souviendra — de 17 000 noms concernant le même problème. Aujourd'hui, on est devant une impasse. Le 1er juillet s'en vient. Le ministre Rochon de l'époque s'était engagé à régler le problème pour le 1er juillet 1999. Aucune solution n'est à l'horizon présentement.

Et j'aimerais que la ministre puisse faire changer, en fin de compte, l'état d'esprit qui jouit présentement dans le Centre hospitalier, chez les élus, chez la population. Est-ce que la ministre entend au moins régler le problème temporairement? On pourrait peut-être prendre temporairement une solution comme on a prise à Acton Vale avant de trouver une solution permanente à ce problème-là. Donc, je vous écoute, Mme la ministre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Shefford. Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, merci, Mme la Présidente. D'abord, peut-être, une première chose. La députée de Bourassa y a fait allusion tout à l'heure, et le député de Shefford revient avec cela. Clarifions les choses, sans aucune espèce d'ambiguïté, j'ai toujours pensé que des décideurs et des élus locaux étaient libres de leurs actions et, en ce sens, pouvaient donner des appuis à un centre hospitalier, à un hôpital, comme à un CLSC, comme à un organisme communautaire, faire la promotion d'idées, de projets, défendre des demandes qui sont légitimes de leurs concitoyens et concitoyennes.

En ce sens-là, qu'on travaille à dire comment cette région est intéressante, belle et peut être agréable à vivre, tant mieux, je le souhaite. Mais qu'on utilise les fonds d'un centre local de développement pour faire cela, je pense que ce n'était pas tout à fait pertinent. Je l'ai dit puis je pense que ça s'est réglé, les maires ont convenu de

cela et vont sans doute procéder autrement. Mais faire la promotion de leur région et essayer d'intéresser des gens à venir pratiquer chez eux, je pense que c'est correct, c'est normal. Et, au contraire, ça dit comment ces élus représentent et défendent les intérêts de leurs concitoyens et concitoyennes.

On a eu une longue discussion, depuis le début l'après-midi, sur la planification des ressources médicales, sur leur allocation, sur la préoccupation que j'avais et que nous avons, comme gouvernement, de nous assurer que l'ensemble de la population québécoise ait accès à des services de qualité, ait accès en continuité à des services de qualité, et ce, si on veut, sans contrainte, que ce soit dans des régions éloignées ou dans des régions urbaines.

La situation, elle n'est pas facile, dans plusieurs endroits du Québec, même si, quand on regarde l'allocation des ressources, on constate qu'il y a plus de médecins en région périphérique. Et nous sommes, dans le cas présent, dans une région périphérique, au sens de nos termes, la Montérégie. Granby fait partie de la Montérégie, à ce que je sache. Bon. Alors, la Montérégie est une région périphérique. Il y a plus de médecins maintenant qu'il n'y en avait en 1994 qui desservent les citoyens qui vivent dans les régions périphériques. On a cependant une difficulté sur le plafonnement du salaire parce qu'on est une région intermédiaire. J'expliquais ça aussi tout à l'heure à votre collègue le député de Châteauguay.

• (17 h 20) •

Donc, il y a des efforts considérables qui sont faits. Il y en a qui sont faits pour trouver des solutions, je dirais, qui auront un impact en moyenne et longue périodes. C'est la révision de la planification des effectifs médicaux, de leur allocation, les règles pour accepter les contingents dans nos facultés de médecine, l'acceptation de médecins formés à l'étranger. Bon. Il y a toutes sortes d'avenues qui sont envisagées, qui sont évaluées, plus une équipe particulière qui a travaillé et qui travaille toujours sur la disponibilité des médecins en régions éloignées, mais la région périphérique est évidemment concernée aussi.

En attendant de trouver des solutions plus globales, on essaie de faire des ententes spécifiques et concrètes et de trouver des solutions, en tout état de cause, là où des problèmes se présentent. On l'a fait, je l'expliquais cet après-midi, à Sept-Îles, on cherche des solutions pour LaSarre, on l'a fait dans des régions comme Lac-Mégantic et on voudrait pouvoir le faire pour Granby.

Qu'est-ce qu'on a fait, jusqu'à maintenant? Et sur quoi travaille-t-on? D'abord, au niveau des chirurgiens, il y aura deux nouveaux chirurgiens pour juin 1999. Ce n'est pas rien, quand même, deux nouveaux chirurgiens.

Au niveau des anesthésistes, il y a eu le déplafonnement d'un anesthésiste, qui est un anesthésiste dépanneur, au sens où il vient du Haut-Richelieu — on n'est pas à 1 000 lieux de Granby, hein, bon — et qui peut donc offrir ses services. Évidemment, c'est une situation qui est réglée temporairement, on se comprend bien, et je suis consciente de cela. On me dit qu'on attend prochainement la réponse d'un anesthésiste qui aurait été pressenti pour le

Centre hospitalier de Granby, l'hôpital de Granby. Hein? C'est ça. Bon.

Enfin, je sais qu'il y a d'autres déplafonnements qui ont été demandés par la direction de l'hôpital de Granby pour un certain nombre de spécialités: ophtalmo, gynécobstétrique, chirurgie générale et anesthésie. Et puis, quant aux hémato-oncologues, on me dit qu'on a obtenu un déplafonnement en mars dernier.

Donc, comme vous le voyez, ce n'est pas une situation qui est stagnante et où rien ne se passe. Au contraire, on traite les cas les uns après les autres. J'aimerais mieux qu'on les traite plus globalement, mais, si c'est le prix à payer pour trouver une solution, je suis prête à le faire. Puis je le fais, puis je le fais souvent. Alors donc, on pourra, en ce sens-là, continuer les actions qui sont menées.

Mais, par ailleurs, nous sommes en discussion avec la Fédération des médecins spécialistes pour que ces questions-là soient traitées dans le cadre d'une entente un petit peu plus globale. Parce que, autant moi-même, autant eux-mêmes, ils ont un peu de réticence. À chaque fois qu'on traite un cas à la pièce, qu'on en fait un cas d'espèce, il risque d'y avoir des effets pervers, des effets domino. Et on se dit que certains règlements ne sont pas nécessairement exportables, pour utiliser des expressions bien connues dans le jargon des négociations. Elles ne sont pas exportables. Et, si elles étaient exportées, elles auraient un tel effet qu'on irait à l'encontre même des problèmes qu'on veut résoudre.

Donc, on essaie dans nos discussions de trouver une solution qui serait applicable à Granby et qui nous permettrait soit de déplafonner ou d'embaucher ces spécialistes pour nous permettre de répondre aux besoins de la population. Mais, encore une fois, j'y reviens, il y a des solutions qui sont appliquées, au niveau du déplafonnement, pour certains cas de spécialistes. Il y a des demandes pour d'autres; nous les étudions avec la Fédération des médecins spécialistes.

Et, si Granby se trouve en situation de réelle difficulté dans le temps, on a accès à des médecins dépanneurs, à des équipes volantes. On essaie que ces équipes soient les mêmes qui vont dans les régions désignées pour qu'il y ait une continuité dans les services et que les équipes soignantes aussi s'habituent à travailler avec ces gens-là. Je pense qu'on a tout intérêt évidemment à ce qu'il y ait une certaine forme de permanence. Donc, nous travaillons à la solution du problème soulevé par l'hôpital de Granby, si ça peut rassurer notre collègue et surtout sa population.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Shefford, vous avez une autre question?

M. Brodeur: Oui, Mme la Présidente, juste pour que ce soit très clair pour les citoyens du comté de Shefford, si je comprends bien, vous allez vous assurer au moins de façon temporaire... Parce que, naturellement, il faut au moins endiguer le problème immédiatement. Et on sait qu'au 1er juillet ce que j'ai entendu dire, c'est que la

situation pourrait être critique si l'anesthésiste qui dit: Peut-être bien que oui, puis peut-être bien que non, ne vient pas. Donc, il faudrait s'assurer le plus rapidement possible qu'une réponse soit donnée pour que la ministre puisse immédiatement prendre les mesures nécessaires pour que le 1er juillet les anesthésistes soient en place et, ensuite de ça, voir à une solution permanente.

L'ancien ministre a fait état de, peut-être... Je ne sais pas si vous avez le pouvoir de désigner des nouveaux anesthésistes sortant de l'université ou de les encourager à aller à Granby. Je ne sais pas si le problème pourrait être réglé de façon permanente, au cours des prochains mois, profitant de la sortie de plusieurs médecins anesthésistes de nos universités.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Vous savez combien je n'ai pas l'habitude de me laver les mains de mes responsabilités; donc, que mes propos n'amènent pas cette conclusion. Mais la première responsabilité et le reste du recrutement du personnel, c'est quand même l'établissement qui l'a, et je pense que c'est normal aussi. On ne serait pas très content d'ailleurs si on se mettait à recruter pour les établissements. On serait sûrement accusé d'ingérence très rapidement, dans les établissements. Donc, c'est la première responsabilité. Mais nous accompagnons les établissements, nous les aidons, nous les appuyons dans leurs démarches.

Et, par ailleurs, je peux assurer les membres de la commission, Mme la Présidente, que, s'il y a un risque de rupture de services, nous nous assurerons avec la Fédération des médecins spécialistes de la disponibilité du personnel compétent, même si c'est sur une base temporaire et par entente ad hoc.

On dit souvent qu'en politique un mois, c'est comme une éternité. Alors, on a quelques mois devant nous. Nous sommes plus tôt sur le plan technique, cependant, lorsqu'il s'agit du recrutement de personnel. Mais nous sommes au mois d'avril. On parle de risque pour juillet. Mais, d'ici là, nous devrions normalement avoir trouvé une solution, cette solution soit-elle temporaire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Alors, je cède maintenant la parole à la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci...

Mme Marois: Ah! je peux peut-être ajouter une autre chose, si vous permettez, deux minutes.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme la ministre.

Mme Marois: Ça va peut-être aider notre collègue. Vous savez qu'il y a aussi un besoin d'infirmières, une trentaine d'infirmières. Il y en a une vingtaine qui ont déjà

été recrutées, ce qui est donc très encourageant. Je pense qu'on va atteindre les objectifs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. Si vous me le permettez, Mme la ministre, de même que tous les membres de cette commission, j'ai manqué à mes devoirs de politesse en ne soulignant pas la présence de la chef de mission qui m'accompagne. Mme Andrée Fortin est la chef de la mission sociale du service de recherche de l'aile parlementaire. Alors, je vous prie de m'excuser d'avoir omis de souligner sa présence, qui est fort importante et très constructive.

Quant à la pénurie de médecins, je pense qu'il est bon de rappeler que Québec savait et que Québec n'a rien fait. En effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux savait dès 1997 qu'une pénurie aiguë de médecins omnis menaçait le Québec. Or, rien n'a été fait pour juguler la crise qui, comme tout l'indique, ne semble pas être à la veille de se résorber. Non seulement Québec n'a rien fait, mais, fidèle à ses objectifs, rappelons-le, de compressions budgétaires, le ministère a, par la suite, quand même réduit les inscriptions en faculté de médecine et, du même coup — allons-y — instauré un programme de départs assistés d'une quarantaine de millions de dollars pour les omnipraticiens de 50 ans et plus.

Encore une fois, au total, ce sont 244 omnis qui s'en sont prévalus en 1997-1998. Se sont ajoutées 320 fins de carrière, pour la même année. C'est donc, au total, 564 omnipraticiens, soit presque 10 % des effectifs, qui ont tiré leur révérence. D'autre part, la profession, au même moment, n'accueillait que 213 nouveaux généralistes. Alors, le problème est important, il ne faut pas le sous-estimer.

Mme la ministre, je me demandais si, pour nous aider à bien comprendre — et je pense que c'est valable et pour vous-même et pour nous-mêmes — les situations de pénurie qu'on a évoquées au début, Lanaudière, l'Abitibi, la Côte-Nord, Sept-Îles, ça serait important de reprendre la liste que nous avons énumérée au début, d'une part.

● (17 h 30) ●

Et, deux, quant à cette liste-là, est-ce que c'est possible d'avoir un tableau, pour chacune des régions ciblées, des demandes qui ont été formulées, peu importe que ça ait été formulé... incluant les gestionnaires, les administrateurs, les réseaux de soins, les professionnels directement, les fédérations représentatives, pour qu'on puisse bien comprendre quelles étaient les demandes, quelles étaient les contre-propositions, dans quels cas il y aurait eu règlement et dans quels cas les négociations se poursuivraient.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Je reviendrai sur la question de la planification des ressources médicales et de soins spécialisés tout à l'heure.

Oui, on me dit qu'il serait relativement... enfin, sinon simple du moins avec un peu d'effort et un peu de temps qu'il serait possible d'évaluer le nombre des demandes qu'il y a eu par région et là où on a réussi à répondre à la demande, et tout ça. Alors, on me dit oui. Maintenant, ça demande un peu de traitement, là, hein? Il y a un peu de travail, et ça ne veut pas dire que vous aurez ça demain matin, mais on peut le faire. Parce que beaucoup des problèmes soulevés jusqu'à maintenant soit sont résolus ou soit sont en voie de l'être, et d'autres les seront, nous en sommes certains, mais parfois, comme je le dis, sur une base temporaire plutôt que sur une base permanente.

J'aimerais ça revenir, Mme la Présidente, sur la question de la planification des ressources médicales. J'ai dit d'entrée de jeu que nous travaillions à cela. C'est même mon collègue Jean Rochon qui, avant moi, avait mis en place ces groupes, et je les surveille de près et j'en attends des résultats concrets sur la planification des ressources, autant du côté des médecins que du côté des infirmières. On est en contact régulier avec l'Ordre des infirmières, qui nous a aussi alertés. La Fédération l'avait fait, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec aussi. Donc, je pense qu'on fait le point sur ces questions-là, et on est d'accord quant à la nécessité de revoir nos processus.

Mais encore là je vous ramène à ce que je disais d'entrée de jeu cet après-midi. Comment se fait-il qu'on ait plus de médecins ici pour servir la population québécoise que nulle part ailleurs ou que partout ailleurs au Canada et qu'on ait ces problèmes? Et c'est pour ça que c'est un peu simple de conclure qu'on en a trop. Donc, je ne veux pas conclure ça. Mais c'est simple aussi de conclure qu'on en manque. Et c'est pour ça qu'il faut questionner leur comportement, leurs habitudes de pratique.

Il y a une autre réalité avec laquelle le Québec doit composer. Quand on regarde l'organisation géographique du territoire, si on prend l'Ontario, ils ont une concentration des populations au sud, hein, il y a une partie très urbanisée ou, du moins, sinon urbanisée très concentrée de population malgré tout, alors que le Québec a une population répartie sur un territoire immense, et toutes ces régions sont habitées. Toutes les régions du Québec sont habitées. Ça nous pose donc d'autres types de contraintes, et on fait face à d'autres types de réalités.

C'est vrai aussi même dans les provinces de l'Ouest. Quand on regarde la répartition des populations, elles sont sur un ruban, là, au sud des provinces de l'Ouest, où on voit les concentrations, puis après il y a des communautés isolées où encore une fois des concentrations assez bien logées. Donc, ce sont tous ces facteurs-là qu'il faut mettre en compte, plus, je répète, les modes de pratique, la féminisation, etc.

Donc, nous avons plus de médecins objectivement pour servir la population québécoise que partout ailleurs dans le reste du Canada. On a l'impression d'une pénurie. Je dis bien l'impression. Alors, est-ce qu'il y a une réelle pénurie, et est-ce que nous pouvons, observant notre

réalité géographique, nos modes de dessertes, observant nos comportements, là tirer des conclusions? Parce que, bon an, mal an, depuis quelques décennies, on fait la planification des entrées en médecine et la même chose du côté des infirmières. On fait cette planification.

Maintenant, c'est vrai — et ça, je pense que personne d'entre nous n'a nié ça — que, dans le contexte de la transformation accompagnée d'un effort budgétaire considérable, qui n'était pas lié à la transformation mais qui était lié cependant à nos problèmes de déficits et qu'il fallait résoudre parce que, si on ne résolvait pas cela, c'est tout le système qu'on devait remettre en question, on n'a jamais renoncé à notre mandat, à notre responsabilité puis à l'implantation et à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des services. Donc, ça, c'est clair pour nous, et c'est fondamental.

Alors, oui, on a dû poser des gestes qui ont eu des conséquences, des gestes de rationalisation budgétaire. Et, parmi ceux-là, il y a eu cette offre et ces discussions avec les gens des réseaux, autant à l'Éducation d'ailleurs qu'à la Santé, dans les Services sociaux qu'à la fonction publique, où on a proposé qu'à même des réserves qu'on trouvait dans les fonds de retraite, qu'à même des économies que cela nous permettrait de faire on pouvait permettre à des gens de prendre leur retraite pour procéder à des économies. Et ça, personne ne s'en est caché. Personne n'a dit que ce n'est pas ça qu'on faisait. C'est vrai que c'est ça qu'on faisait.

J'admets bien sûr que ça aurait été plus simple de le faire sur une période plus longue. Le vrai problème qu'on a eu, c'est d'être obligé de le faire sur une période courte. Mais heureusement en même temps on a résolu le problème du déficit qui, bon an, mal an, était important et devait se rajouter évidemment à notre dette qui elle-même est aussi importante. Donc, cela étant fait, ça nous permet de dégager des ressources nouvelles pour soit embaucher, soit former, soit réorganiser l'ensemble de nos services.

Donc, ça devient d'autant plus important qu'on procède à une meilleure planification. Mais une planification, ça restera toujours appuyé sur des prévisions. Et je reviens à ce que disais le Dr Tétreault tout à l'heure. On a fait des prévisions sur le vieillissement des personnes, sur leurs nouveaux besoins en termes de santé. On a fait des prévisions sur l'amélioration des techniques, sur les découvertes scientifiques, sur les nouveaux médicaments qu'on peut rendre disponibles. Et donc, ce qu'on constate, c'est qu'on prolonge la vie des personnes et on prolonge la vie des personnes en qualité aussi.

Bon. Mais ça, ça a un impact sur la demande de soins. Alors, comme le rythme de développement est plus important que ce qui avait été initialement prévu, ça demande en conséquence qu'il y ait plus de ressources. Alors, ça restera donc toujours de l'ordre des prévisions. Et là qui dit prévisions ne dit pas certitude et dit risque que la prévision soit trop optimiste, soit pessimiste ou soit conservatrice et qu'on ne l'atteigne pas, que ce ne soit pas la réalité devant laquelle on se retrouve confronté un jour. Bon. Mais on essaie, avec tous les moyens modernes qu'on possède maintenant, de nous ajuster le mieux

possible, de procéder à cette réévaluation des outils et des moyens pour qu'on puisse éviter des situations comme celle qu'on a l'impression de vivre. Je dis bien l'impression, parce que, encore là, quand on regarde à leur face même les chiffres, on ne peut pas tirer ces conclusions. Mais en même temps je me dis: Creusons ces questions-là, puis on verra.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Bon. Alors, gérer sur papier, c'est sûr qu'en statistique, en tableau, en ensemble, ça peut donner une impression et gérer en fonction de la réalité, en fonction de la connaissance des besoins, bien sûr, ça peut donner une autre lecture. Encore une fois, les compressions budgétaires qui ont été appliquées dans le réseau de la santé ont fait des dégâts importants. Il va falloir avoir l'assurance que le gouvernement et vous-même, Mme la ministre, confirmiez vos intentions de les réparer. On ne cherche pas ici à éponger ou masquer des carences importantes dénoncées mais à régler une fois pour toutes des problèmes. On ne veut pas masquer les carences, on veut régler les carences.

Il est fascinant de voir qu'un ministère, qui est équipé comme il semble l'être, avec autant de directions, avec un personnel extrêmement nombreux, compétent, qui a de l'expérience, de l'expertise, puisse faire des évaluations qui soient dans certains cas hors champ, à côté des pantoufles ou pas rapport, comme diraient des adolescents, pour emprunter leur vocabulaire. C'est absolument fascinant qu'on ait pu encore une fois ordonner, le terme est peut-être mal choisi, mais à tout le moins décider de mettre des professionnels qui possédaient une expertise qui pourra être difficilement compensée avant 2015, ou autrement...

Comment est-ce qu'on a pu, avec tout l'appareillage, l'équipement, les possibilités dont le ministère dispose, avoir ordonné de réduire les inscriptions, alors que tout disait qu'on faisait face à... Comment est-ce qu'on peut arriver aujourd'hui avec l'argument de la féminisation, un peu comme si c'était nouveau, alors que les femmes sont entrées beaucoup plus nombreuses dans les facultés, qu'il y a des couples maintenant où vous aller retrouver les deux conjoints qui sont médecins? Comment est-ce qu'on a pu ne pas prévoir que ça aurait des impacts importants au niveau de l'organisation sur le territoire? Je m'en étonne. J'ai beaucoup de difficultés.

● (17 h 40) ●

On compare en termes de nombres, en termes de statistiques sur papier avec le Canada. Jusqu'à quel point peut-on comparer le Québec, territoire distinct, avec ce qu'on voit ailleurs dans le Canada? Est-ce que c'est à ce point comparable au niveau de la répartition de la concentration des effectifs, de la concentration des populations? Tant et si bien que, oui, je veux bien qu'on compare avec le reste du Canada. On peut comparer avec les États-Unis, on peut comparer avec l'Ontario, mais au Québec, au moment où on se rencontre, il y a des

pénuries. Puis je veux vous accorder une distinction purement intellectuelle, on peut l'ouvrir soit sur le nombre ou soit sur l'expertise. Alors, il y aura pénurie au niveau du savoir, parce que le réseau encore une fois, avec les mises à la retraite, va se trouver en pénurie d'expertise si, au moment où on se rencontre, vous considérez que nous sommes en pénurie relative au niveau des médecins.

Pour les régions dont on a parlé précédemment, est-ce que vous préférez, Mme la ministre, qu'on rediscute lorsque nous aurons en main les documents de travail que vous avez accepté de mettre à notre disposition, et je vous en remercie, ou si...

Situation à Chicoutimi et à Jonquière

Chicoutimi-Jonquière, au moment où on se parle, un, est-ce que l'armée est toujours en stage? Est-ce que l'armée ira ailleurs en stage? Qu'est-ce qu'il se passe, là, à Jonquière? La population «a-tu» des soins? La promesse qui a été faite en campagne électorale: «How far are we» à côté des pantoufles par rapport à cette promesse-là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, Mme la Présidente, je vais faire quelques distinctions. La députée de Bourassa a répété exactement ce que je viens de dire quant aux façons de se comporter des médecins, quant aux modes nouveaux de pratique, etc., et c'est ce que nous travaillons, ce sur quoi nous nous penchons et ce que nous analysons.

Je ne veux pas dire qu'il y a trop de médecins, je dis, quand on regarde les chiffres, que ça semble. Quand on regarde les attentes qui nous sont exprimées partout, on croirait qu'il y a des pénuries. Quand on regarde aussi les contraintes que nous nous sommes données sur la rémunération, ça a un impact sur la pénurie, qui est une pénurie dans certains cas artificielle au sens où le médecin est là. Mais, parce qu'on ne veut pas dépasser certains coûts, on comprendra qu'on s'est donné des règles de gestion, et ça nous contraint, c'est contraignant.

Alors, on dit la même chose, et justement j'espère que l'éclairage qui va m'être apporté va nous permettre de mieux répondre à ces questionnements et de trouver les solutions les plus pertinentes pour faire une planification correcte. Mais on n'est pas à côté de nos baskets, pour utiliser une autre expression. Quand on fait ce travail, et on ne le fait pas dans l'absolu, dans le théorique pur et dans nos tours d'ivoire, ce n'est pas ma façon de fonctionner, ce n'est pas la façon de fonctionner du ministère, on le fait avec les fédérations, on le fait avec les universités, on le fait avec les institutions, on le fait avec le monde qui travaille sur le terrain, avec le Collège des médecins.

Alors, si on s'est tous trompés en même temps, on s'est tous trompés en même temps. On peut admettre ça aussi, parce que parfois les comportements changent, les façons de faire se modifient et puis c'est à nous de se réajuster. Mais, moi, j'accepte parfois que je me trompe

et puis je me dis: Ah! On a mal évalué ça; essayons de creuser la question puis trouvons une solution plus pertinente ou trouvons la bonne solution, puis on l'appliquera, dans la mesure évidemment des moyens qu'on a.

Mais, moi, j'aimerais ça... Puis je vais revenir sur la question de Jonquière très rapidement, sur la présence des médecins de l'armée. Je l'ai expliqué une fois, deux fois, je vais le réexpliquer une troisième fois. Ce sont des médecins qui travaillent comme médecins à l'armée et qui demandent d'avoir des stages. Ils peuvent être médecins reçus, là, on se comprend bien, là, hein, ce sont de vrais médecins, ce ne sont pas des médecins qui n'ont pas leur formation ou leur diplôme. Mais, comme ils ne voient pas une grande diversité de cas, ils demandent de venir pratiquer dans nos institutions. Ils le faisaient à l'Enfant-Jésus, pas à l'autre bout du monde, pas dans le Nunavik, à l'Enfant-Jésus. Et là ils le font à Jonquière. Tant mieux, c'est là qu'on a besoin maintenant d'eux. Ils sont très heureux de pouvoir le faire et d'aller chercher une expertise.

Transferts fédéraux

Mais je vais ajouter autre chose, Mme la Présidente. Vous savez, depuis sept ans maintenant — enfin, mettons six ans maintenant — bon an, mal an, sans savoir à quelle hauteur, Ottawa coupe le transfert social canadien aux provinces. Dans ce transfert social canadien, il y a une portion importante qui concerne les services de santé et les services sociaux. Ce sont des milliards de dollars dont le Québec a été privé depuis 1994-1995. Juste à la santé, en termes cumulatifs, on évalue à 12 000 000 000 \$ les sommes dont a été privé le Québec dans les transferts fédéraux, parce qu'on réglait le problème du déficit du fédéral sur le dos des provinces.

Et là, pour ajouter l'injure à l'insulte, dernièrement on a modifié le mode de calcul du transfert. Alors qu'auparavant il était évalué sur la notion des besoins, on a décidé de le faire sur la notion du per capita, et sans nous prévenir. C'est vrai qu'il y avait des discussions avec le fédéral, et depuis longtemps, j'y ai même participé personnellement lorsque j'étais aux Finances. On a eu des discussions. Mais il y avait eu un engagement de la part d'Ottawa de nous dire: Lorsqu'on changera la modalité de transfert, on vous prévendra, vous le saurez. Nous l'avons su et nous avons été prévenus cinq minutes avant qu'on ne le fasse parce que c'est arrivé lorsque le ministre des Finances s'est levé à Ottawa et a lu le discours du budget.

Alors, c'est avec ça qu'on fonctionne aussi, Mme la Présidente, depuis cinq ans, en même temps — et je ne veux pas non plus exagérer — qu'on a dû résoudre nos problèmes de déficit, nous-mêmes, que nous avions et, disons, que le gouvernement qui est maintenant dans l'opposition avait aidé à créer un peu, hein? Ce n'est toujours bien pas nous qui avons adopté les budgets qui ont été adoptés dans les dernières années avant que nous venions au pouvoir, en 1994. Alors, nous étions à une hauteur de déficit qui n'avait jamais été atteinte au Québec, et il fallait corriger le tout, en même temps qu'il fallait, oui, réorganiser le système autrement parce que les besoins de la

population avaient changé et que les façons modernes de la servir n'étaient plus celles que nous avions.

Alors, nous avons procédé à ces transformations en même temps qu'on a résolu les problèmes budgétaires et en même temps qu'on a subi la réduction des transferts d'Ottawa. C'est ça qu'on a vécu, et on a réussi, on peut dire, sans trop de mal, Mme la Présidente, même si ça n'a pas été facile et si on a dû poser des gestes qu'on aurait mieux aimé ne pas poser.

C'est sûr, hein, il n'y a personne qui a pris plaisir à dire aux établissements: Réduisez vos budgets, réorganisez vos services. Il fallait le faire au plan de la qualité dans certains cas et au plan de l'accessibilité. Mais en soi, si on avait pu garder les mêmes ressources en faisant cela, qui n'aurait pas souhaité faire ça? Nous les premiers, bien sûr, voyons donc! Qui a intérêt, qui souhaite diminuer ses ressources et ensuite se faire blâmer? Voyons donc, il n'y a personne! Il fallait le faire, c'était une obligation pour pouvoir préserver nos services, pour pouvoir en préserver la qualité.

D'ailleurs, heureusement on l'a atteint, cet objectif-là, et aujourd'hui on peut se dire: Mission accomplie. Nous avons atteint notre objectif de réduction de notre déficit. Nous sommes même, cette année, en surplus, en fait on réinvestit ces surplus dans l'amélioration de nos services, c'est cela qu'il faut constater. Malgré les gestes posés par le fédéral, qui, bon an, mal an, ont eu un effet désastreux dans les finances publiques du Québec, malgré les derniers gestes qu'on a posés pour modifier les règles de transfert, malgré tout cela, nous avons réussi à maintenir la base de nos services, à les transformer, et nous pouvons recommencer à investir dans les services de santé et les services sociaux au Québec. Et ce n'est pas une petite affaire, nous réinvestissons 1 700 000 000 \$, dont une grande partie...

Mme Lamquin-Éthier: Dont 1 000 000 000 \$ non récurrents.

Mme Marois: ...est récurrente, dont 800 000 000 \$ est récurrent. On pourra en parler plus tard, Mme la Présidente. Nous avons refait l'ensemble des calculs avec le ministère, et je pourrai y revenir plus tard.

Donc, ce que nous avons fait prenait beaucoup de courage, prenait beaucoup de détermination, n'était pas facile, mais nous avons su le faire parce que nous pensions qu'il était absolument essentiel pour le bien des gens que nous représentons et que nous devons servir, Mme la Présidente.

● (17 h 50) ●

Et, oui, pendant qu'on a fait ça, on a demandé à des médecins, à des infirmières, à des éducateurs, à des éducatrices, à des préposés aux malades de nous donner un coup de pouce; ils nous ont donné un coup de pouce. On a essayé de ne pas les pénaliser personnellement, puis je pense qu'on a réussi. Ils sont partis dans des conditions de prise de retraite décentes, correctes, et c'était ce qu'on souhaitait, puis, si c'était à refaire, on le ferait. Mais, si c'était à refaire et qu'on avait le choix, on le ferait sur une

plus longue période. Bien sûr, voyons donc, tout le monde est capable de constater, ça et puis il n'y a personne qui va dénoncer cela.

Mme Lamquin-Éthier: Mme la Présidente, est-ce qu'on peut intervenir?

Mme Marois: Mais c'est ça, la vraie vie, là. Moi, je veux bien, mais c'est ça.

Situation à Chicoutimi et à Jonquière (suite)

Mme Lamquin-Éthier: Bien, oui, mais la vraie vie, c'est qu'est-ce qui se passe à Jonquière, «bottom-line»...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: ...qu'est-ce qui se passe, au moment où on se parle, à Jonquière. Puis je veux rassurer Mme la ministre; on a bien compris, soyez-en rassurée, ce que vous avez mentionné à une, deux, trois reprises par rapport aux stages. Ça, là, ce n'est pas ça, le problème. On ne veut pas ramener, niveler, minimiser l'importance d'un problème qui demeure entier au fait que l'armée commodément, opportunément va faire des stages. Ce n'est pas de ça qu'on veut parler.

Quand on parle de Jonquière, le président du CMDP déclarait: «Je me permettais de vous rappeler que tous les moyens mis de l'avant le 8 novembre 1998 par le ministre de la Santé et des Services sociaux afin de favoriser le recrutement et la rétention n'ont jamais vu le jour n'ont pas été ratifiés et nous ont fait perdre les deux boursiers que nous avons réussi à recruter.» Alors, au moment où on se parle — moi, je ne veux pas de discours, là — qu'en est-il concrètement de Jonquière?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Est-ce qu'on peut se dire une chose, Mme la Présidente? Lorsqu'on procède à des discussions, à des ententes, à des réorganisations, ce n'est pas statique, cela. Un jour, dans un contexte x, on pense que toutes les mesures ou que toutes les ressources sont disponibles et en place pour nous permettre de procéder. C'est la conclusion à laquelle on arrivait en novembre, en décembre, avec les gens de Jonquière et de Chicoutimi.

Dans les faits, il y a certains intervenants à Jonquière et à Chicoutimi qui n'ont pas voulu accepter certaines des règles ou certaines des orientations qui avaient été proposées ou certaines des actions qui avaient été proposées. Alors, à ce moment-là ce qu'il faut faire... On peut bocquer, comme on dit en bon québécois, on peut mettre les freins, puis dire: Nous, on ne bouge plus; c'est ça qu'on voulait faire puis on ne fait rien d'autre que ce qui était prévu qu'on fasse, puis, si on ne fait pas ça, il n'y a rien qui va fonctionner.

À un moment donné, il faut se rendre à l'évidence. Il y a des choses qui ne fonctionnent pas, on aimerait

qu'elles fonctionnent autrement, on a essayé d'engager les gens dans un processus qu'on a pensé sain, correct, et puis il y a des gens qui ont refusé cela, puis il y a des gens qui n'ont pas accepté les orientations qui ont été proposées. Alors, on a agi autrement, on a modifié l'organisation, on vient de nommer un conseil d'administration unifié. On va, là, je ne sais pas s'il est maintenant constitué, parce que le D.G. est maintenant en place, excusez, le D.G. par intérim, je crois, on va constituer un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens unifié.

Une voix: ...

Mme Marois: C'est assuré, je le dis depuis le début de l'après-midi. Il y a des situations qui sont difficiles et auxquelles il faut apporter des solutions temporaires. On aimerait mieux être capable d'apporter des solutions globales, permanentes, mais il y a des fois qu'on ne peut pas. Mais cependant on a toujours une obligation, c'est de rendre service aux gens, c'est d'assurer que la population va avoir accès à des services de qualité, va pouvoir se faire soigner, autrement dit, quand elle est malade.

Alors, moi, ça ne me dérange pas si c'est un médecin de Valcartier qui autrement serait allé prendre l'expérience qu'il voulait prendre à l'Enfant-Jésus. Au lieu de la prendre à l'Enfant-Jésus qu'il aille la prendre à Jonquière, tant mieux, je suis très contente. C'est là où j'ai besoin de personnel, pourquoi je m'en priverais? Tant mieux, et puis on en fera d'autres comme ça, puis j'espère qu'on va en faire beaucoup si c'est nécessaire de le faire.

Mais je veux ajouter autre chose. Peut-être que, moi non plus, je n'aurais pas le goût d'aller dans un hôpital où le climat est plus difficile, et peut-être que les gens des hôpitaux concernés, s'ils étaient conscients de cela, comprenaient ça et acceptaient cela, changeraient aussi leur attitude. Je l'ai dit à quelques reprises, je le répète aujourd'hui: Ce sont des professionnels, ils sont responsables et normalement ils doivent rendre les services, et ils les rendent d'ailleurs. Puis, quand on a des risques qui se présentent, bien on s'assure de rendre disponibles des ressources, on le fait actuellement.

Alors, que des personnes se soient désistées et ne souhaitent pas aller pratiquer à Chicoutimi ou à Jonquière, je peux comprendre ça aussi, même si ce n'est pas ce que je souhaite, parce que le climat est un peu difficile, hein, on va en convenir ensemble, disons qu'on a l'occasion d'en parler régulièrement entre nous. Mais ça ne veut pas dire que c'est une situation désespérée, au contraire, puis je pense que les gestes qui ont été posés jusqu'à maintenant devraient apporter un peu plus de sérénité. Ce sont des gens responsables qui sont au niveau du conseil d'administration, qui ont une vision globale, qui sont conscients de la responsabilité régionale de cet établissement-là. Ce n'est pas seulement une fonction locale, là, que cet établissement assume, parce que c'est un établissement avec deux composantes, celle de Jonquière et celle de Chicoutimi. On va les aider, on va les supporter, on va les accompagner.

Mais, moi, ça ne me dérange pas. Si on n'a pas réussi à appliquer une entente parce que l'une des parties avait des problèmes, s'objectait, proposait autre chose ou ne proposait rien, qu'on trouve une autre solution. Moi, ça ne me dérange pas; l'important, c'est que le monde ait des services, ait accès à des services de qualité et soit soigné lorsqu'il est malade. Ça, par exemple, ça me dérange si ce n'est pas le cas. Alors, c'est à ça qu'on travaille au quotidien.

Et puis je vais terminer, Mme la Présidente, parce que, tout à l'heure, je me suis un peu emportée sur la question du fédéral, mais je pense que j'ai raison de le faire. Puis je vais ajouter une autre petite chose. Vous savez, quand le fédéral, ça fait son affaire, là, il nous dit: Dans le transfert social, on va vous envoyer le per capita plutôt que les besoins. Mais par ailleurs, quand il s'agit de l'hépatite C, là on trouve que les besoins, c'est plus intéressant comme critère que le per capita. Alors, il me semble qu'on ne devrait pas avoir deux logiques; une, ça suffirait. On s'est fait servir l'ancienne par le passé, qui nous a pénalisés, puis là on se fait servir la nouvelle, puis elle nous pénalise encore. Alors, il y a quelque chose qui ne va pas un peu, hein?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme la ministre. Il reste environ deux minutes et demie. Je demanderais s'il pourrait y avoir une question brève et une réponse brève, à moins que vous consentiez à poursuivre nos travaux au-delà du temps prévu.

Mme Marois: On a un peu de temps devant nous quand même.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Mme la députée de Bourassa, est-ce que vous avez une autre question ou si vous préférez attendre à demain?

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): De façon très brève.

Mme Lamquin-Éthier: Je voulais juste confirmer que l'état que Mme la ministre de la Santé va déposer va comprendre la situation pour Chicoutimi—Jonquière également, et est-ce qu'on pourra mesurer, par rapport à ce qui avait été avancé le 8 novembre 1998, où on en est quant à une possibilité de règlement?

Mme Marois: Écoutez, moi, je n'ai pas d'objection, Mme la Présidente, à ce qu'on reprenne chacune des situations. D'abord, on va fournir les documents, mais attention ce sont des documents qui ne sont pas montés actuellement.

Mme Lamquin-Éthier: Non, non.

Mme Marois: Donc, ça va nous prendre quelque temps. On se comprend? Mais on peut reprendre dans nos

échanges autant Jonquière que Granby ou que d'autres situations, La Sarre ou ailleurs, d'une façon systématique. Et, si on veut le faire et qu'on me dit à l'avance qu'on veut le faire, je m'assurerai que nos gens soient là pour être capable de répondre très concrètement et précisément.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie.

Mme Lamquin-Éthier: Deuxièmement, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, de façon très brève, Mme la députée.

Mme Lamquin-Éthier: Oui, la dernière. Mme la ministre, avez-vous dit, au moment où on se parle aujourd'hui, que le CMDP est maintenant unifié?

Mme Marois: Non, j'ai dit que je ne le savais pas, je n'ai pas pris de chance.

Mme Lamquin-Éthier: Ah! Non, non, vous avez représenté l'unification des conseils d'administration...

Mme Marois: Oui.

Mme Lamquin-Éthier: ...et, dans la même foulée, l'unification des CMDP.

Mme Marois: C'est-à-dire que c'est ce qu'on souhaite.

Mme Lamquin-Éthier: O.K., ce n'est pas une réalité.

Mme Marois: Maintenant, est-ce que c'est fait à l'heure où on se parle? On me dit: Non, ce n'est pas encore fait.

Mme Lamquin-Éthier: Vous ne le savez... O.K.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous terminons...

Mme Lamquin-Éthier: Ils ne sont pas unifiés?

Mme Marois: Non, ils ne sont pas unifiés.

Mme Lamquin-Éthier: Pour sûr.

Mme Marois: Pour l'instant.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous terminons nos travaux pour aujourd'hui. Je vous remercie de votre collaboration et j'ajourne à demain, le 21 avril, à 9 h 30. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 59)

