

ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 8 juillet 2003 — Vol. 38 N° 5

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

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	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, avenue Honoré-Mercier, 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: 40010195

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 8 juillet 2003 — Vol. 38 N° 5

Table des matières

Organisation des travaux	1
Condition des aînés	
Remarques préliminaires	2
M. Philippe Couillard	2
M. Léandre Dion	6
Mme Jocelyne Caron	8
Discussion générale	8
Nouvelles constructions prévues à l'intention des aînés pour 2003-2004	8
Stratégie en vue de favoriser l'implantation des groupes de médecine de famille	10
Crédits alloués aux soins à domicile	11
Suites données aux rapports sur la qualité des services aux personnes âgées	12
Allocation des ressources selon la situation des régions	13
Priorités d'intervention pour les personnes à mobilité réduite	14
Résultats d'études sur le vieillissement de la population	15
Augmentation des coûts de l'assurance médicaments	16
Intentions du gouvernement quant aux soins de longue durée	17
Gratuité des médicaments pour les personnes âgées	18
Mesures de soutien aux aidants naturels	19
Collaboration avec la Fédération de l'âge d'or pour les prix Roses d'or	20
Mesures visant à assurer la sécurité des personnes âgées dans le réseau des résidences privées	21
Collaboration avec la Fédération de l'âge d'or pour les prix Roses d'or (suite)	22
Ministre responsable de la Condition des aînés	22
Adaptation du système de santé et de services sociaux aux besoins des membres des communautés culturelles	22
Services sociaux	23
Remarques préliminaires	24
Mme Nicole Léger	24
M. Philippe Couillard	24
Discussion générale	25
Ventilation de l'augmentation des crédits en santé et services sociaux	25
Rôle des régies régionales et des CLSC	26
Stratégie de lutte à l'alcoolisme et à la toxicomanie	28
Diminution de la lourdeur administrative imposée aux organismes communautaires	29
Financement des organismes communautaires	30
Stratégie de lutte à l'alcoolisme et à la toxicomanie chez les jeunes	31
Orientations dans la lutte au tabagisme	31
Augmentation des profits de la Société des alcools	32
Plan d'action en matière de prévention du suicide	32
Objectifs en matière d'accès aux services de réadaptation physique	33
Allocation des ressources selon la situation des régions (suite)	34
Programme de soutien des femmes et des enfants victimes de violence	35
Répartition des crédits alloués aux centres de femmes	36
Consultations sur le mode de financement	36
Financement des maisons d'hébergement pour la population autochtone	37
Part du budget consacrée à la sensibilisation au problème de la violence	37
Plan de prévention des grossesses précoces	37
Suivi du projet-pilote d'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales	38
Intentions du ministre au sujet de la pratique de l'accouchement à domicile par les sages-femmes	38
Révision des responsabilités des infirmières praticiennes	39
Place de la société civile et parité hommes-femmes dans la nouvelle structure de régionalisation	40
Sous-financement du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie	40
Rôle des CLSC dans la réorganisation des services de santé et des services sociaux	41

Table des matières (suite)

Continuité du programme Ma Place au soleil dans les centres de la petite enfance	43
Office des personnes handicapées du Québec	
Diminution des crédits alloués à la Direction et administration	45
Gestion de l'effectif	45
Centres jeunesse	
Stratégie en vue d'améliorer le fonctionnement	45
Stratégie de recrutement de nouveaux intervenants	46
Diminution des listes d'attente	47
Tendances de judiciarisation des cas	47
Efforts d'intégration sociale	47
Le point sur le dossier des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw	47
Efforts d'intégration sociale (suite)	48
Le point sur le dossier des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (suite)	48
Adaptation d'édifices existants pour des soins d'hébergement de longue durée	49
Plan d'action pour améliorer les services aux personnes autistes	49
Recours collectif de parents d'enfants autistes contre le gouvernement	49
Plan d'action pour améliorer les services aux personnes autistes (suite)	50
Sous-financement du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie (suite)	51
Le point sur les projets d'agrandissement à la Résidence Champagnat, à Iberville, et de numérisation d'imagerie médicale en Montérégie	51
Sous-financement du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie (suite)	52
Le point sur les projets d'agrandissement à la Résidence Champagnat, à Iberville, et de numérisation d'imagerie médicale en Montérégie (suite)	52
Bilan concernant le système de don d'organes	52
Office des personnes handicapées du Québec (suite)	53
Rôle	54
Objectifs en matière d'accès aux services de réadaptation physique (suite)	54
Plan d'action en matière de développement social	55
Financement de l'École orale de Montréal pour les sourds	57
Centres jeunesse	
Diminution des listes d'attente (suite)	59
Augmentation du nombre d'intervenants	60
Répartition du budget entre les régions	60
Aide aux CLSC pour le suivi des jeunes en difficulté	61
Effets des coupures dans les commissions scolaires sur l'aide aux jeunes en difficulté	62
Harmonisation de la recherche de profits de Loto-Québec et de l'aide aux joueurs compulsifs	63
Intentions du gouvernement au sujet des jeux de loterie vidéo	63
Office des personnes handicapées (suite)	
Programme d'adaptation des domiciles	64
Délai et mode d'autorisation des aménagements	65
Ressources résidentielles adaptées utilisées par des personnes d'âge moyen	66
Crédits alloués aux services aux personnes souffrant de troubles mentaux graves	67
Équité interrégionale dans le financement des services en santé mentale	68
Calendrier pour rétablir l'équité interrégionale dans le financement des services en santé mentale	69
Plan de répartition des psychiatres dans toutes les régions	69
Rôle des CLSC en santé mentale	71
Plan de répartition des psychiatres dans toutes les régions (suite)	71
Critères retenus pour la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques	71
Services de soutien aux familles de malades psychiatriques désinstitutionnalisés	72
Nombre de personnes désinstitutionnalisées	73
Répartition des services en santé mentale dans toutes les régions	73
Niveau du budget des ressources en santé mentale dans les CLSC	74
Plan d'action en matière de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale	74
Gratuité des médicaments pour les prestataires de l'assistance-emploi et les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti	75

Table des matières (suite)

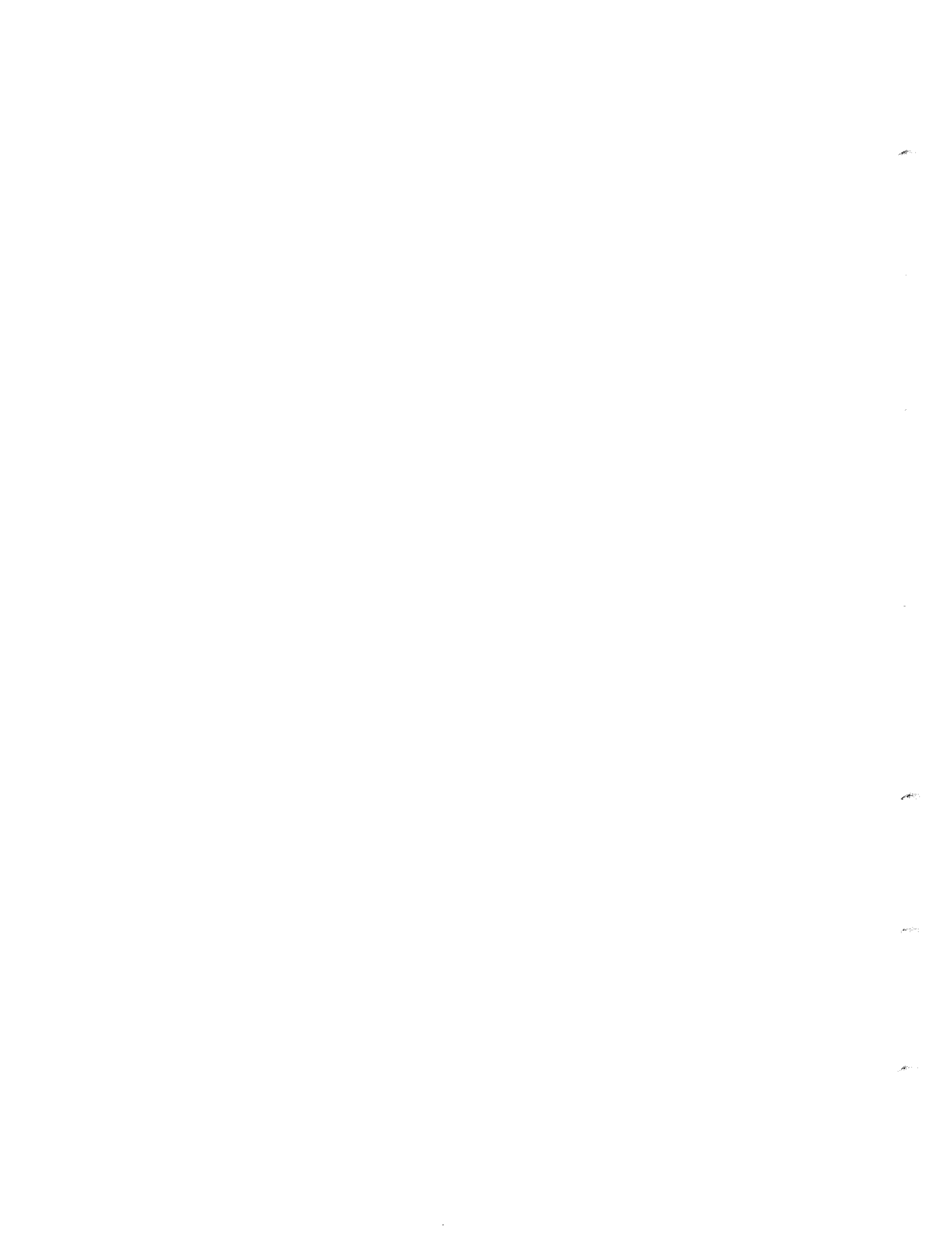
Commissaire à la santé	
Rôle	76
Support administratif	77
Rôle du Conseil de la santé et du bien-être	77
Centres jeunesse (suite)	
Mise à jour des règles de contribution parentale	78
Objectifs gouvernementaux en matière de familles d'accueil	78
Office des personnes handicapées du Québec (suite)	79
Modèle d'analyse des coûts-bénéfices dans la mise en oeuvre du Programme des aides auditives	79

Autres intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante

M. Russell Williams
M. Vincent Auclair
Mme Sylvie Roy
M. Alain Paquet
Mme Charlotte L'Ecuyer
M. Jean Rioux

- * M. Norbert Rodrigue, Office des personnes handicapées du Québec
- * Témoin interrogé par les membres de la commission



Le mardi 8 juillet 2003 — Vol. 38 N° 5

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

(Neuf heures trente-deux minutes)

Le Président (M. Copeman): Alors, je constate le quorum et je déclare la séance de la commission des affaires sociales ouverte. Je vous rappelle, le mandat de la commission est d'étudier les crédits budgétaires sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2003-2004. Une enveloppe totale de 20 heures a été allouée pour l'étude de ces crédits.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Bachand (Arthabaska) est remplacé par M. Paquet (Laval-des-Rapides); M. Bernard (Rouyn-Noranda—Témiscamingue) est remplacé par M. Rioux (Iberville); M. Bouchard (Vachon) est remplacé par Mme Caron (Terrebonne); M. Charbonneau (Borduas) est remplacé par M. Dion (Saint-Hyacinthe); et M. Valois (Joliette) est remplacé par Mme Richard (Duplessis).

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la secrétaire. Dans un premier temps, nous avons beaucoup d'observateurs dans la salle, beaucoup de députés autour de la table également, je vous demanderais donc de bien vouloir fermer vos téléphones cellulaires ou assurer au minimum que ça ne sonne pas pendant les travaux de la commission. La technologie est ainsi faite qu'on peut recevoir des appels sans que ça sonne, semble-t-il. Alors, je vais vous demander, s'il vous plaît, d'être vigilants avec vos téléphones cellulaires.

Organisation des travaux

Il y a la question de l'organisation des travaux de la commission. Selon l'entente avec les leaders, il a été entendu que nous entreprenions l'étude de l'élément 2 du programme 1, c'est-à-dire des questions qui touchent largement la question des aînés, ce matin, de 9 h 30 jusqu'à 11 h 30. Par la suite, nous allons enchaîner avec, de 11 h 30 jusqu'à midi trente, les programme 2 et programme 3. Nous allons poursuivre cette discussion jusqu'à 18 heures... de 14 heures à 18 heures aujourd'hui. C'est bel et bien l'entente qui existe. Bon. Absence de réponse négative, je constate que c'est l'entente.

En termes de la discussion, il y a deux autres questions à régler: Comment est-ce qu'on organise la discussion et quand est-ce que la commission souhaite entreprendre les votes sur les programmes? Moi, je suis prêt à vous entendre sur les deux éléments: Quel mode de fonctionnement est-ce qu'on souhaite utiliser pour les discussions et quand est-ce qu'on veut faire le vote sur les programmes? M. le député de Nelligan et adjoint parlementaire au ministre de la Santé.

M. Williams: Oui...

Le Président (M. Copeman): Et Services sociaux.

M. Williams: Et n'oubliez pas les services sociaux.

Le Président (M. Copeman): Jamais, M. le député. Inquiétez-vous pas.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, quatre suggestions, et, peut-être, on peut régler ça assez vite. Je voudrais recommander peut-être trois choses, une petite nuance. Une, et ce n'est pas une règle fixe, là, mais je recommande qu'on fonctionne avec les blocs de 20 minutes, questions-réponses, incluant la question... incluant la réponse du ministre, si les députés sont à l'aise avec ça. De plus, je recommande... Particulièrement, nous avons beaucoup de porte-parole de l'opposition et peut-être un mélange des dossiers. Je recommande qu'on vote à la fin de tous les programmes, 1 à 6, si ma mémoire est bonne, ça veut dire jeudi soir, à la fin de toutes les commissions. Troisième chose, 20 heures, c'est long, et, malgré que nous sommes une commission très disciplinée — particulièrement quand vous êtes en charge, M. le Président — on perd du temps pendant la journée un peu, avec le temps qu'on commence, etc. Je recommande que, chaque jour, on reprend le temps que nous avons perdu pendant la journée, ça peut être 15, 20 minutes chaque jour. Ça peut être un peu long le jeudi soir si on attend jusqu'à la fin. Je ne sais pas si le député est à l'aise avec mes trois suggestions.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Dion: Merci beaucoup, M. le Président. Bien sûr, de façon générale, je pense que les trois propositions sont intéressantes. Sur la question des 20 minutes cependant, c'est sûr que j'apprécierais qu'à l'occasion il y ait un peu de souplesse quant à l'administration, tout ça pour permettre peut-être des échanges un peu plus dynamiques. Mais, de façon générale, je suis d'accord avec la proposition du député de Nelligan.

M. Williams: Avec ça, on vote à la fin et chaque...

Le Président (M. Copeman): C'est bien. Alors, je constate qu'on va, de façon générale, fonctionner avec des blocs de 20 minutes, questions et réponses du ministre, avec une certaine souplesse, et je comprends que c'est acceptable des deux côtés, et que nous allons tenter de reprendre le temps perdu pendant le courant de la journée, dans la journée même, et que nous allons voter les quatre programmes à la fin de l'exercice, en souhaitant que c'est jeudi après-midi et non pas jeudi soir. Ça va? Jeudi après-midi parce que l'après-midi se

termine à 18 heures, M. le député de Nelligan. Je pense que l'objectif de la commission, c'est de terminer à 18 heures et non pas plus tard que ça. Ce n'est qu'un objectif après tout. M. le député de Nelligan, oui.

M. Williams: Oui, il n'y a aucun doute. Mais on commence très bien, et je voudrais juste m'assurer qu'il y a une certaine souplesse. Je sais qu'il y a des échéanciers très serrés jeudi soir, et nous allons faire l'impossible de finir à 18 heures. J'apprécie beaucoup l'ouverture du député de Saint-Hyacinthe dans ça.

Condition des aînés

Remarques préliminaires

Le Président (M. Copeman): Entendu, M. le député de Nelligan. À ce moment-ci, on est prêts à procéder avec des remarques préliminaires, alors je cède la parole immédiatement au ministre de la Santé et des Services sociaux et député de Mont-Royal. M. le ministre, la parole est à vous pendant 20 minutes, au maximum.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. J'aimerais d'abord reconnaître la présence du député de Saint-Hyacinthe, un des porte-parole de l'opposition en santé et services sociaux. Je ne doute pas que nous aurons ensemble des échanges dynamiques, comme il le disait, et certainement intéressants.

J'aimerais également, si vous le permettez, prendre quelques instants pour présenter les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui. À ma gauche, Mme Johanne Whitom, qui est la directrice du cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, accompagnée par plusieurs membres de ce cabinet: Mme Rouleau, M. Peachy, Mme Bombardier, M. Coulée, M. Blondin, Mme Elger, Mme Gagnon, Mme Montpetit, Mme Bougie et M. Descôteaux. À ma droite se trouve le Dr Juan Roberto Iglesias, sous-ministre en titre du ministère de la Santé et des Services sociaux, accompagné par des membres de la Direction du ministère, notamment Mme Dagenais, M. Jean, Mme Dollard, M. Bazin, M. Malouin, M. Paquet, M. Ouellet, M. Bolduc ainsi que M. Larouche. Je leur souhaite tous la bienvenue et je les remercie de leur collaboration.

● (9 h 40) ●

M. le Président, membres de la commission, mesdames et messieurs, l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux que nous entreprenons aujourd'hui s'engage à un moment charnière de l'histoire du système québécois de santé et de services sociaux et marque le début d'une ère nouvelle, autant pour l'administration publique que pour les réseaux financés par l'État. Par notre élection, les Québécoises et les Québécois ont donné le signal clair que les façons de faire de l'ancien gouvernement ne leur convenaient plus. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, ils ont fait savoir que des changements devaient avoir lieu rapidement et ils nous ont élus pour les réaliser.

Pour ce faire, nous avons trois défis de taille à relever: nous devons faire face à la croissance des besoins, contenir l'évolution des coûts à un niveau acceptable

pour les individus et la société tout en maintenant les principes d'universalité, d'équité et d'accessibilité qui sont à la base de notre système. Nous avons déjà commencé à faire ces changements en dépit de la situation financière difficile que l'ancien gouvernement a léguée au Québec et même si le cadre financier de notre parti ne débute, il faut le rappeler, qu'en 2004-2005.

En premier lieu, M. le Président, nous respectons notre engagement de faire de la santé et des services sociaux notre grande priorité. En effet, alors que l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement augmentent cette année de 3,8 %, ce taux de croissance atteint 7,2 % à notre ministère. Cela correspond à une hausse de 1 287 000 000 \$ par rapport aux dépenses probables de l'an dernier. Cette injection de fonds nous a déjà permis de poser des gestes pour régler certains problèmes criants. Elle favorisera aussi la mise en place d'actions conçues pour améliorer les services à la population.

Pour l'année 2003-2004, les crédits consentis au ministère de la Santé et des Services sociaux s'élèvent à 19 115 000 000 \$, soit 41,7 % des dépenses de programmes du gouvernement. Cela inclut les budgets du ministère, des établissements, des régies régionales, de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que de l'Office des personnes handicapées.

Les éléments les plus importants du budget de dépenses de la Santé et des Services sociaux sont directement liés aux services à la population. Il s'agit du fonctionnement des établissements, pour 11 milliards, des services médicaux, pour près de 3 milliards, de même que les services pharmaceutiques, les médicaments, pour 1,6 milliard.

Pour le seul programme d'assurance médicaments, le gouvernement investit 194 millions de dollars supplémentaires cette année. Une somme de 50 millions de dollars permet de mieux financer l'augmentation des coûts de système spécifiques en santé et services sociaux, qui incluent ceux liés au vieillissement de la population, à l'utilisation des médicaments en établissement et à l'évolution technologique. Une autre somme de 45 millions de dollars permet de couvrir les coûts de fonctionnement des nouvelles installations, notamment pour l'ouverture complète des nouvelles salles d'opération à l'Hôpital Laval de même que pour les centres ambulatoires du Lakeshore et de Le Gardeur.

La hausse des crédits permet aussi de financer l'évolution des coûts de la gestion de l'approvisionnement en produits sanguins, Héma-Québec, ce qui représente une croissance de 39 millions de dollars pour la prochaine année. Nous serons également en mesure d'honorer les engagements de 320 millions de dollars pris à l'égard des professionnels de la santé par le gouvernement qui nous a précédés.

En outre, comme je l'ai annoncé le 22 mai dernier, nous investissons plus de 240 millions de dollars, récurrents, pour les urgences, la réduction des listes d'attente, le renforcement de la première ligne, la santé publique, le soutien au personnel ainsi que pour les services aux personnes âgées, aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes vulnérables.

Pour les urgences, c'est une somme de 25 millions qui a été mise à la disposition du réseau, en plus des 50 millions de l'année précédente qui ont été

annualisés. Par ailleurs, les 10 centres hospitaliers dont les urgences sont les plus achalandées ont la possibilité d'ouvrir des lits supplémentaires en période de pointe. Nous finançons aussi la création de postes de coordonnateurs médicaux dans 22 urgences du Québec.

Une autre somme de 57 millions de dollars est consacrée à la réduction des listes d'attente en chirurgie. Le premier ministre a été clair: l'attente devra être notre pire ennemi. Grâce à cette somme, plusieurs milliers de chirurgies se feront, autant de la chirurgie en hospitalisation qu'en chirurgie d'un jour. De plus, nous ferons en sorte qu'une personne soit clairement identifiée comme imputable du respect des listes d'attente et surtout du délai d'attente maximal pour chacune des procédures mentionnées.

Il faut aussi que les usagers, que la population soit mieux informée de la situation réelle concernant l'attente dans les hôpitaux. C'est pourquoi j'ai demandé à ce que, d'ici l'automne, chaque hôpital inscrive sa liste d'attente par interventions et par domaines d'activité sur le site Internet du ministère, de sorte que la population puisse faire des comparaisons et des choix véritables dans les services qui lui sont offerts.

Dès cette année, nous consacrons 10 millions de dollars à l'achat de petits instruments chirurgicaux, reconnaissant ainsi l'importance pour le personnel d'avoir sous la main l'instrumentation nécessaire.

Il nous faudra également introduire plus de flexibilité dans la prestation des services, y compris par le recours ciblé au secteur privé, mais à des conditions qui permettent cependant de respecter nos objectifs de justice sociale. Et ces quatre principes sont, M. le Président, extrêmement importants, et nous y tiendrons de façon extrêmement rigide. Premier principe, il ne doit pas y avoir de frais pour le patient ou l'usager. Deuxième principe, la personne doit être référée par son hôpital ou son instance régionale. Troisièmement, le prix du service doit être égal ou inférieur à celui offert dans le réseau public. Et, quatrième, il ne doit pas y avoir au même moment de ressources non utilisées dans le système public.

Concernant les services de première ligne, les nouvelles mises de fonds atteignent 30 millions de dollars cette année. Qu'on parle de groupes de médecine de famille ou de cliniques réseau, nous poursuivons l'objectif d'en arriver à doter le Québec de formules souples, adaptées aux besoins et permettant d'élargir l'accès aux services médicaux et une meilleure prise en charge. Pour les personnes qui doivent se déplacer pour recevoir des soins ou des services non disponibles dans leur région, une somme de 3 millions de dollars servira à bonifier l'allocation qui leur est déjà versée.

En matière de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des autres personnes qui le requièrent, nous ajoutons 50 millions de dollars, qui serviront aussi pour le soutien des proches. De plus, cette somme permettra d'améliorer l'hébergement et les soins de longue durée dans certaines régions dont les services sont moins bien développés.

Je suis aussi particulièrement préoccupé du sort des personnes autistes et dysphasiques. Je suis donc très fier que nous ayons pu dégager, dès cette année, une somme de 18 millions de dollars qui permettra d'intensifier les services de stimulation précoce, prioritairement

pour les jeunes de deux à cinq ans. En outre, ceci nous permettra de diminuer le temps d'attente pour obtenir le diagnostic, de développer des services spécialisés de soutien pour la clientèle d'âge scolaire, de consolider les services de soutien aux familles et de développer des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, de soutien à l'intégration sociale pour les adultes.

Par ailleurs, compte tenu de l'expertise à développer dans le secteur public, les personnes pourront, dans les régions où de telles possibilités existent, faire l'achat de services auprès de professionnels reconnus dans le secteur privé, aux mêmes conditions que j'ai mentionnées plus tôt dans la grande description de notre philosophie de l'utilisation du secteur privé en santé et services sociaux.

Pour ce qui est des déficiences du langage et de la parole, les services seront accrus à la faveur d'une nouvelle mise de fonds de 3 millions de dollars.

En santé mentale, les budgets additionnels s'élèvent à 9 millions de dollars et serviront à mettre en place des services de prise en charge pour les personnes suicidaires ainsi qu'à implanter des services de suivi intensif des personnes présentant des troubles graves de santé mentale ou celles à risque suicidaire élevé.

Les jeunes en difficulté feront également l'objet de notre attention. Une somme additionnelle de 10 millions de dollars leur est destinée pour réduire les listes d'attente en protection de la jeunesse et ainsi diminuer l'engorgement des ressources d'hébergement.

Nous avons aussi augmenté de 8 millions de dollars les sommes destinées aux femmes victimes de violence ainsi qu'à leurs enfants. Les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence pourront ainsi mettre en place des services de soutien auprès des enfants témoins de cette violence. Le financement de base de ces maisons ainsi que celui des centres de femmes sera également augmenté.

M. le Président, l'expérience des derniers mois nous a montré combien il importe que le Québec renforce sa capacité d'action pour contrer les menaces à la santé de la population. Aussi, nous avons réservé une somme de 20 millions de dollars pour mettre en place des mesures liées aux maladies en émergence, comme le virus du Nil ainsi que la vaccination contre la méningite, et etc. D'autres mesures préventives, portant, par exemple, sur le tabagisme et la sédentarité, pourront aussi être réalisées en cours d'année.

Nous agissons également dès cette année, M. le Président, pour soutenir le personnel du réseau. Un montant de 11 millions de dollars doit servir à assurer la disponibilité du personnel clinique sur les quarts de travail les plus vulnérables pendant la période estivale. Les établissements ont ainsi latitude d'offrir des primes non seulement aux infirmières, comme l'an dernier, mais également aux infirmières auxiliaires, aux préposés aux bénéficiaires ainsi qu'aux inhalothérapeutes. En tout, plus de la moitié des investissements additionnels de 248 millions de dollars est consacrée à l'amélioration de services sociaux, communautaires ou de première ligne.

Par ailleurs, de nombreuses lettres d'entente ont été signées avec la Fédération des médecins omnipraticiens, et elles renferment de bonnes garanties sur l'ouverture normale de toutes les salles d'urgence au cours de l'été. La Fédération a d'ailleurs fait connaître

publiquement son engagement à cet effet, et notre suivi auprès des établissements confirme l'efficacité des gestes que nous avons posés à ce jour pour éviter des ruptures de services dans les hôpitaux pour cet été.

Mais notre lutte à la pénurie d'effectifs doit se poursuivre au-delà de la période estivale, car le réseau subit encore quotidiennement les conséquences d'une des décisions les plus catastrophiques de l'histoire de ce réseau, soit celle des mises à la retraite massives, qui ont laissé des équipes dépeuplées, des gens démotivés, de plus en plus épuisés. Pour y arriver, et ce sera long bien sûr, nous allons procéder à l'augmentation des admissions en facultés de médecine et en sciences infirmières jusqu'à ce qu'il y ait, comme nous l'avons dit durant la campagne, 750 étudiants de médecine de plus en formation et 1 500 infirmières de plus dans le réseau. Nous allons également améliorer le programme de décentralisation de la formation médicale en région et augmenter l'offre de stages de ce programme d'ici cinq ans. Nous devons également ajuster le programme de bourses aux étudiants en médecine de manière à leur offrir des bourses plus tôt, en retour d'un engagement de leur part à l'égard d'une région donnée.

Mais, dans le contexte actuel de pénurie, il faut aussi encourager davantage la réorganisation du travail, de façon à mieux utiliser les compétences des personnes. Nous avons donc affecté, dès cette année, une somme de 3 millions de dollars à la réorganisation du travail dans le réseau, ce qui s'ajoute aux 2 millions de dollars déjà prévus pour le programme d'organisation du travail en soins infirmiers et nous permettra d'étendre ce programme à d'autres secteurs d'activité confrontés à des pénuries sévères de main-d'oeuvre, comme la pharmacie, par exemple, et l'orthophonie. Nous consacrerons aussi 1 million de dollars à la recherche, au recrutement, à l'accueil et à l'intégration d'infirmières, de médecins et d'autres professionnels formés à l'étranger.

● (9 h 50) ●

M. le Président, parmi les problèmes que les crédits en santé et services sociaux ne nous permettront pas de régler cette année, les déficits des établissements figurent malheureusement en tête de liste. Mais leur ampleur nous oblige à poser des gestes immédiatement. Ces déficits ont été occasionnés en partie par, d'une part, l'indexation incomplète des dépenses ou par le développement local de services sans financement adéquat préalablement identifié. Or, comme je l'ai indiqué précédemment, la hausse des crédits permettra de mieux financer l'augmentation des coûts de système en santé et services sociaux, et ce, pour la première fois en huit ans. C'est une partie de la solution.

Mais il faut faire plus, et c'est pourquoi nous travaillons actuellement avec les régies régionales et les établissements afin de fixer des cibles réalistes de rétablissement de l'équilibre budgétaire dans chaque région du Québec. Nous devons aussi nous assurer d'une utilisation optimale des ressources et insister que toutes les mesures préservant les services à la population soient mises en application. À cette fin, les situations déficitaires seront encadrées par une entente tripartite qui témoignera de l'engagement sans équivoque de l'établissement à rétablir l'équilibre budgétaire. Il s'agit là d'un objectif incontestable d'équilibre budgétaire auquel nous devons tous et toutes souscrire.

Mais, s'il faut réinvestir dans notre système de santé et de services sociaux et en resserrer la gestion, il faut le faire évoluer vers un système plus efficace, plus près des services et des gens que nous servons, et surtout plus imputable. J'ai donc demandé au ministre de constituer des équipes de travail sur sept grands thèmes, qui seront à l'origine des changements que nous comptons effectuer à court et moyen terme. Ces sept thèmes sont: la régionalisation des services sociaux et de santé, la création du Commissaire à la santé et de la Charte des droits et responsabilités des patients, la modernisation de la médecine académique au Québec, l'utilisation du médicament, le rôle de l'infirmière praticienne, les relations fédérales-provinciales-territoriales en santé et services sociaux ainsi que l'informatisation du réseau.

Chaque équipe devra dégager des pistes d'action prioritaires et proposer les modes d'implantation les plus appropriés. Les résultats des travaux sur la régionalisation, sur le Commissaire à la santé de même que sur la modernisation de la médecine académique seront connus dès l'automne. Des consultations adaptées à chaque thème seront aussi menées afin de tenir compte des points de vue des parties concernées, y compris la population.

Au plan de la régionalisation des services sociaux et de santé, nous devons accroître la capacité à répondre aux besoins des gens le plus souvent possible dans leur milieu de vie, offrir des services coordonnés et intégrés en favorisant la prise en charge des personnes à travers l'organisation des services, contrôler les coûts, et éliminer les ruptures de services dans le système public, et favoriser la prise de décision le plus près possible de ceux qui livrent les services ou les utilisent.

Un autre changement-clé dans la gestion du réseau est la création d'un poste de Commissaire à la santé pour permettre une vigie continue de l'accessibilité aux services et l'arbitrage des choix par l'Assemblée nationale concernant, entre autres, les questions éthiques, la composition du panier de services, des médicaments et des technologies. Ce Commissaire nommé par l'Assemblée nationale, et donc indépendant du gouvernement, disposera de l'autorité morale requise pour promouvoir l'implantation d'une véritable culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement des services. Il aura le mandat de conseiller le gouvernement sur les choix à faire pour assurer l'évolution continue, cohérente et durable du système québécois de santé et de services sociaux, de même que sur la façon de contenir la croissance de l'enveloppe budgétaire consacrée à ce portefeuille. Ce sera un gage de transparence et une façon de dépolitiser autant que possible la gestion de notre système de santé et de services sociaux.

Mais il n'y a pas que la gestion du réseau qui doit évoluer; nous devons aussi moderniser la médecine académique au Québec afin de l'adapter aux nouvelles réalités. Pour ce faire, nous devons maintenir les soins de première et de deuxième ligne à proximité des gens et concentrer les services de nature académique dans les réseaux universitaires intégrés de santé, ou RUIS en abrégé. Quatre réseaux universitaires intégrés de santé sont donc créés: le RUIS de l'Université Laval, de l'Université McGill, l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke. Ces

nouveaux réseaux favoriseront l'excellence en matière de soins, l'acquisition et le transfert des connaissances, l'évaluation des technologies, tout en permettant de mieux répondre aux besoins de la clientèle étudiante. Établissant des liens privilégiés avec le milieu médical des régions du Québec, les réseaux universitaires intégrés de santé devront en outre harmoniser leurs activités avec l'organisation des services médicaux et de santé des régions qu'ils parrainent, susciter un partenariat avec ces milieux et y développer la formation en assurant un soutien professionnel.

En misant sur la complémentarité des établissements plutôt que sur la compétition, nous parviendrons à offrir à la population des services médicaux complets et de qualité. À terme, chacun des grands centres hospitaliers du Québec aura une mission liée à un certain nombre de spécialités. Les mandats respectifs de chaque hôpital deviendront rapidement de véritables outils de gestion à portée régionale et constitueront des centres de référence clairs pour les patients, qui se retrouveront facilement dans la nouvelle organisation.

Dans un autre ordre d'idées, nous sommes tous conscients de l'impact de l'utilisation du médicament sur les finances publiques québécoises. Or, le régime général d'assurance médicaments est un acquis social important pour le Québec, parce qu'il a donné une couverture pour les médicaments à des gens qui, auparavant, n'en avaient pas. Nous devons le préserver, cependant en l'améliorant et en remplissant nos engagements pour les plus défavorisés.

À cet égard, un comité tripartite, formé du ministre, de la Régie de l'assurance maladie et du Conseil du médicament, a été formé pour étudier l'ensemble des questions touchant les prix des médicaments, qu'il s'agisse du prix du fabricant, de la marge de profit du grossiste ou des pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques à l'égard des médecins et des pharmaciens. Les premières recommandations du comité sont attendues en décembre prochain.

Nous avons aussi amorcé des travaux qui mèneront à l'élaboration d'une véritable politique du médicament. Ces travaux porteront sur la disponibilité des médicaments, l'accès équitable et raisonnable aux médicaments pour les citoyens, la détermination d'un prix du médicament raisonnable pour le régime ainsi que l'utilisation optimale des médicaments. Les résultats de ces travaux alimenteront le vaste débat que le Québec doit tenir sur la manière de concilier la double mission du régime général d'assurance médicaments, à savoir celle d'assistance et d'assurance, et de préserver le régime à un coût raisonnable pour l'ensemble de la population.

Par ailleurs, dans un contexte de pénurie d'effectifs médicaux, il importe de trouver des façons de mieux utiliser les compétences des personnes et de rendre les tâches plus stimulantes pour le personnel. Nous comptons donc voir comment nous pourrions faire progresser le rôle de l'infirmière dans les soins de première ligne, comme c'est le cas de l'infirmière praticienne, et élargir son rôle en assistance opératoire.

Au plan des relations fédérales-provinciales et territoriales, le premier ministre déclarait récemment qu'une nouvelle ère de collaboration interprovinciale

était lancée afin d'obtenir davantage d'argent du gouvernement fédéral pour mieux financer les soins de santé et corriger le déséquilibre fiscal. De notre côté, nous devons dorénavant assurer une présence soutenue aux travaux et aux rencontres de nos homologues pour pouvoir mieux faire entendre la voix du Québec et surtout profiter de toutes les opportunités pour financer les innovations que nous devons introduire, notamment pour ce qui est des technologies de l'information.

Concernant l'informatisation du réseau, il nous faut proposer un plan d'organisation et de développement des ressources qui viendra soutenir la prestation des services et la mise en réseau encore optimale des établissements sociosanitaires.

Enfin, j'ai demandé que soient accélérés les travaux de la table de concertation et de coordination sur l'allocation des ressources créée en novembre dernier. Cette table a pour mandat de proposer un nouveau modèle de budgétisation qui corrigera les inéquités entre les régions et entre les établissements qui crée le modèle actuel. Dans ce nouveau modèle, l'argent suivra le patient, parce que la répartition tiendra compte des caractéristiques de la population et de ses besoins en matière de services de santé et de services sociaux. J'ai demandé que ce nouveau mode d'allocation s'applique graduellement dès le mois d'avril 2004.

Enfin, il subsiste trois grands domaines pour lesquels nous devons recentrer les actions gouvernementales qui sont éclatées et dispersées dans le réseau actuel, trois véritables priorités nationales. Il y a d'abord la santé mentale, un domaine pour lequel j'ai la plus grande préoccupation parce qu'il touche les plus vulnérables parmi nous, les gens qui sont sans voix. Ces personnes ont rarement l'occasion de se faire entendre, et j'ai l'intention de tout faire pour les aider à être écoutés et pour leur offrir une réponse adaptée à leurs besoins.

Deuxièmement, la lutte contre le cancer est un autre domaine où les actions sont extrêmement fragmentées. Le Québec est en retard par rapport au reste du Canada à ce chapitre, et nous devons mieux intégrer notre action pour combattre efficacement cette maladie.

L'état de santé des populations autochtones est le troisième domaine où notre offre de service est mal adaptée à la réalité géographique et culturelle de ces personnes. Nous devons revoir notre offre globale de services sociaux et de soins de santé aux populations autochtones et l'inscrire dans une action gouvernementale plus large, car leur situation socioéconomique a bien sûr un impact fondamental sur la santé.

M. le Président, je viens d'exposer les cibles prioritaires du ministère de la Santé et des Services sociaux pour les prochaines années en vue d'introduire immédiatement les améliorations substantielles dans la prestation des services partout au Québec, de répondre aux besoins de la population et de vaincre l'attente. Ces actions constituent les premiers pas vers une réorganisation significative du réseau de la santé et des services sociaux et son recentrage sur ses missions essentielles.

Pour les mettre en oeuvre, nous faisons appel à l'expertise des gens qui oeuvrent dans le réseau et qui dispensent les services à la population, car le renouveau du réseau de la santé et des services sociaux repose sur

leur savoir-faire et sur leur volonté d'offrir à leurs concitoyens les services qu'ils sont en droit de recevoir. Déjà, je constate que l'espoir renaît au sein des équipes du réseau et qu'elles reprennent confiance devant les changements qui se dessinent, et qu'elles adhèrent également aux changements qui se dessinent. La tâche s'annonce néanmoins complexe et ardue. Mais une chose demeure: nous avons l'obligation de nous donner des objectifs clairs, de définir le cap et de prendre les moyens de le maintenir sans égard aux difficultés qui se dresseront sur notre route.

M. le Président, membres de la commission, à titre d'élus, nous avons tous et toutes à coeur l'amélioration de notre système de santé et de services sociaux. C'est sans doute le défi le plus considérable auquel nous aurons à faire face au cours des prochaines années. Mais, comme Québécois et comme Québécoises, nous ne devrions jamais accepter que nous ne puissions faire mieux, beaucoup mieux, que ce que nous avons fait jusqu'à maintenant. Gouverner, c'est faire des choix. La population du Québec nous a démocratiquement fait connaître le sien. Par nos actions, notamment pour assurer le renouveau de notre système de santé et de services sociaux, nous lui confirmerons la justesse de ce choix. Je vous remercie, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, M. le ministre. Maintenant, je cède la parole à M. le député de Saint-Hyacinthe et porte-parole de l'opposition officielle en matière de condition des aînés. M. le député.

M. Léandre Dion

M. Dion: Merci, M. le Président. Je suis très heureux de vous saluer ce matin et de vous féliciter pour votre nomination à ce poste de président de la commission de la santé et des services sociaux. Je veux aussi féliciter M. le ministre, puisque c'est la première fois que je m'adresse à lui publiquement depuis sa nomination comme ministre de la Santé et des Services sociaux. Et on a vu, d'après vos remarques préliminaires, que vous avez pas mal de pain sur la planche, que vous avez beaucoup de beaux projets. Imaginez-vous qu'on va vous aider à atteindre ces objectifs que vous avez fixés et à réaliser vos projets, évidemment à la façon de l'opposition comme il se doit.

● (10 heures) ●

Et je voudrais en même temps saluer mes collègues qui sont autour de la table et qui sont avec nous ce matin, de même que les gens qui vous accompagnent, M. le ministre, qui sont ici pour nous aider à faire ces travaux. Et je voudrais aussi en profiter parce que, vous savez, les aînés, ce sont des gens généralement... c'est peut-être la couche de la société la plus politisée dans toute la société. Donc, il y a quand même pas mal d'aînés qui vous écoutent ce matin, M. le ministre, et qui m'écoutent aussi, et qui vont écouter mes collègues qui vont poser des questions.

Alors, je voudrais les saluer d'abord, saluer les représentants de la FADOQ et en particulier M. Boyer, qui vient juste d'être élu président, le nouveau président de la FADOQ. Et j'ai parlé aussi à sa représentante, c'est-à-dire à sa secrétaire générale, sa directrice, qui est

une femme charmante et qui est très dévouée à la condition des aînés aussi. Je salue, même si je ne les ai pas vus dans la salle, les représentants du Conseil des aînés. J'aurais aimé ça les voir autour de vous, M. le ministre. Il me semble que ça aurait été un bon indice de l'importance que vous accordez à leur travail.

Alors, M. le ministre, je voudrais... évidemment, vous avez, vous, fait un exposé des remarques préliminaires qui évidemment ont trait à toute votre responsabilité concernant la santé. Or, vous savez comme moi qu'environ 70 % des aînés n'ont pas de problème de santé particulier, hein. Ils sont comme vous et comme moi, on n'a pas de problème de santé particulier. Donc, évidemment, c'est sûr que, moi, ce que je vais vous inviter... pendant les deux heures qui suivent, c'est à concentrer votre attention d'une façon particulière sur ce que sont les aînés et ce que sont leurs besoins.

Bien sûr, les aînés, qu'ils soient malades ou pas malades, ce sont des gens qui ont beaucoup fait pour nous. C'est eux qui ont bâti le Québec qu'on a aujourd'hui. Ce sont les aînés qui ont fait toutes ces révolutions extraordinaires qu'on a eues depuis 60 ans. Il y a 50 ans, on n'avait pas encore la nationalisation de l'électricité. Ça s'est fait par la suite. Donc, il y a environ 40 ans, ce sont nos aînés qui ont fait ça et qui ont permis que tout le monde ait des services égaux à des frais relativement limités. Il y a 30 ans, la Baie-James, c'est les aînés qui ont fait ça aussi. Il y a 24 ans, la loi 101, pour protéger notre langue, c'est important. La réforme électorale, la Loi sur la protection du territoire agricole, la Loi sur l'assurance automobile, enfin tout ce qu'est le Québec aujourd'hui a été bâti peu à peu avec des efforts considérables par nos aînés et, en partie aussi, par des gens qui sont ici, dans la salle. Mais évidemment, certains deviendront aînés plus vite que d'autres, ce qui est normal, ce qui est la loi de la vie.

Et je crois que nous devons une fière chandelle à nos aînés. Ils sont importants, et c'est pour ça que je pense que le gouvernement doit avoir une attention particulière pour les aînés, d'abord en hommage de reconnaissance, mais aussi parce qu'ils sont encore là, ils sont avec nous et plusieurs, une proportion très importante, participent activement à la vie de la société et sont en mesure de nous donner des avis fort pertinents sur ce qu'il faut faire pour l'avenir, des avis fondés et enracinés dans leur expérience personnelle. Alors, c'est important qu'on se souvienne de cela.

Voyez-vous, juste une petite parenthèse que je vais faire. Chez nous, on a mis en place dernièrement quelque chose de très intéressant, qui correspond aussi à ce qui s'est fait à Sherbrooke et à Laval, mais enfin, je vais vous parler de chez nous parce que je connais bien: la Cité des biotechnologies. Bon. Ça s'est fait depuis huit ans, mais ça prend sa racine dans plus de 110 ans d'histoire. Honoré Mercier a été le premier à mettre en place l'École de laiterie à Saint-Hyacinthe. Plus tard, il y a eu le Collège d'agriculture; après ça, il y a eu l'ITA, la Faculté de médecine vétérinaire, les centres de recherche, ce qui fait que tout ce qui s'est fait dans les huit ans derniers sont reliés à ce qui s'est fait par les aînés et par ceux qui les ont précédés.

Alors, c'est important de se souvenir du rôle qu'ils ont joué et, quand il s'agit... quand nos aînés, pour

toutes sortes de raison, ont des problèmes de santé, il faut s'en souvenir, il faut s'en occuper correctement. Mais ils n'ont pas seulement que des problèmes de santé, ils ont aussi d'autres choses. À Saint-Hyacinthe, par exemple, le ministère de la Santé, il faut le reconnaître, a investi environ 20 millions dans le Centre Andrée-Perreault — je n'ai pas le chiffre précis — dans le Centre Andrée-Perreault, qui est un centre pour les personnes âgées vraiment... qui ont un degré d'autonomie vraiment limité, un centre ultramoderne qui fonctionne très bien parce qu'il y a un personnel absolument dévoué, et c'est quelque chose de très bien pour nos aînés.

Ensuite, près de 30 millions ont été investis pour rénover l'Hôtel-Dieu, cette vénérable institution des Soeurs grises. Cette institution qui a été bâtie patiemment mais qui, après plus de 100 ans, était devenue vétuste dans ses installations matérielles, il a fallu la rénover.

Donc, il y a eu des investissements importants consentis dans les dernières années pour ce qui est des... pour les aînés à Saint-Hyacinthe, pour les centres d'accueil, et tout ça. Et je suis sûr que c'est la même chose partout au Québec. Et sans doute que tout à l'heure vous pourriez nous indiquer, M. le ministre, un peu plus où est-ce que vous en allez avec les centres d'accueil, les centres de services de longue durée pour les aînés, afin qu'on puisse vraiment dire aux aînés qu'ils sont importants pour nous.

Je voudrais ajouter ceci. Moi, dans l'étude des crédits que nous allons faire présentement, mon objectif, c'est de faire en sorte que les aînés soient adéquatement informés des intentions du gouvernement en ce qui les concerne. C'est ça, mon objectif. Mon objectif, ce n'est pas de faire un tas de déclarations à saveur plutôt partisane, mais plutôt de faire en sorte que les aînés aient des informations précises sur ce à quoi ils peuvent s'attendre dans l'avenir de la part du gouvernement. Alors, M. le ministre, je vous dis dès maintenant que vous allez avoir toute ma collaboration pour faire en sorte que les aînés soient vraiment bien considérés par la société, qu'ils sentent que le ministère de la Santé, bien sûr, mais les autres ministères aussi — puisqu'ils n'ont pas seulement que des besoins de santé — que les autres aussi puissent vraiment leur rendre les services qu'ils attendent parce que leurs besoins sont nombreux.

Je parlais avec les gens de la FADOQ qui me disaient qu'une des choses qui les préoccupent au plus haut point — vous en avez parlé un peu tout à l'heure, quoique très brièvement, c'est bien sûr, c'étaient vos remarques préliminaires — toute la question du soutien des services ou des soins à domicile. C'est une des questions qui les préoccupent le plus. Parce que, vous savez, c'est normal que, quand on a été heureux à un endroit, dans sa résidence, dans son logement, on veuille y rester le plus longtemps possible. Alors donc, le soutien à domicile, services à domicile, soins à domicile, c'est quelque chose d'extrêmement important pour les aînés, et ils veulent savoir à quoi s'attendre là-dessus.

Une autre chose qui est un peu un corollaire sans doute des services à domicile, qui est toute la question des groupes de médecine de famille. Je pense

que vous avez déjà dit des choses un peu générales, peut-être que vous pourriez être un peu plus précis aujourd'hui sur la question des groupes de médecine de famille, parce qu'il me semble qu'il y a là un instrument qui existe déjà, qui commence à se mettre en place mais qui peut rendre des services énormes pour le soutien à domicile.

Une autre chose, vous en avez parlé un peu tout à l'heure, et je m'en réjouis, M. le ministre, très sincèrement, vous avez parlé d'investissements pour raccourcir les listes d'attente, en particulier dans certains types de chirurgie, dont certains regardent plus les aînés, la question des hanches, des genoux, la question aussi des cataractes et ces choses-là. Alors, j'aimerais peut-être qu'on ait un peu plus de précisions là-dessus.

J'aimerais aussi... vous savez, les aînés demandent des choses, ont besoin de choses mais ils organisent des choses, ils font des choses pour eux-mêmes et pour la société. Pour eux-mêmes, ils ont mis en place un magnifique programme d'évaluation des résidences privées, des petites résidences privées pour les aînés. C'est très important parce que, quand on a... si on est déjà un aîné ou qu'on a un aîné à notre charge et qu'on cherche un endroit qui pourrait être un substitut à une résidence personnelle qu'on doit quitter de toute façon, bien, on aime savoir où aller et quel est l'état des services qu'on va leur offrir. Alors, tout le mécanisme des Roses d'or, donc de l'évaluation des résidences privées, est quelque chose de très important qui a été initié par la FADOQ, et sans doute que vous voudrez nous dire que vous allez appuyer ce mécanisme-là.

Une autre chose qui est... un autre sujet qu'ils m'ont soumis, c'est la question du transport, transport adapté pour les aînés, que ce soit en ville, que ce soit à la campagne, parce qu'il y a encore quand même beaucoup de nos aînés qui sont nés à la campagne et qui souhaitent demeurer à la campagne. Mais, pour que ce soit possible, il faut qu'ils aient un certain transport qui leur permette d'aller à leurs affaires et de bénéficier des soins dont ils ont besoin. Donc, un transport adapté pour les aînés, c'est quelque chose d'extrêmement important, M. le ministre, et sans doute que vous voudrez nous en dire davantage à ce sujet.

● (10 h 10) ●

Alors, je vous réitère donc, M. le ministre, ma collaboration pour faire en sorte que nos aînés au Québec sentent qu'il y a une société, que leurs enfants — en fait, on est leurs enfants — que leurs enfants les aiment et qu'ils sont préoccupés de leur bien-être, qu'ils sont préoccupés de voir qu'ils peuvent vieillir en santé dans la société et non en dehors de la société, qu'ils sentent qu'ils sont importants pour nous et qu'on les écoute quand ils parlent.

Donc, M. le ministre, je vous offre mon entière collaboration et j'ai l'intention de vous aider de mon mieux dans ma fonction actuelle pour faire en sorte que nous atteignons cet objectif-là au bénéfice de nos aînés. Merci, M. le ministre. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le député. À moins qu'il y ait d'autres députés qui désirent faire des remarques préliminaires? Mme la députée de Terrebonne.

Mme Jocelyne Caron

Mme Caron: Oui, M. le Président. Alors, très brièvement, vous comprendrez que, comme porte-parole de l'opposition officielle en matière de condition féminine, toute la question du dossier de la santé et des services sociaux me préoccupe particulièrement et, si on se parle des aînés aussi, puisque, si on regarde au niveau du nombre, au niveau des services à utiliser, c'est évident que les femmes sont extrêmement préoccupées.

Mon collègue de Saint-Hyacinthe rappelait à juste titre l'histoire et l'importance de nos aînés. À ce sujet, je dirai simplement une seule phrase: Ce qui me peine toujours, au niveau de notre histoire, c'est le grand silence qui entoure l'action des femmes dans les différents domaines de la société québécoise. Puis c'est vrai dans d'autres pays aussi, mais il faut rappeler à quel point les femmes ont joué un rôle extrêmement important à ce niveau-là. Elles sont aussi très préoccupées au niveau des services de santé évidemment pour elles-mêmes, pour leurs familles et pour l'ensemble de la société québécoise.

Dans les services de santé, les services sociaux aussi, il faut rappeler, au niveau des professionnels, l'importance des femmes, là aussi, en qualité, en nombre, au niveau des services professionnels. Tantôt, j'entendais le ministre nous parler de l'importance d'une meilleure utilisation des professionnels, et en particulier un chantier au niveau des infirmières: comment on pourrait utiliser davantage et mieux les infirmières? Je souhaiterais aussi qu'on étende cette réflexion-là à l'ensemble des professionnels, parce que je pense qu'il y a aussi chez nos professionnels certaines médecines alternatives auxquelles nous croyons profondément et qui nous permettraient effectivement d'avoir une meilleure efficacité au niveau du système de santé et de services sociaux.

J'aimerais aussi entendre un petit peu l'opinion du ministre concernant la place des sages-femmes dans notre système de santé — nous savons que nous avons adopté une loi, il y a quelques années, concernant la profession des sages-femmes — alors, les intentions du nouveau gouvernement par rapport aux sages-femmes.

Je suis très préoccupée, moi aussi, comme mon collègue, par le soutien des personnes à domicile, et, évidemment, j'ajouterais l'aspect des personnes aidantes, les personnes dites aidantes naturelles — ce n'est pas si naturel que ça. Et on sait que les personnes aidantes naturelles sont très majoritairement des femmes. Alors, le ministre nous a glissé tantôt qu'il y aurait un soutien aux personnes aidantes, alors c'est sûr que j'aimerais l'entendre de manière plus précise sur ces choses-là.

Et, évidemment, j'aurai quelques questions au cours de la journée sur l'engagement concernant le 8 millions contre la violence, l'engagement pour les maisons d'hébergement, pour les centres de femmes, comment va se faire cette répartition-là et quels sont les critères qui vont être retenus.

Alors, ma préoccupation aura toujours évidemment l'angle d'une meilleure condition de vie pour les femmes. Merci, M. le Président.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée de Terrebonne. À moins qu'il y ait d'autres remarques préliminaires, on pourrait débiter le premier échange de 20 minutes. M. le député de Saint-Hyacinthe.

Nouvelles constructions prévues à l'intention des aînés pour 2003-2004

M. Dion: Merci, M. le Président. Je remercie ma collègue pour ses remarques concernant les femmes, parce que je pense que, parmi les aînés, le mot «aîné» se conjugue, je pense, deux fois sur trois au féminin. C'est considérable, hein? Et c'est sûr que, quand on pense aux soins de santé, bien, c'est probablement neuf fois sur 10 que ça se conjugue au féminin quand on pense autant aux infirmières qu'aux médecins. Alors, c'est sûr que les femmes jouent un rôle extrêmement important et, pour les aider dans leur travail, évidemment, dans le passé, on a investi beaucoup pour les aînés.

Donc, je voudrais parler en particulier des immobilisations qu'on a consenties dans le passé, et j'aimerais savoir évidemment où est-ce qu'on s'en va. Dans le passé, on a investi de façon plus ou moins considérable parce que, selon le moment où est affecté le budget... Mettons, par exemple, que vous affectez un budget de 50 millions à la construction d'un centre de soins de longue durée, vous allez l'affecter dans un budget, mais la dépense va peut-être s'échelonner sur cinq ans ou six ans. Donc, les chiffres peuvent être un peu trompeurs. Mais, si je prends, par exemple, l'année 2001-2002, nous avons investi dans le passé 150 millions et un peu plus, presque 151 millions de dollars, dans l'immobilisation dans les CHSLD, si mes informations sont bonnes. Je pense au centre d'hébergement Estriade, 33,5 millions, je pense au centre hospitalier Meilleur, à Repentigny, 18 millions, presque 19, et ainsi de suite, pour un total de 150 millions.

J'aimerais savoir, M. le ministre, bien simplement, quelles sont vos projections d'immobilisations, en particulier pour les aînés, pour l'année 2003-2004.

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

M. Couillard: M. le Président, d'abord quelques remarques en réaction aux remarques préliminaires de mes deux collègues. Effectivement, le Conseil des aînés n'est pas représenté ici aujourd'hui. Cependant, nous avons le président du Secrétariat aux aînés, M. Bazin, qui est parmi nous et dont j'ai signalé la présence au début.

M. le député de Saint-Hyacinthe a fait une remarque tout à fait judicieuse lorsqu'il mentionne que la majorité des personnes âgées actuellement sont en bonne santé, et c'est une chose qu'il faudra répéter parce que, malheureusement, on a créé dans la population, volontairement ou non, la perception que, par exemple, la majorité des... l'augmentation des coûts de santé et de services sociaux était due au vieillissement de la population. Il y a même des sondages qui montrent actuellement qu'il y a une partie de la population qui croit ça, qui croit que la majeure partie de l'augmentation des coûts est due au vieillissement, alors que ce

n'est pas le cas. Et je vous engage à consulter plusieurs études, M. le Président, et chers collègues, et une en particulier, le Dr Réjean Hébert de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, qui montre, comme vous l'avez dit, M. le député de Saint-Hyacinthe, que les gens âgés vivent de plus en plus en santé, que ce dont on a besoin pour eux, ce sont des meilleurs milieux de vie, des meilleurs programmes de maintien à domicile, et certainement que les médicaments ont un rôle important à jouer. Et ça, c'est important encore une fois de le rappeler, le Dr Hébert, dans son étude, calculait que seulement 1 % à 2 % de l'augmentation des coûts en santé ou des coûts en santé et services sociaux était attribuable au vieillissement de la population.

La situation actuelle des aînés en termes de qualité de services par exemple, l'hébergement ou les soins à domicile, reflète, d'après moi, un échec collectif de notre société au cours des dernières années. Et je suis heureux d'entendre tantôt mon collègue mentionner qu'il ne voulait pas donner de ton inutilement partisan à nos échanges, et je l'assure de la même préoccupation que j'ai. Cette préoccupation, cette responsabilité, elle est collective, et notre société n'a pas fait assez au cours des dernières années pour les aînés. Et c'est certain cependant que le gouvernement élu doit en prendre l'imputabilité, mais je pense que c'est une responsabilité qui dépasse le rôle du gouvernement. Par exemple, il y a eu plus de 4 000 lits de soins prolongés fermés entre 1994 et 2000; il y a encore 4 000 personnes en attente d'hébergement et seulement 73 % environ des besoins sont comblés en établissement.

Et on peut rappeler brièvement les conclusions de la Commission des droits de la personne sur l'exploitation des personnes âgées, celles dévastatrices du Vérificateur général en juin 2002, et je pense qu'on n'a pas besoin de revenir de façon précise sur ces questions, elles sont bien connues dans la population.

On fait état également de l'importance de l'hébergement et du maintien à domicile. Effectivement, c'est une partie des services excessivement importante non pas seulement pour les personnes âgées elles-mêmes, mais pour l'ensemble de la population que nous servons. Si je prends comme exemple, pour souligner un parallèle très important, la question de l'engorgement des salles d'urgence, on sait qu'une des raisons principales, sinon la raison principale de l'engorgement des salles d'urgence, c'est le fait que nous ne disposons pas de lits d'hospitalisation. Il y a des gens autour de la table qui ont vécu des expériences personnelles récentes à ce sujet-là. Nous ne disposons pas de lits d'hospitalisation en assez grand nombre sur les étages. Pas parce qu'il manque de lits, parce qu'une grande partie de ces lits d'hospitalisation sont occupés par des personnes qui normalement devraient être transférées en milieu d'hébergement.

● (10 h 20) ●

Alors, l'hébergement et le maintien à domicile sont, à mon avis, des priorités majeures pour l'ensemble du réseau de santé et non pas spécifiquement pour les aînés qui, bien sûr, sont une grande partie de la clientèle. Et la même remarque s'applique également pour la question des listes d'attente pour la chirurgie, surtout pour la chirurgie avec hospitalisation parce qu'encore une fois on a besoin d'un lit d'hôpital qui

souvent va être occupé. Et ce n'est pas de sa faute, la personne n'est pas responsable de cet état de choses. C'est le système actuel qui ne permet pas de répondre aux besoins. Ce lit d'hôpital va donc être occupé par des gens en attente d'hébergement.

Et, à cet effet, nous serons heureux de constater que les sommes que nous avons consacrées à l'engorgement des urgences dans les annonces de mai dernier sont pour la plupart consacrées à l'achat de places en soins prolongés à brève échéance. Et déjà, les actions ont commencé dans les diverses régions du Québec à cet égard. Tout cela pour répéter que la solution des problèmes des urgences n'est souvent pas dans l'urgence elle-même. Elle se trouve avant ou après le séjour à la salle d'urgence, et c'est là qu'il faudra diriger nos investissements.

Les groupes de médecine de famille, on y a fait allusion tantôt, c'est une formule qui est excellente, à laquelle nous croyons, mais cependant que nous voulons moduler en fonction des régions du Québec. Il y a des régions où cette formule fonctionne très bien, surtout les régions rurales. En milieux urbains densément peuplés, et nommément à Montréal, c'est difficile. On a de la difficulté à intéresser les médecins à se joindre à cette formule-là.

Alors, on est en train actuellement de discuter avec eux et d'envisager des méthodes ou des formules allégées ou différenciées pour la pratique en milieux urbains, de sorte qu'on puisse offrir à nos concitoyens et nos concitoyennes qui vivent dans des grandes villes la même prise en charge et le même suivi continu qui est l'essence même de la mission des groupes de médecine de famille.

Les sages-femmes, Mme la députée y a fait allusion. Je crois personnellement à l'implication ou l'expansion du rôle des sages-femmes dans notre système de santé. Je pense que cette implication doit être double, d'une part, dans les maisons de naissance. On sait qu'il y a plusieurs projets actuellement dont ici, dans la ville de Québec, en collaboration avec l'Hôpital Saint-François d'Assise. Mais, personnellement, je crois que le futur, l'avenir de cette profession... Et ça a été le cas en Europe également où il y a des exemples de succès. Là-bas, les sages-femmes, on n'en discute même plus. Ça fait partie de la réalité quotidienne, autant en Angleterre qu'en France, par exemple.

Mais, dans ces pays, le succès de la profession de sage-femme a été fait par leur implication, leur intégration dans le milieu hospitalier. Et je pense que ça, c'est une avenue qu'il faut pousser et qu'il faut développer avec les personnes qui représentent les associations de sages-femmes. Donc, d'une part, les maisons de naissance, oui, le choix des femmes d'accoucher dans le milieu où elles le désirent; mais, d'autre part, la présence des sages-femmes également dans les milieux hospitaliers avec une entité bien reconnue et spécifique.

Les personnes aidantes bien sûr font l'objet de notre préoccupation. Dans notre programme, nous avons l'augmentation du crédit d'impôt pour les soutiens des personnes en perte d'autonomie, et ceci sera réalisé au cours de notre mandat.

Pour ce qui est de l'immobilisation, M. le député de Saint-Hyacinthe y a fait allusion dans sa remarque

tantôt, c'est certain que c'est important, la construction. Il faut en construire, des nouveaux CHSLD, puis des places; on en a perdu beaucoup. Il ne faut pas oublier cependant les soins également. Il y a peut-être eu un oubli au cours des dernières années. On a bâti beaucoup de nouvelles bâtisses, mais en termes de qualité, de l'intensité de soins, on ne peut pas dire qu'on a suivi vraiment la marche. Il y a un décalage qui persiste.

Dans ce qu'on appelle le PTI, le plan triennal d'immobilisation 2003-2006, il y a encore de la place pour construire environ entre 235 et 240 lits de soins prolongés. Alors, c'est ce qu'on va essayer de prioriser d'ici la fin de ce PTI là. Il y a des projets qui sont actuellement en cours, des projets qui sont au stade de mise à l'étude. Et vous savez, l'immobilisation, mesdames et messieurs, c'est comme le reste du système de santé, c'est une mer infinie de demandes. On calculait l'autre jour qu'il y a pour 1,7 milliard de dollars de projets actuellement déposés.

Alors, il faut faire des choix, mais il faut que ces choix soient cohérents avec nos priorités. Et je vais expliquer tantôt que la question de l'hébergement en soins prolongés est une priorité non seulement spécifiquement pour la population aînée du Québec, mais pour l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Et, pour augmenter l'accessibilité des soins pour l'ensemble des citoyens, il faut absolument agir de façon déterminante sur l'hébergement.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Dion: Oui. M. le ministre, c'est très intéressant, ce que vous me dites, mais j'aurais aimé avoir des chiffres un peu plus précis sur les engagements dans la présente année en termes... Parce que c'est sûr que c'est un processus global puis ça, on comprend bien ça, et j'aurais aimé avoir... Et ma question portait sur: Quel est le programme d'immobilisations — donc, c'est des montants d'argent précis — pour l'année 2003-2004? Évidemment, je suis intéressé aussi à savoir le montant d'argent que vous prévoyez investir de 2003 à 2006, là, et je comprends qu'il y a des demandes beaucoup de la part des hôpitaux réguliers aussi, les soins de courte durée. C'est important aussi.

Mais j'aimerais avoir des chiffres un peu plus précis de façon à ce qu'on puisse avoir quelque chose de plus intéressant pour les personnes âgées, de voir qu'on fait vraiment des choses, qu'on investit vraiment pour satisfaire leurs besoins.

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

M. Couillard: Alors, d'une part, dans ce qui reste à faire... Il y a des projets qui avaient été déjà autorisés par le gouvernement précédent, et, par souci de cohérence, je n'ai pas voulu revisiter ces priorités-là. Parce que, si on commence à défaire ces priorités-là, qui étaient, je l'assume, faites pour de bonnes raisons, on crée énormément d'insatisfaction et de déception dans les milieux. De sorte que, pour la fin de l'année financière en cours, on va respecter tous les engagements qui avaient été pris par l'ancien gouvernement. Il y en avait, en fait, qui restent à faire pour près de 156 millions de

dollars jusqu'à la fin de l'année. Et, dans les engagements de 156 millions qui ont été priorisés par le gouvernement qui nous a précédés, il y a deux projets de CHSLD: un qui est le Foyer Rousselot, pour 2 millions, et l'autre qui est l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, pour 1,5 million de dollars.

Maintenant, pour le reste du programme triennal, j'ai indiqué tantôt que le — comment dire? — le plan prévoyait l'ajout de près de 235 lits en soins prolongés au cours des trois prochaines années. Il y a actuellement, dans les projets à l'étude, une valeur de 63 millions qui sont à l'étude pour 700 lits environ dans l'ensemble du réseau. Il ne s'agirait pas d'être très spécifique, là, la liste serait très longue. Mais vous savez qu'entre la mise à l'étude et l'exécution il y a une continuité qui n'est pas nécessairement là. Il y a plusieurs processus de sélection au cours de l'élaboration d'un projet immobilier. Il y a d'abord le plan fonctionnel et technique, ensuite la mise à l'étude, puis ensuite l'exécution. Et chaque fois on perd des joueurs, hein? C'est un processus d'entonnoir.

Alors, il est difficile pour moi, M. le député, de répondre à votre question de façon précise aujourd'hui, là. Ce que je peux vous dire de façon précise, c'est que, sur 156 millions qui avaient été priorisés par le gouvernement précédent pour 2003-2004, il y a 3,5 millions qui sont des projets de CHSLD.

Le Président (M. Copeman): M. le député, oui.

Stratégie en vue de favoriser l'implantation des groupes de médecine de famille

M. Dion: Oui, merci, M. le Président. Au sujet des GMF, vous avez mentionné tout à l'heure qu'il y avait une certaine difficulté d'intéresser les médecins à faire partie des GMF. Sans doute qu'il y a des endroits où c'est plus difficile que d'autres, je ne sais pas, peut-être que c'est à Montréal où la difficulté est la plus grande, mais je sais qu'il y a quand même beaucoup d'endroits où des démarches sont entreprises par des groupes de médecins. Par exemple, à Saint-Hyacinthe, il y a trois groupes qui sont en formation, dont deux qui sont très avancés, et il y en a un peu partout au Québec, et, eux, ce qu'ils nous disent sur le terrain, c'est que ce qui les embête beaucoup, c'est qu'ils trouvent le système très complexe. Ils trouvent que les démarches sont très lourdes, et c'est long d'arriver à une conclusion. Et ce que les promoteurs nous disent, ils disent: Si on... il est important que l'on continue le programme dans le rythme dans lequel... plus ou moins dans le rythme dans lequel il a été commencé pour éviter de trop retarder et de décourager les médecins. Parce que, dans ça comme dans le reste, quand le train est passé, c'est difficile de redonner l'enthousiasme et de redonner le désir de recommencer. Quand on a manqué son coup une fois, c'est difficile de recommencer. Alors donc, le rythme de développement des GMF me semble une chose quand même qui est à traiter avec une certaine délicatesse et avec une certaine fermeté aussi.

Alors, à cet égard, je pense qu'il y a... J'aimerais savoir si, M. le ministre, vous pouvez faire quelque chose pour hâter le processus administratif non pas pour précéder le travail fait par les médecins eux-mêmes,

parce qu'on sait bien que les groupes de médecine de famille ne peuvent pas s'imposer de l'extérieur, mais pour hâter le mécanisme administratif pour qu'ils n'aient pas à attendre des mois et des mois avant de pouvoir procéder.

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

M. Couillard: Effectivement, c'est une constatation que j'ai entendue de plusieurs groupes de médecins dans la province concernant la lourdeur et une certaine rigidité dans le processus. Je pense qu'il y a quatre ou cinq contrats que chaque médecin doit signer avec ses collègues, le CLSC, la région régionale, et, pour plusieurs, ça semble rébarbatif. Mais heureusement, encore une fois, dans les régions autres qu'urbaines à haute densité de population — vous en faites vous-même état dans votre remarque, dans votre région — il y a plusieurs médecins qui sont intéressés. Et surtout les jeunes médecins maintenant sont très intéressés à adopter cette façon de pratiquer, parce que ça permet de partager beaucoup la couverture, la garde, les responsabilités parfois lourdes qui sont liées à la pratique médicale.

Pour la région de Montréal, la région métropolitaine de Montréal, il est clair qu'il va falloir trouver des formules, je dirais, équivalentes sur le plan de la mission mais peut-être différentes sur le plan de la forme.

Alors, je suis allé l'autre jour inaugurer un groupe de médecine de famille à Verdun, à Montréal, qui s'était mis en association avec la clinique de médecine de famille de l'hôpital de Verdun. Et ce que le médecin qui est directeur de cet unité de médecine familiale me disait, c'est que ses collègues lui ont dit: Écoute, on ne comprend rien dans les contrats, et tout, on va te faire confiance, c'est notre représentant. Si tu penses que c'est bon pour nous, on va adhérer à ça. Alors, c'est comme ça que ça s'est fait. Cette personne-là, qui a un sens du leadership extrêmement grand, a pensé que c'était dans l'intérêt de ce groupe de médecins d'aller de l'avant dans le concept GMF, et ça s'est fait.

● (10 h 30) ●

Maintenant, il faut se rendre compte que, dans le reste de la région de Montréal, ce n'est pas aussi évident. De sorte qu'on a décidé d'extraire de ça, de la formule GMF... Quel est l'essentiel de la formule GMF, c'est quoi? C'est l'inscription d'une clientèle et son suivi continu.

Ce qui est difficile dans le réseau de santé actuel, c'est ce qu'on appelle les patients orphelins, c'est d'avoir des malades qui viennent à une clinique sans rendez-vous, par exemple, dans une sorte de système de portes tournantes, et qui en ressortent une fois le problème aigu réglé, mais qui n'ont toujours pas de médecin de famille pour les suivre de façon longitudinale. Alors, c'est le point qu'on veut absolument conserver.

Il y a beaucoup de choses dans la formule GMF qui sont périphériques, je dirais, et qu'on peut modifier ou alléger pour la pratique en milieu urbain. Mais le concept d'inscription de la clientèle et de prise en charge continue, c'est quelque chose d'essentiel, auquel on tient absolument et sur lequel on ne reculera pas.

Maintenant, il y a des formules qui peuvent être étudiées avec intérêt en milieu urbain. Je pense, par exemple, à la formule de la clinique réseau, qui est une formule où une clinique médicale privée, habituellement,

établit des ententes de type contractuel avec un CLSC et surtout des plateaux diagnostics. Ce qu'on appelle les plateaux diagnostics, ce sont des endroits où on peut avoir des radiographies ou des tests de laboratoire à n'importe quelle heure du jour, de la soirée ou de la nuit. Alors, ça, en soi, avec une clientèle inscrite et suivie, ce n'est pas tout l'ensemble du concept du GMF, mais ce serait suffisant pour améliorer beaucoup, en milieu urbain, la prestation des soins. Parce que vous savez, quand on va à l'urgence, souvent, si heureusement ce n'est pas pour une question de soins de santé urgents ou majeurs, on a de la température et on tousse, par exemple, puis on veut savoir si on a une pneumonie, bien, malheureusement, dans l'état actuel des choses, on n'a pas d'autre choix qu'aller s'asseoir à l'urgence parce qu'on sait que, de toute façon, si on va voir notre médecin à la clinique, il ou elle, de toute façon, va nous envoyer à l'urgence, n'ayant pas la capacité de faire les analyses requises. Alors, si on donne cet accès aux plateaux diagnostics directement à partir des cliniques médicales, je pense qu'on va clairement améliorer la situation.

Mais, encore une fois, je répète, là — puis il faut que ce soit bien clair parmi la population et la profession médicale — lorsqu'on nous propose les formules alternes que les groupes de médecine de famille en milieu urbain, si on n'y retrouve pas l'inscription d'une clientèle et son suivi continu, on ne va pas plus loin dans cette conversation. On veut effectivement conserver ce qui est le noyau dur du concept du groupe de médecine de famille.

On a également, là, pour améliorer les soins et la continuité des soins, vous êtes au courant des activités médicales prioritaires ou particulières auxquelles sont astreints les médecins, et on en fait actuellement un élément de conversation très active avec les médecins omnipraticiens, de façon à s'assurer que certaines missions, certains aspects de la pratique médicale soient effectués en priorité par tous les médecins, dans toutes les régions du Québec.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Dion: Oui, merci, M. le Président. Je pense que c'est très intéressant ce que vous dites, M. le ministre, parce que, quand on a un âge un peu avancé et puis qu'on va à l'urgence et, si on a à attendre pendant quatre, cinq heures, six heures sur une chaise droite, si on n'est pas malade en entrant, on l'est peut-être en sortant. Alors, je pense qu'il est très important de régler cette question-là et peut-être d'avoir une façon — je ne sais pas si vous avez pensé à une façon — de faire en sorte que les urgences aient une attention particulière pour les personnes âgées et non pas question de donner des privilèges, mais d'assurer que, dans leurs cas, l'attente est vraiment extrêmement pénible et peut avoir des conséquences même pour la santé.

Crédits alloués aux soins à domicile

Alors, pour le reste, je vois que, au niveau des soins à domicile dans le passé, on a investi, je vois dans les notes que vous nous avez données, à la page 84, je

vois qu'en 1998-1999, seulement pour le PAPA, donc Personnes âgées en perte d'autonomie, 12 millions; en 1999-2000, 13 millions; en 2000-2001, 14,8 millions; et, en 2001-2002, 14 millions aussi, tout près de 15 millions. J'aimerais savoir quelles sont les... qu'est-ce que vous avez prévu pour l'avenir dans ce domaine-là.

M. Couillard: Alors, statistiquement...

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

M. Couillard: Je m'excuse, M. le Président, d'avoir répondu sans votre permission, je ne le ferai plus, je le promets.

Alors, statistiquement, pour les services à domicile PAPA, les personnes âgées en perte d'autonomie — pour expliquer aux gens qui nous écoutent de quoi on parle, on ne parle pas de leur père nécessairement, là — il y a un effort important qui est fait dès cette année. On a accordé, sur une base annualisée, 25 millions de dollars pour le service de maintien à domicile dans le cadre du programme des Personnes âgées en perte d'autonomie, et, pour les services à domicile d'autres clientèles — parce qu'il n'y a pas juste les personnes âgées, hein, souvent même, il y en a de plus en plus qui ont besoin de services à domicile — il y a 15 millions de dollars. Donc, un effort, je pense, important, compte tenu des années précédentes dans ce programme très spécifique.

Sur une base annuelle, le 25 millions qu'on investit cette année va représenter l'an prochain, de façon récurrente, 35 millions totalement, pour le programme de Personnes âgées en perte d'autonomie: 25 millions pour le maintien à domicile puis 10 millions pour l'hébergement. Alors, je pense que c'est un effort qui fait plus que doubler, M. le député, ce qui a été fait au cours de l'année précédente dans ce domaine.

M. Dion: Merci beaucoup, M. le ministre.

Le Président (M. Copeman): Oui, M. le député, en principe les 20 minutes de votre bloc sont écoulées. Je suis prêt à aller du côté droit. Alors, M. le député de Vimont.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Je tiens à saluer également le ministre présent avec nous, mes collègues de l'opposition.

Suites données aux rapports sur la qualité des services aux personnes âgées

Ma question, moi, je veux revenir un petit peu... Depuis le début, j'ai entendu beaucoup parler le député de Saint-Hyacinthe de l'importance des immobilisations, des manques de structures. Sauf que je pense qu'il ne faut pas juste s'arrêter, M. le ministre, aux structures. Moi, en fouillant un petit peu, on a trouvé, et puis ça, c'est à l'échelle de la province, je vais prendre des cas plutôt ciblés dans mon comté de Vimont, mais, moi, j'ai pris connaissance, et je crois que tout le monde a pris connaissance dans le passé, entre autres de différents rapports, dont le rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, qui avait fait un

rapport accablant: des atteintes à l'intégrité, à la dignité, à la sécurité et à la liberté des personnes âgées dans les CHSLD.

Moi, je peux vous dire... Puis des exemples concrets, on en a eu partout, ça avait fait les nouvelles. Moi, dans le comté de Vimont, on n'a pas eu des cas, là, vraiment... On ne peut pas dire qu'il y a eu des patients maltraités. Mais, lorsqu'on prend... on s'arrête, on rencontre les gens dans les établissements, lorsqu'on parle de dignité, recevoir un bain par semaine, là il y a un problème à ce niveau-là. Puis là je n'attaque pas... Loin de moi l'idée d'attaquer le personnel, parce qu'on sait que le personnel, par des choix antérieurs de l'ancien gouvernement, se sont vu imposer une lourdeur de travail extraordinaire.

Il n'y a pas juste... Et ce n'est pas juste la Commission des droits de la personne, il y a aussi le rapport de la commission Clair et celui du Conseil de la santé et du bien-être qui ont dénoncé le sous-financement. Ils recommandent un accroissement budgétaire dans ces établissements-là. On ne parle pas, encore là, de béton, M. le ministre, on parle de soins, de services, vous l'avez mentionné.

Et le dernier, en juin 2002, il y a le Vérificateur général, puis généralement, lorsqu'on parle du Vérificateur général, on parle quand même d'une institution dans notre gouvernement, qui a blâmé sévèrement le gouvernement et a dénoncé des lacunes, des lacunes dans l'accessibilité, la disponibilité des services offerts.

Je vais prendre un cas très concret. Dans mon comté, j'ai une personne... prenez... donner un petit portrait du comté de Vimont, c'est à Laval, et nous sommes une ville qui se développe très rapidement, la population augmente. Mais ce qui est particulier de Laval, c'est que la population qui augmente, il y a également une population... elle augmente très rapidement, mais en plus c'est une population qui est de plus en plus vieillissante. Donc, c'est une situation qui est très préoccupante pour nous. Et, moi, j'ai des gens dans mon comté qui ont fait des demandes pour se rapprocher de leurs familles, donc pouvoir se retrouver dans leurs CHSLD. Et je vais être honnête avec vous, dans un cas particulier, la seule façon qu'il a réussi à avoir sa place... mais il ne l'a jamais eue, sa place, parce qu'il était en attente de plus de huit mois, 10 mois, et, bon, le problème s'est réglé par lui-même: monsieur est décédé. Il est décédé avant d'avoir même le soin. Donc, son épouse devait voyager de Vimont jusqu'à la Rive-Sud, parce que c'est là que les établissements l'avaient placé à l'époque.

Donc, est-ce qu'on a une intention de maintenir la même approche de l'ancien gouvernement, c'est-à-dire continuer dans le béton, si ça semble être une priorité, ou a-t-on l'intention de faire suite aussi, de donner suite à ces rapports-là? Parce que, durant les années antérieures, on n'a pas... Il n'y a pas eu de suite de donnée à ces rapports-là, puis c'est des rapports très accablants pour l'ancien gouvernement. Est-ce qu'on a l'intention de continuer et de mettre de côté tous ces rapports-là, ou est-ce qu'on a l'intention vraiment, M. le ministre, de s'y attaquer? Parce que ça touche directement la population.

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

M. Couillard: Il est certain qu'on veut s'attaquer à la qualité des services autant qu'à l'infrastructure, là, de la construction. Vous êtes le député de Vimont, j'ai moi-même résidé dans le comté de Vimont quelques années, alors c'est un milieu qui m'est bien familier, et je salue les gens qui sont de cette région du Québec.

Pour ce qui est du financement des services et de la qualité des services, en fait, tout tourne autour, je dirais, des vices fondamentaux qui ont été introduits dans le réseau au cours des dernières années. Il y a deux grands problèmes qu'on a nous-mêmes créés collectivement et via les actions du gouvernement au cours des dernières années.

D'abord, le désinvestissement. On a un système de santé et de services sociaux où on a arrêté d'investir pendant des années. Il faut savoir que, jusqu'en décembre 2002, on niait, au côté gouvernemental, qu'il y avait un problème de financement en santé et services sociaux, et c'était extrêmement frustrant pour les gens qui travaillent dans les établissements d'entendre ça. On se faisait dire: Ce n'est pas un problème de financement, c'est un problème de gestion. Vous ne savez pas bien vous organiser. Si vous organisez mieux, les soins vont être meilleurs. Or, subitement, en décembre 2002, il y a eu le plan d'action de mon prédécesseur, suivi des orientations lors du budget... ou du dépôt du budget de 2003-2004. Mais on a de nombreuses années de sous-financement à rattraper.

● (10 h 40) ●

D'autre part, il y avait la question de l'hémorragie de personnel qu'on a connue, et ça, encore une fois, je ne peux pas faire autrement que de considérer qu'il s'agit effectivement de la décision probablement la plus catastrophique, là, depuis l'avènement du régime d'assurance maladie du Québec. C'est cette mise à la retraite massive de 1 500 médecins et de 4 000 infirmières, qu'on a vus quitter d'un seul coup le réseau.

Et, moi-même, j'en ai été témoin dans les hôpitaux où je pratiquais. On s'est retrouvé démunis avec un personnel qui, depuis ce temps-là, est épuisé, à bout de bras, et on va prendre des années à récupérer de ça. Les estimations les plus conservatrices nous indiquent que, pour récupérer de cette hémorragie de personnel, il y en a un minimum jusqu'à 2010. Certains parlent même de 2015 et même de 2020, pour rattraper les effets de cette chose-là. Parce qu'il faut savoir qu'en plus de mettre les gens à la retraite on a également diminué encore plus les admissions en médecine puis en sciences infirmières, alors on a créé une sorte de double effet, ici.

Alors, il est certain que, pour revenir spécifiquement à la question que vous posez sur la qualité des soins en milieu d'hébergement, on a l'intention de remédier de façon vigoureuse à cette situation-là. Et vous savez que notre cadre financier, notre programme débute en 2004-2005; donc, on a toute l'année actuellement pour voir devant nous quelles sont les priorités et quelle serait la façon la plus efficace d'agir. Et il y a plusieurs actions ministérielles qui vont voir le jour à l'automne en termes d'orientation pour, par exemple, les services en soins prolongés, la certification des résidences privées, qui est également un problème important, le nombre d'heures-soins, le statut des ressources intermédiaires. Il y a toutes sortes d'actions qui vont se concerter

et qui vont se cristalliser autour de cette notion qu'il faut améliorer les services en plus de construire des nouveaux bâtiments.

Alors, la réponse à la question est: Oui, on veut faire un effort majeur en hébergement et en soins à domicile pour les personnes âgées et les autres clientèles qui en ont besoin, et cet effort-là passe, d'une part, par la construction de nouvelles facilités, parce qu'on a perdu des places au cours des années, mais certainement encore plus par l'ajout de personnel et surtout la production de meilleure qualité de travail pour le personnel de ces établissements.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Vimont.

Allocation des ressources selon la situation des régions

M. Auclair: Et, moi, je veux revenir un peu sur un deuxième élément que je veux soulever. Quand je vous parlais du comté de Vimont et de Laval, dans le fond, du vieillissement de la population, donc, vous parlez d'un intérêt, d'un désir d'investir de nouvelles... en tout cas, de revoir avec le milieu. Moi, j'aimerais juste confirmer une chose avec vous: Est-ce que vous avez l'intention de maintenir également l'approche plus mur à mur de l'ancien gouvernement ou est-ce que vous avez l'intention de prendre en considération la réalité régionale, comme l'on vit dans le comté de Laval?

Parce que c'est important parce que, si c'est toujours les mêmes budgets qui sont répartis à l'ensemble de façon un peu équitable, entre guillemets, qui suit plus les régions et non la population, est-ce qu'on va se retrouver, nous, dans une situation comme Laval où on a un vieillissement de la population mais on n'aurait pas les fonds qui vont suivre, donc ça veut dire que tous les services, donc toutes les conclusions de ces rapports-là vont faire encore ce qui a été fait par l'ancien gouvernement? J'ose croire... Bien, en tout cas, dans votre première partie, vous m'avez dit que non, vous allez écouter et vous allez essayer de motiver et changer ce qui a été soulevé dans les rapports antérieurs.

Est-ce que — donc, ma question claire — est-ce que vous avez l'intention d'adapter les budgets à la situation de chaque région en vertu de la population et non du mur-à-mur, comme c'était dans le cas antérieur?

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

M. Couillard: Effectivement, la logique de population ou populationnelle va être à la base de notre nouvelle méthode d'allocation des ressources budgétaires pour les régions du Québec et également va faire partie intégrante de notre nouvelle approche globale pour la régionalisation et la décentralisation du système de santé.

Il faut dire que, vous savez, on est en retard, au Québec, par rapport au reste du Canada dans... Il y a beaucoup d'autres provinces qui ont déjà adopté l'approche populationnelle pour les allocations de ressources, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de réinventer la roue. Mais on va vouloir certainement adapter ces politiques ou ces façons de faire à notre réalité du Québec, autant

pour le Québec vis-à-vis le reste des provinces qu'à l'intérieur du Québec, étant donné qu'on a des régions qui diffèrent fortement d'une à l'autre, en termes de réalité. En gros, la façon dont il faut que ça fonctionne, un système d'allocation de budgets par la population, c'est qu'il faut dépasser le simple concept de donner le budget par tête de pipe ou par habitant dans une population parce que, vous l'avez vous-même souligné, les caractéristiques d'une population peuvent varier énormément d'une région à l'autre.

Alors, il y a des modulateurs qui sont utilisés au Canada et ailleurs dans le monde pour adapter la budgétisation par population. Par exemple, le profil démographique, et voilà l'allusion à laquelle vous faites, si on a une population plus âgée, ça va nous coûter plus cher non pas en soins de santé, je l'expliquais tantôt, mais surtout en hébergement, en maintien à domicile, etc. Si on a une population pauvre, le profil socioéconomique d'une région... On sait que le niveau socioéconomique d'une personne est un, sinon le déterminant majeur de son état de santé, il ne faut jamais oublier ça. Donc, une région qui est plus défavorisée sur le plan économique va nécessairement avoir plus de coûts à assurer en termes de services de santé. Il y a la présence ou non sur le territoire d'activités qu'on appelle nationales ou suprarégionales. Est-ce qu'on donne, par exemple, des services de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie pour l'ensemble de la population du Québec dans une région? Il faut prendre ça en considération.

Puis, enfin, de façon à éviter le biais qui défavorise les régions éloignées lorsqu'on utilise l'approche populationnelle, il faut considérer l'effet d'éloignement puis de densité de population. Si vous avez une immense région, comme la Côte-Nord, faiblement peuplée, si vous n'appliquez que la logique populationnelle, vous allez défavoriser cette région-là, qui a des dépenses en plus à assurer, étant donné le déplacement des gens et des personnes qu'il faut assurer dans une région aussi vaste.

Alors, vous voyez, c'est la philosophie générale qu'on est en train de suivre, et j'ai bon espoir, comme je l'expliquais tantôt, qu'on va pouvoir commencer à adapter ce nouveau mode de financement à notre réseau à partir du printemps 2004. Maintenant, il va falloir faire attention. À partir du moment où on va avoir décidé de la nouvelle façon de faire l'allocation des ressources, il ne faut pas créer de cataclysme dans le réseau en faisant une correction soudaine. Parce que c'est clair que, lorsqu'on va adapter la méthode populationnelle, on va se retrouver par nature même avec une partie du Québec qui va être surfinancée puis une partie qui va être sous-financée dans la nouvelle philosophie. Alors, si on corrige ça tout d'un coup, on va créer énormément de perturbations. Alors, il va falloir prévoir — et on va le faire — un scénario de corrections graduelles, de façon à rééquilibrer le financement des services. Mais, encore une fois, oui, la logique populationnelle est à la base de notre réflexion, une attraction prochaine, mais avec des modulateurs qui sont bien connus cependant, de façon à éviter des biais qu'on a observés ailleurs.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Pour une première intervention à la commission des affaires sociales. Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Merci, M. le Président. Comme première intervention publique, je me permets de vous féliciter pour votre nomination, M. le Président. Et, puisque je m'adresse au ministre de la Santé en tant que responsable de la santé au niveau de l'ADQ, je veux également le féliciter et lui assurer que nous apporterons, d'une façon le moins partisan possible, notre appui et nos ressources pour faire progresser le Québec au niveau de la santé.

Priorités d'intervention pour les personnes à mobilité réduite

Alors, M. le Président, moi, mon expérience personnelle, j'étais avocate, et, depuis 15 ans, j'ai été avocate, j'ai représenté pendant cinq ans tous les enfants victimes de maltraitance ou de mauvais traitements au niveau du DPJ, et c'était à La Tuque. Ça incluait également les deux réserves indiennes — ça m'a amenée à une autre réalité qui est bien différente — les deux réserves de Weymontachie et d'Obedjiwan. Par la suite, j'ai aussi travaillé beaucoup en collaboration avec les maisons de soutien aux femmes victimes de violence. Et, dans les sept dernières années de ma pratique, je me suis plutôt impliquée auprès des organismes oeuvrant dans le domaine de la santé mentale, autant auprès de l'aide et des soutiens aux personnes qui vivent avec une... aux parents ou aux conjoints qui vivent avec une personne souffrant de santé mentale. J'ai travaillé en collaboration avec les CLSC, les CIC, les centres d'hébergement.

Pendant ces 15 années là, j'ai été témoin de beaucoup de drames humains, de beaucoup de déchirement familial. Mais, depuis que je suis devenue députée depuis le 14 avril, dans mon comté, j'ai rencontré d'autres drames que je ne soupçonnais pas: c'est les personnes à mobilité réduite qui attendent, qui attendent qu'on modifie leur maison pour pouvoir sortir, pour pouvoir voir le soleil un petit peu, pour... Ils sont vraiment confinés, cloîtrés à leur maison. Puis, ce qui est d'autant plus dramatique dans certains cas, c'est qu'ils sont victimes de maladies dégénératives et que, lorsqu'ils auront les services, ils ne seront plus en mesure d'en profiter.

De deux choses l'une, j'ai entendu que vous alliez investir plus d'argent, serait-il possible en plus de réviser la façon qu'on attribue ces soins-là pour que, lorsque les personnes ont une expectative de vie de deux ans, on puisse les mettre en priorité sur les listes d'attente?

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

M. Couillard: Je voudrais d'abord saluer la députée de Lotbinière. Je m'excuse, dans mes remarques initiales, je n'ai pas souligné votre présence, n'ayant pas réalisé, là, tout à fait votre rôle précis, mais je m'excuse. C'est ma faute, là, je ne le referai plus. Je suis intéressé de voir que vous avez de l'expérience dans plusieurs secteurs qui sont certainement l'objet de notre attention: la protection de la jeunesse, la santé autochtone et les femmes victimes de violence. On aura l'occasion, je suppose, d'échanger beaucoup sur ces sujets-là.

Pour ce qui est de la question de l'adaptation des logements pour les personnes à mobilité restreinte ou les

personnes handicapées, vous n'êtes pas sans savoir que, cet après-midi, on discutera les crédits de l'OPHQ, de sorte qu'il y aura possibilité, à ce moment-là, d'avoir des réponses un peu plus précises. Ce qui est certain, c'est que, dans la question de la modification des logements, on a une situation, je dirais, presque inacceptable actuellement en termes d'attente. Vous savez que, dans certains endroits du Québec, l'attente peut aller jusqu'à neuf ans pour obtenir la modification d'un logement pour une personne handicapée. Et je prends très bonne note de votre remarque sur les gens qui ont une maladie dégénérative à évolution rapide avec une espérance de vie réduite, je vous remercie de la faire. Je pense que c'est une façon pour nous de voir à moduler la façon dont on gère la liste d'attente pour cette catégorie-là.

Il est certain qu'on a l'intention, dès la prochaine année financière, d'apporter une attention particulière et un investissement spécifique pour cette question de l'adaptation du logement. D'après moi, c'est au coeur de l'inclusion des personnes handicapées dans notre société, parce qu'il y a beaucoup de gens qu'actuellement on est obligés de garder dans des hôpitaux à soins prolongés pas parce qu'ils sont obligés d'être là, parce que leur logement n'est pas adapté pour leur situation physique. Alors, je vous remercie de votre remarque sur la catégorie des gens qui ont des maladies dégénératives, et on va certainement en tenir compte.

● (10 h 50) ●

Le Président (M. Copeman): Bon. C'est tout, Mme la députée de Lotbinière pour l'instant?

Mme Roy: Oui.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Laval-des-Rapides, pour poursuivre dans la tradition de Laval ce matin.

Résultats d'études sur le vieillissement de la population

M. Paquet: Merci, M. le Président. Donc, vous avez, M. le ministre, touché tout à l'heure la question du vieillissement de la population. J'aimerais revenir un petit peu là-dessus. On sait que, effectivement, quand on parle du vieillissement de la population, c'est un état de fait que la population québécoise va, au cours des prochaines années... puis elles représentent environ présentement 13 %, ces personnes âgées, et ça va atteindre environ 27 % en 2030.

Et ça touche évidemment toutes sortes de questionnements en ce qui touche les aspects économiques, entre autres, parce qu'il y a moins de gens qui vont intégrer le marché du travail en termes de renouvellement de la population active. En même temps, plus de gens vont prendre leur retraite un peu plus tard, une retraite bien méritée, puisqu'ils ont beaucoup travaillé à établir la société dans laquelle on vit et dans laquelle ils ont investi beaucoup.

Et, dans ce contexte-là, effectivement, lorsqu'on regarde le niveau de vie, la production, le PIB par habitant au Québec, le niveau de vie qu'on se retrouve 52e en Amérique du Nord, sur 50 États américains et 10 provinces canadiennes, ça veut dire que, si notre croissance économique ne s'accélère pas de façon

récurrente, ça veut dire qu'on va risquer de manquer de ressources à certains égards pour les besoins qu'on a à affronter. Et, entre autres, au niveau de la santé, une bonne nouvelle effectivement, c'est que la majorité, la très grande majorité des personnes âgées est en bonne santé, et il faut continuer à travailler là-dessus.

Les aspects de prévention est un élément extrêmement important que vous avez souligné. Les moyens aussi d'établir des mesures qui permettent aux gens de garder leur autonomie, de rester le plus longtemps possible avec de l'adaptation dans leur résidence, c'est un élément aussi qui permet de contrôler des coûts, qui est beaucoup moins coûteux et beaucoup plus digne, bien souvent, que d'avoir à intégrer des gens dans des services beaucoup plus lourds, qui sont utiles et très importants pour certaines gens, mais pas pour l'ensemble de la population. Donc, c'est un élément.

Mais on sait aussi qu'une partie de ces coûts importants associés au vieillissement de la population, c'est quand les gens tombent malades, et souvent ça arrive effectivement un peu plus vers la fin de la vie où les dernières années sont plus coûteuses, et ça ne veut pas dire que les besoins sont moins grands, et ça ne veut pas dire que c'est moins important, au contraire, de venir soutenir, d'appuyer la population à cet égard-là. Et on parle, entre autres, de l'aspect des médicaments.

Vous avez soulevé tout à l'heure, vous avez parlé des études effectivement qui montrent qu'en même temps ... ce n'est pas un côté tout à fait négatif non plus, là. Parce que ce n'est pas... Il y a d'autres éléments associés au vieillissement de la population qui peuvent passer. Je vous donne un exemple par rapport aux contributions que les gens ont mis dans leur REER, dans certains cas des fonds de retraite; à un moment donné, ils vont retirer ces sommes-là, ça va libérer des ressources qui, à ce moment-là, vont être imposées. Alors, il y a différents éléments à ce niveau-là du vieillissement de la population. Ce n'est pas quelque chose de négatif en soi.

Mais, face au défi qu'on a à rencontrer au niveau économique, au niveau de la santé, j'aimerais peut-être que vous élaboriez un peu davantage sur la question justement des études qui ont été faites, qui montrent qu'il y a des éléments positifs et puis donc qu'on peut donc, en augmentant notre croissance économique, entre autres, on pourra justement satisfaire davantage des besoins nouveaux parce que, avec les nouvelles thérapies, les nouveaux médicaments et tout ça, réellement, ce n'est pas quelque chose de négatif, c'est quand même justement de garder les gens en santé plus longtemps, si ça pouvait donner une meilleure qualité de vie, c'est un élément important aussi.

Donc, c'est là qu'il y a des besoins. Donc, ce n'est pas que c'est négatif en soi, mais il faut toujours bien avoir les moyens et les ressources pour pouvoir répondre à ces besoins-là. J'aimerais d'abord que vous élaboriez là-dessus, et j'aurais quelques questions supplémentaires, M. le ministre.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le ministre.

M. Couillard: Effectivement, on va réitérer un peu ce qu'on a dit tantôt sur l'absence de relation directe

entre le vieillissement de la population puis les coûts qu'on qualifie d'explosifs ou qui augmentent rapidement, du système de santé et services sociaux. Il faut réaliser, encore une fois, puis le député de Saint-Hyacinthe y a fait allusion tantôt, que la majorité des personnes âgées maintenant se trouvent en bonne santé.

Moi, je me souviens, quand je faisais mon cours de médecine dans les années soixante-dix, quatre-vingt, quand on voyait arriver un patient de 65 ans et plus, on disait: Oh! ça, c'est un patient âgé. Il va falloir faire attention. Il y a toutes sortes d'autres maladies. Il doit être malade, etc. Maintenant, là, il n'est pas rare de voir des gens de 80 et de 85 ans défilier dans les bureaux de médecin, qui sont en fait en très, très bonne santé, avec une très bonne qualité de vie, et je pense que ça, ça touche non seulement... c'est dû non seulement uniquement à l'amélioration des soins de santé, mais je dirais à l'hygiène générale de notre vie en société puis à la situation économique des citoyens. Je pense que ça déborde largement la question uniquement des soins de santé.

Pour ce qui est des coûts de santé, il y a une donnée qui est intéressante à connaître et que chacun et chacune d'entre nous seront, je pense, intéressés à connaître: 40 % des soins de santé qu'on va consommer dans notre vie vont l'être dans les trois derniers mois de notre vie. Tous, tout le monde. Puis, c'est normal, c'est là qu'on tombe très malade, on a besoin d'hébergement, de soins intensifs, etc., de sorte qu'on vive 85 ans, 95 ans ou 70 ans ou 40 ans, ce n'est pas vraiment ça qui est la différence, c'est la période dans laquelle on a besoin de ces soins intensifs qui ne fait qu'être déplacée dans le temps.

Il y a un élément dans l'étude du Dr Hébert, à laquelle je faisais allusion, qui est important puis qui nous fait réaliser toute l'importance du cadre de vie, du milieu de vie pour les personnes âgées: une des causes de décès les plus fréquentes chez les personnes âgées — puis Mme Françoise Giroud, qui était une journaliste très célèbre en France, est un exemple, elle est décédée de ça en janvier 2003 — ce sont les chutes, souvent les chutes à domicile. On va répondre au téléphone, on trébuche dans le tapis puis on se fait un traumatisme crânien. Puis à un âge avancé, un traumatisme crânien qui serait mineur pour une personne plus jeune a des conséquences souvent dévastatrices, d'où l'importance d'avoir des conditions de vie adaptées. Il y a des projets intéressants actuellement, en îlot, avec des gens qui ont des appartements et un îlot central pour les services, des rampes d'accès, des choses qui sont très simples, qui ne sont pas si chères que ça et qui, en fait, ont un impact déterminant sur l'état de santé des personnes âgées.

Enfin, vous avez fait allusion aux médicaments. C'est clair que le progrès technologique dans le domaine de la pharmacologie fait en sorte que beaucoup de médicaments gardent nos personnes âgées plus en santé longtemps, médicaments pour les problèmes cardiaques, par exemple, ou le traitement du cancer. Plus on a de personnes âgées, plus on a une incidence prévisible de cancer, étant donné la tendance naturelle que cette maladie a de se développer plus tard dans la vie, et des traitements pour le cancer, la pharmacopée, particulièrement, oncologique s'est grandement développée.

Alors, il y a toute cette constellation, je dirais, d'éléments qui viennent nous montrer que ce qu'on doit faire pour les personnes âgées, ce n'est pas nécessairement plus de salles d'opération, plus de lits d'hôpitaux, plus de ressources extrêmement coûteuses, mais, encore une fois, l'amélioration des milieux de vie, l'amélioration des services de maintien à domicile et, en bout de ligne, lorsque ce n'est plus possible d'être à domicile, bien, d'avoir des services d'hébergement qui soient corrects. Et c'est là qu'il faut faire porter notre attention puis notre investissement.

Le Président (M. Copeman): Merci. M. le député de Laval-des-Rapides, allez-y, oui.

Augmentation des coûts de l'assurance médicaments

M. Paquet: Merci, M. le Président. Justement, touchant la question des médicaments, beaucoup de gens dans Laval-des-Rapides, mon comté, par exemple, sont un peu préoccupés par le coût justement des médicaments, de l'assurance médicaments qu'ils ont pu voir dans le passé, et j'aimerais, s'il vous plaît, vous rappeler un peu, à ce niveau-là, quelles sont les orientations que le gouvernement va prendre à cet égard-là pour contrôler les coûts.

Parce qu'il y a le système actuel, mais on sait que le système, il y a eu un rapport, il y a une commission qui a été formée, présidée par le professeur Montmarquette de l'Université de Montréal, qui avait analysé, entre autres, l'évolution potentielle du coût de ce système-là, qui avait fait aussi des diagnostics sur la mise en place du système lorsque... puis avec des bonnes intentions peut-être, il y avait comme des problèmes où est-ce qu'on avait peut-être mal vu comment les coûts évolueraient. Et évidemment, les citoyens de Laval-des-Rapides, puis d'ailleurs aussi au Québec, les personnes âgées en particulier, sont préoccupés par le fait et disent: Oui, mais, si on parle d'augmentation des coûts au niveau des médicaments, où la facture va être refilée? Évidemment, ce sera sur la population. Et j'aimerais que vous élaboriez un peu davantage sur cette question-là, s'il vous plaît.

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

M. Couillard: Effectivement, la question de la croissance des coûts du régime général de l'assurance médicaments et des médicaments en général est une préoccupation importante. On n'est pas loin du moment où, je pense, le coût des médicaments va approcher le coût des services médicaux. Tu sais, on a tendance à dire que c'est les services médicaux qui coûtent beaucoup plus cher que les autres, mais on voit le coût des médicaments augmenter et se rapprocher progressivement du niveau des coûts des services médicaux.

Alors, par exemple, cette année, on a dû ajouter 194 millions de dollars d'investissement public dans le Fonds de l'assurance médicaments. On sait également que, dans les dernières années, le rythme d'augmentation annuelle des coûts de ce régime est de 16 %, un petit peu moins l'an dernier, près de 14 %, mais il faut se souvenir, par exemple, parallèlement à ça, que les

régimes privés, eux, ont augmenté d'environ 18 %. Maintenant, la comparaison n'est pas si évidente que ça, parce que le régime privé, comme on le sait, donne d'autres services que, uniquement les médicaments, souvent il y a les lunettes, les soins dentaires qui sont inclus là-dedans. Alors, ce n'est pas une comparaison qui peut être directe, mais tout ça pour dire que les régimes, autant publics que privés, n'échappent pas à cette augmentation.

Pour faire face à ce phénomène — qui est un phénomène mondial, en passant, qui n'est pas limité au Québec actuellement et dont le Québec, je dirais, est relativement exempt par rapport à d'autres régions du monde; par exemple, aux États-Unis, les médicaments coûtent beaucoup plus cher qu'au Québec et au Canada, raison pour laquelle nos voisins américains viennent souvent se procurer leurs médicaments de ce côté-ci de la frontière — alors, on a un comité tripartite, qui a commencé ou qui commence ses travaux incessamment, qui regroupe le Conseil du médicament, la Régie de l'assurance maladie du Québec et le ministère, pour établir tous les déterminants ou discuter tous les déterminants des coûts des médicaments. Et, dans mes remarques préliminaires, j'y ai fait allusion. Vous avez vu que le mandat est très large, inclut autant la question de la détermination initiale de coût que les marges de profit des grossistes ou également — et c'est excessivement important de s'y attarder, et je pense que ça devient un problème de société, là — les pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques, vis-à-vis autant les pharmaciens que les médecins. Je pense que cet aspect-là des choses doit être également augmenté.

● (11 heures) ●

Parallèlement à ce comité tripartite qui fixe le prix des médicaments, il y a ce qu'on appelle la politique du médicament. Mais qu'est-ce que c'est, la politique du médicament? C'est un terme très vaste, puis personne ne sait vraiment de quoi il s'agit. La politique du médicament, c'est quoi? Finalement, c'est l'utilisation judicieuse des médicaments. Parce que le phénomène qui se produit actuellement, puis, dans tous les pays, on le remarque, c'est qu'on a un grand nombre de nouveaux produits qui sont mis sur le marché actuellement à des coûts très élevés qui, finalement, ne sont souvent que des modifications très subtiles ou minimales de médicaments déjà existants, avec un ajout d'efficacité qui est parfois nul ou parfois très mineur.

Je vais vous donner un exemple. Il y a eu une étude qui est parue il y a quelques mois sur le traitement de l'hypertension artérielle où on a constaté que les médicaments qu'on donnait dans les années soixante-dix, un médicament diurétique, pour faire uriner, là, puis un autre médicament associé à ça étaient aussi efficaces que les médicaments qu'on a maintenant, qui coûtent 10 ou 15 fois plus cher.

Alors, la question qu'on doit se poser comme gouvernement, c'est: Qu'est-ce qu'on devrait assurer? Est-ce qu'on devrait assurer le médicament qui est prescrit automatiquement ou le profil désirable de médicaments pour certains types de conditions pathologiques? Mais ceci nécessite un effort d'éducation très important autant au niveau de la population que de la profession médicale. On ne peut pas faire l'un sans

l'autre. C'est excessivement important d'agir sur tous ces plans-là.

Alors, ça, ces travaux-là sont en cours, également les travaux qui visent le régime général d'assurance médicaments lui-même, la façon dont il est structuré. Et je rappelle notre engagement, qu'on maintient, qui est d'établir la gratuité des médicaments pour les prestataires d'assurance emploi de même que pour les personnes âgées qui reçoivent le supplément de revenu garanti. Et c'est un engagement qu'on va remplir au cours de notre mandat certainement, mais on veut le faire de façon, je dirais, contemporaine à l'établissement d'une véritable politique du médicament.

Parce que, dans la mécanique actuelle des choses, et on en est témoins avec l'indexation que la loi votée par le précédent gouvernement nous a demandé de faire en juillet, la seule façon d'épargner une clientèle du régime général d'assurance médicaments d'une hausse de coût, c'est de faire porter le fardeau sur l'autre clientèle, qui est souvent des gens qui ne sont pas si riches que ça, en fait. Alors, il faut être très attentif à ça, et on maintient, encore une fois, notre engagement. Et l'établissement de cette politique du médicament est au coeur de notre action.

Le Président (M. Copeman): Alors, pour une dernière question, M. le député de Laval-des-Rapides.

M. Paquet: Merci, M. le Président. D'ailleurs, je pense, en termes de médicaments, un élément aussi important, c'est la question d'information. Les patients parfois se sentent un peu démunis, à savoir qu'est-ce qu'ils devraient demander comme médicaments par rapport à ce qui existe. Ils entendent parler aux nouvelles qu'il existe un nouveau médicament. Un élément un peu d'éducation, entre guillemets, je dirais, au sens large, où la population va se retrouver un peu davantage, les médecins aussi, un peu tout le monde. Il y aurait peut-être des choses qui pourraient être envisagées dans ce contexte-là.

**Intentions du gouvernement
quant aux soins de longue durée**

Vous avez touché tout à l'heure la question, effectivement, de soins de longue durée et qu'il y a un besoin. On sait qu'entre 1994 et juste 2000, par exemple, on a, sous l'administration précédente, 4 150 lits de soins de longue durée qui ont été fermés. Et donc, effectivement, par rapport à l'évolution des besoins, les choix qui ont été faits par le gouvernement précédent à différents égards ont... Alors que les besoins étaient là et même augmentaient, il y a eu des réductions en termes de services offerts. Et, bon, évidemment, il y a une contrainte, une situation budgétaire qui est là, puis on ne peut pas, demain matin, dire: Oups! on va faire apparaître des lits. Et on est conscients de ça, la population est consciente de ça, ils ont vu l'état des finances publiques avec une impasse budgétaire de 4,3 milliards, là, qui a été laissée. Mais, en même temps, les besoins sont là. Il faut donc s'occuper de ces deux situations financières.

Il y a des besoins au niveau des soins de longue durée. Alors, je voudrais savoir ce que vous envisagez à cet égard-là, s'il vous plaît.

Le Président (M. Copeman): En moins de trois minutes, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, on va vraiment faire porter un effort budgétaire très important dans l'amélioration des services. On va se guider beaucoup sur les constatations du Vérificateur général en termes d'heures-soins dans les établissements. On va mettre en place une politique-cadre, à l'automne, pour le milieu de vie ou la qualité de vie dans les hôpitaux à soins prolongés. Puis le mode de certification des résidences privées avec le programme de la Rose d'or, etc., tout ça va être accentué, mais avec des critères, je dirais, beaucoup plus serrés que ceux qui sont actuellement en place. Et on a lancé une invitation également aux régies régionales à considérer des alternatives à l'hébergement au cours des prochaines années, les partenariats avec des familles d'accueil, ou des ressources intermédiaires, ou d'autres milieux que les CHSLD comme tels. Alors, ça, c'est l'ensemble de notre vision pour les prochaines années.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Hyacinthe.

Gratuité des médicaments pour les personnes âgées

M. Dion: Merci, M. le Président. Puisqu'il a été question beaucoup des médicaments, vous attendez sans doute à une question, M. le ministre, à ce sujet.

Vous avez pris l'engagement, durant la campagne électorale, de rendre gratuits les médicaments. J'ai même une lettre ici de monsieur... peut-être pas vous personnellement, là, votre parti. Peut-être. Enfin. Mais j'ai une lettre ici de M. Jean Charest, du 7 avril. Donc, 7 avril, c'est une semaine avant le 14. Le 14, c'est là que vous avez été élus. Et les gens vous ont élus sur ce que vous avez dit normalement, on peut penser.

«Et nos engagements — c'est ce qu'il dit à la deuxième page — prévoient déjà l'adoption — et c'est vrai, c'est dans vos engagements — de certaines mesures urgentes, dont la gratuité des médicaments pour les personnes âgées.» Mesures urgentes, dont la gratuité des médicaments pour les personnes âgées, ça a été un engagement du 7 avril. Vous allez dire: Mais c'est vous autres qui avez augmenté le coût des médicaments, et tout ça, qui avez... D'accord. On sait ça. C'est de notoriété. Mais il y a ici un engagement pris le 7 avril où on dit que «M. Charest s'engage à prendre certaines mesures urgentes, dont la gratuité des médicaments». Et là ce n'est pas ça qu'on voit, ce n'est pas ça que vous avez annoncé après l'élection.

Alors, je pense que ce n'est pas très, très bon. D'ailleurs, je demanderais de déposer cette lettre auprès de la commission pour que ce soit bien... un document officiel, je pense qu'il est important. Alors, j'aimerais avoir votre réaction là-dessus. Vous devez être un peu mal à l'aise, parce que, au fond, ça affecte un peu la crédibilité, ça, hein?

Le Président (M. Copeman): Alors, la lettre est déposée. Ça ne requiert pas le consentement. La lettre est déposée. En commission parlementaire...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Non, en commission parlementaire, c'est le président qui décide si quelque chose est déposé ou pas. Alors, la lettre est déposée.

M. le député de Saint-Hyacinthe, vous êtes un parlementaire expérimenté, vous savez que vous devez référer à nos collègues soit par leur titre ou par leur comté, et non pas, bien sûr, et non pas par leur nom. Alors, vous avez le loisir de dire: Le chef du Parti libéral du Québec, le premier ministre du Québec, le député de Sherbrooke. Vous avez toute une pléthore d'options, sauf le nom de famille.

M. Dion: Merci, M. le Président. Celui qui était alors le chef du Parti libéral et qui est maintenant le premier ministre s'était engagé.

Le Président (M. Copeman): Ça, c'est également de notoriété publique. Alors, la lettre est déposée. M. le ministre.

M. Couillard: Alors, non, je ne suis pas mal à l'aise, je suis au contraire très fier de travailler sous la direction d'un chef aussi dynamique et talentueux que notre chef actuel, le premier ministre du Québec. Je vous souhaite d'avoir un jour un tel bonheur autour de la table. C'est vraiment agréable de travailler dans une telle situation, là.

Pour ce qui est de l'engagement sur les médicaments, l'engagement était clair, effectivement: gratuité pour les personnes âgées, je précise, recevant le supplément de revenu garanti, et non pas pour toutes les personnes âgées, premièrement. Et, deuxièmement, l'engagement, comme tout le reste de notre cadre financier, débute en 2004-2005. Et on le fera de façon progressive à partir de 2004-2005, le but étant qu'à la fin de notre mandat cet engagement ait été réalisé.

M. Dion: Alors, ce que je comprends, M. le ministre, c'est que...

Le Président (M. Copeman): M. le député, oui, allez-y.

M. Dion: Oui, ça va. Merci, M. le Président, avec mes hommages.

Le Président (M. Copeman): Avec plaisir, M. le député.

M. Dion: Alors, ce que je comprends, c'est que tout le monde sait que le budget, hein, l'exercice budgétaire va du 1er avril au 1er avril, vous avez été élus le 14 — on le sait aussi, je vous félicite — et vous décidez donc que, pendant un an, vous prenez congé de gouvernement et que vos engagements urgents commenceront après le congé. C'est ça qu'on doit comprendre, M. le ministre?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, avant de vous céder la parole, voyez-vous, cette lettre est tellement populaire, elle a déjà été déposée à la

commission des affaires sociales le 2 juillet. Alors, on ne dépose pas quelque chose deux fois en commission. Il est déjà disponible pour ceux qui en demandent. J'en prends acte pour ceux qui en veulent d'autres copies. Semble-t-il que c'est très populaire. Vous désirez encore d'autres copies? Bon. On va faire d'autres copies pour les membres de la commission, malgré le fait que ça a été déposé le 2 juillet.

M. le ministre de la Santé... et des Services sociaux, pardon.

M. Couillard: Oui, il ne faut pas oublier, jamais, les services sociaux.

Le Président (M. Copeman): Non, non, jamais, M. le ministre.

M. Couillard: M. le député de Saint-Hyacinthe dit qu'on est en congé de gouvernement. J'ai de la difficulté avec sa définition du mot «congé», compte tenu de ce qu'on a fait depuis notre arrivée au pouvoir. Et la liste de nos réalisations concrètes en moins de trois mois, en passant, est assez, à mon avis... je ne dirais pas impressionnante de crainte de m'attribuer des qualités que d'autres pourraient ne pas le faire, mais je dirais significative.

Parlant de congé de gouvernement, gouverner, c'est faire des choix puis c'est prendre des décisions. Alors, la décision qu'on a annoncée il y a quelques jours pour les centres d'obstétrique à Québec, par exemple, qui était une décision logique, qui venait de la décision d'implanter des centres mère-enfant, bien, il fallait la prendre. Puis il aurait fallu la prendre dans les années qui ont précédé, au moment où vous avez pris la décision d'implanter ce centre d'obstétrique là. Alors, pour ce qui est du congé de gouvernement, bien, il y en a eu qui ont eu un congé prolongé, puis la population, le 14 avril, a décidé de les placer en congé indéfini, compte tenu de leurs décisions quant à leur performance au gouvernement.

● (11 h 10) ●

Je reviens aux médicaments. Encore une fois, l'engagement est d'établir la gratuité pour les personnes âgées recevant le plein supplément de revenu garanti. Oui, ce sera fait au cours de notre mandat. Le cadre financier du Parti libéral de Québec, tel que déposé en septembre 2002, débute en 2004-2005.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Dion: Merci, M. le Président. Je vois que M. le ministre s'est éloigné un petit peu du sujet, quoique pas tant que ça, hein? Parce que, quand on parle des centres d'obstétrique, ça intéresse les femmes, hein, et puis ça intéresse nécessairement les grands-parents de voir que leur petite-fille va accoucher, hein? Alors... Mais ce n'est pas si loin que ça de l'intérêt des personnes âgées, mais ce n'est pas dans leurs besoins immédiats.

Mesures de soutien aux aidants naturels

Je voudrais juste poser quelques questions — parce que le temps passe très, très rapidement — sur

une chose qui me préoccupe beaucoup. Vous savez, les personnes âgées, souvent pour pouvoir demeurer dans leur milieu, soit chez eux ou dans leur milieu, ont besoin de la collaboration et de la bonne volonté de gens bénévoles, qu'on appelle les aidants naturels. Et on avait prévu un programme pour aider les aidants naturels. Vous savez que, parmi les aidants naturels, une partie importante sont des femmes, la majeure partie, peut-être 90 %, entre 80 % et 90 %, en tout cas, et qu'on sait qu'une partie très importante des aidants naturels sont des personnes pauvres qui aident d'autres personnes pauvres. Et elles sont tellement pauvres qu'elles ne paient pas d'impôts. On avait donc prévu des crédits d'impôt remboursables afin que les plus pauvres soient... qu'on reconnaisse leur générosité et leur engagement au service des personnes âgées, en particulier, pas uniquement mais en particulier au service des personnes âgées.

Alors, je vois que, dans votre budget de cette année, à la page 9.5, on ne voit rien pour ça. Je ne sais pas si... Mais je pense que vous avez décidé de ne pas... D'ailleurs, on voit ça dans un autre document, vous avez décidé de ne pas rendre remboursables ces crédits d'impôt et de ne pas les affecter non seulement aux parents, mais à tous les aidants naturels. Alors, ça, évidemment, ça va pénaliser les plus pauvres. Vous devez être assez mal à l'aise face à cette décision que vous avez prise. À moins que vous ne soyez pas encore mal à l'aise, là, comme vous avez dit tout à l'heure. Mais j'imagine que vous allez être un peu mal à l'aise avec cette décision, M. le ministre.

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

M. Couillard: Alors, effectivement, on a pris l'engagement au cours de la campagne d'augmenter le crédit d'impôt remboursable pour l'hébergement des parents âgés et également de développer un réseau d'entraide, de soutien, de formation et de répit également. Le répit est très important, parce que, vous mentionniez tantôt la situation des gens pauvres, c'est souvent les femmes qui donnent des soins aux gens à domicile, et ces gens-là deviennent littéralement prisonnières de leurs domiciles en raison du manque d'autonomie de la personne. Alors, je pense que les deux actions doivent être menées de front.

Effectivement, ça fait partie de nos engagements. Nos engagements seront remplis. Nous allons faire ce que nous avons dit que nous ferions. Et le cadre financier du Parti libéral débute en 2004-2005. Je pense qu'il n'est pas raisonnable de s'attendre à ce qu'un gouvernement qui est élu... de lui demander, deux mois après l'élection, comment il se fait qu'il n'a pas rempli tous ses engagements électoraux pour un plein mandat de gouvernement. Il me semble que c'est dépassé un peu, là, ce qu'on s'attend à constater.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Dion: M. le Président, je prends acte de votre réponse, M. le ministre, mais est-ce qu'il faut comprendre qu'il y avait une certaine imprudence dans votre programme, dans vos engagements, à la page 34, où on dit que, «à la première année de son mandat

— première année, ça commence le 1er avril, donc, dans votre cas, le 14 avril 2003 — un gouvernement du Parti libéral du Québec améliorera le soutien aux aidants naturels, notamment: en augmentant les crédits d'impôt pour l'hébergement d'un parent âgé; en favorisant le développement d'organismes d'entraide», et ainsi de suite? Alors, c'était un engagement qui a été perçu par les gens comme un engagement qui serait tenu dès la première année, tel qu'écrit dans votre programme. Est-ce qu'il faut conclure qu'il y avait une certaine imprudence de votre part à mettre ça dans votre programme?

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

M. Couillard: Non, le programme est bien connu depuis longtemps. Mais cette constatation que vous faites, effectivement, du fait qu'on doit reporter dans le temps cet engagement prévoit... découle en grande partie de la situation financière qu'on a constatée à notre arrivée au gouvernement. Quand on constate un gouffre — je n'utilise pas le mot «trou», j'utilise le mot «gouffre» — et un abysse même — je pense qu'on pourrait utiliser encore plus ce terme-là — de 4,3 milliards dans les finances publiques, bien, il y a des choix qui doivent être faits. Il faut stabiliser les finances publiques avant de commencer à faire des actions de développement. Et c'est ce que le ministre des Finances — dont je salue le sens des responsabilités et la rigueur dans son budget — a fait. Et j'ai bon espoir que, je l'espère, au cours des prochaines années, le plus rapidement possible, cet engagement sera rempli.

Pour ce qui est du remboursement du crédit d'impôt pour les aidants naturels, je suis entièrement d'accord avec vous, on s'entend très bien sur le fait que ça doit être fait. Ça n'avait pas été fait auparavant, ça va l'être, ça va être fait au cours de notre mandat de gouvernement. Mais la situation financière dont on hérite ou que l'on constate explique qu'il n'est pas possible de tout faire tout de suite, et je pense que la population le comprend très bien, ça.

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

M. Dion: M. le Président, merci. J'ai bien compris votre réponse, M. le ministre. Mais il y a des choses dans votre réponse qui sont un peu insolites. Permettez que je vous le dise, sans vous manquer de respect? Vous parlez d'un gouffre financier de 4 milliards. On a vu tout à l'heure que l'année financière commence le 1er avril. Il n'y avait pas d'argent de dépensé. Comment peut-il y avoir un gouffre quand il n'y a pas d'argent de dépensé? Si vous aviez pris le pouvoir au mois de décembre puis vous aviez constaté des problèmes de déficit de 5 milliards, comme ça nous est arrivé, nous, bien là l'argent est dépensé, il est dépensé, il y a un gouffre, il y a un trou. Mais, nous, il n'y a aucun... pas un sou de dépensé. Et, à chaque année depuis cinq ans, il n'y a pas eu de déficit. Et on a eu des difficultés à affronter, il n'y en a pas eu. Alors, je pense que l'argument, il n'y a plus personne qui y croit. M. le ministre. Et je suis convaincu que, vous-même, vous n'y croyez pas. Mais, quand même, vous en avez parlé, et je tiens à relever ça. Mais on ne reviendra pas là-dessus parce que je pense bien que ce n'est pas la partie la plus

solide de votre argumentation, soit dit en tout respect, évidemment.

Collaboration avec la Fédération de l'âge d'or pour les prix Roses d'or

Maintenant, il y a une autre chose qui m'intéresse énormément, c'est toute la question dont on a parlé tout à l'heure, les résidences privées avec services pour personnes âgées.

Il y a un certain nombre de choses qui se sont faites. On ne pourra pas, malheureusement, parce que le temps passe très rapidement, parler de tout, mais je voudrais, dans un premier temps, parler de la question des Roses d'or. C'est-à-dire, c'est un des programmes très importants qui a été mis en place à l'initiative des personnes âgées. Alors, comme ça a été fait par eux, par des gens qui vivent avec ceux qui ont besoin du service des résidences privées, les petites résidences de moins de neuf personnes hébergées et les autres un peu plus grandes mais qui sont des résidences privées, et donc, la FADOQ, avec la collaboration du gouvernement antérieur, a mis en place un processus pour accréditer d'une certaine façon, non au sens légal mais au sens, je dirais, formel et public, la qualité des services rendus dans les différentes résidences privées. C'est très important quand on veut choisir une résidence privée pour son père, pour sa mère ou pour soi-même de savoir, de pouvoir comparer non seulement les prix qu'on nous demande pour l'hébergement, mais aussi la qualité des services.

Alors, ce programme-là semble un programme extrêmement intéressant. La FADOQ me dit qu'il fonctionne dans 12 régions du Québec. Ils sont en train de l'implanter progressivement; on nous dit que environ 30 % des résidences privées déjà ont collaboré à ce système et qu'on continue à développer le système. J'aimerais savoir, M. le ministre, si vous allez collaborer avec la FADOQ pour continuer l'application de ce programme-là et combien d'argent vous avez prévu pendant la présente année.

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

M. Couillard: Alors, je dois quand même relever les commentaires d'introduction de mon collègue de Saint-Hyacinthe sur la situation financière du gouvernement et la valeur des engagements électoraux. Ça me paraît une conversation intéressante, que je voudrais quand même prolonger un peu, sans trop empiéter sur le temps qui nous est attribué.

On parle de déficit zéro pendant qu'on a augmenté la dette du Québec de 11 milliards de dollars ou plus, là. C'est quand même curieux comme concept. En santé et services sociaux, on est arrivés au gouvernement puis on a constaté qu'il y avait une impasse, connue du gouvernement d'ailleurs, en passant — vous pourrez demander des renseignements à votre collègue député de Rousseau ou à la députée de Taillon, je suis certain qu'il ou elle sera très heureux de vous expliquer ça. Il y avait un dépassement, une impasse de 572 millions en santé et services sociaux, qui était connue du gouvernement, alors qu'il y avait des engagements nouveaux pour la même somme, environ, par le gouvernement. Alors, je trouve ça intéressant qu'un dollar

d'annonce correspondait à un dollar d'impasse, si on essaie de résumer la situation de cette façon-là.

● (11 h 20) ●

Pour ce qui est du programme Roses d'or, oui, la réponse est oui, on va continuer de collaborer avec les divers intervenants pour consolider ce programme-là. On pense qu'il est extrêmement important que les résidences privées fassent l'objet d'un examen et d'une certification avec des critères de qualité bien définis. Puis, d'ailleurs, la ventilation régionale des sommes qui sont attribuées à ce projet-là montre que, dans beaucoup de régions du Québec, c'est le gouvernement du Québec, via les régies, qui a pris en charge la majeure partie du financement du programme des Roses d'or. Donc, c'est un programme qui a été mis sur pied par le gouvernement précédent, qui est un programme judicieux, et je pense qu'il faut continuer. Ce qu'il faudrait faire cependant, je crois, c'est de resserrer un peu les critères ou la façon dont on évalue les résidences. Je pense que c'était un peu trop vague, là, et ça, on va faire ça également de concert avec les représentants des aînés.

Pour ce qui est du budget de prévu, pour cette année, pour les Roses d'or, je pourrais prendre acte de votre demande, puis on pourrait vous fournir la réponse à ça ultérieurement, là, à cette question-là. Mais on ne va certainement pas tourner le dos à ce programme-là et, au contraire, le bonifier, autant par l'investissement que pour, je dirais, la définition des critères d'évaluation des résidences privées.

Le Président (M. Copeman): Juste pour qu'on s'entende sur le mode de fonctionnement, M. le ministre. Quand il y a des demandes particulières d'information, il est souhaitable que la réponse soit transmise à la commission, qui, elle, prendra en charge la distribution de ces réponses à tous les membres de la commission. M. le député de Saint-Hyacinthe.

Mesures visant à assurer la sécurité des personnes âgées dans le réseau des résidences privées

M. Dion: Merci, M. le Président. Alors, je voudrais maintenant toucher un autre aspect de la même question, qui est la question en fait de la sécurité des gens dans les résidences privées.

On sait que cette question est une question délicate parce que, si on parle de cette question-là, M. le ministre, on peut donner l'impression que ça va très mal dans les résidences privées et que tous ceux qui tiennent des résidences privées maltraitent les personnes âgées, ce qui est absolument faux. Vous savez comme moi que, de façon générale, les aînés sont bien traités. Ils sont traités pas seulement avec des soins physiques, mais ils sont traités avec affection dans la très, très large majorité des résidences privées et publiques. Alors, je pense qu'il faut rendre hommage à ceux qui s'occupent des personnes âgées et qui le font avec affection et avec dévouement. Je pense que c'est la première chose qui est bien claire.

Ce qu'on entend parfois, et qui a été mentionné tout à l'heure, ce sont des accidents de parcours, qui peuvent toujours se produire, et, parce qu'ils peuvent

toujours se produire, il faut prévenir ces accidents-là. Parce que, même s'il y a 99 % ou 99,9 % des personnes âgées qui sont bien traitées, la personne, l'aînée qui est maltraitée souffre beaucoup et elle est dans une situation de vulnérabilité absolument exceptionnelle. Alors, je pense qu'il faut prévenir ça.

Alors, il y a eu des choses qui se sont faites dans le passé pour essayer de cerner ce problème, qui est très vaste, très complexe. Entre autres, on a adopté deux lois dont l'une prévoit une responsabilité donnée aux municipalités ou un pouvoir habilitant et facultatif qui leur permettent de réglementer les résidences privées avec services pour personnes âgées, de façon à assurer leur sécurité physique; et une autre loi, la loi n° 106, qui crée l'obligation pour tout exploitant d'une résidence privée de déclarer son exploitation auprès de la Régie régionale de la santé et des services. Donc, à la fois une approche, je dirais, qui touche aux établissements pour assurer la sécurité, contre l'incendie, et tout ça, et l'autre qui touche aux services et là qui s'adresse plus aux soignants, ou aux personnes, ou aux aides-personnes qui aident ou accompagnent les aînés.

Alors, il y a déjà du travail qui a été fait, il y a un registre des personnes âgées, je pense, qui est en formation. Je crois qu'il est déjà disponible ou qu'il est sur le point d'être publié. J'aimerais avoir le point sur cette situation-là. Et j'aimerais connaître vos projets pour l'avenir. De façon plus précise, pour cette année, qu'est-ce que vous allez faire pour avancer dans l'établissement d'une situation qui prévienne les abus aux personnes âgées?

Le Président (M. Copeman): On approche à la fin de ce bloc de 20 minutes, je vous demanderais d'être le plus lapidaire possible, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président. Effectivement, vous avez raison de souligner, M. le député, qu'il ne faut pas donner l'impression qu'on fait porter le blâme pour l'ensemble des résidences privées; il y a quand même 80 000 Québécois qui sont en résidence privée, et, là-dessus, 30 % qui ont plus de 85 ans. Alors, on a une population très importante qui est dans ces réseaux-là, et, heureusement, les situations d'abus ne sont, je l'espère, que minoritaires ou exceptionnelles.

Maintenant, ce qu'on entend faire à court terme, c'est finaliser les orientations de définition des critères nationaux, de standards nationaux de qualité avec un registre, que vous avez fait allusion, de ces résidences-là; définir les applications de la loi n° 90, c'est-à-dire pour les définitions des tâches dans les milieux de vie privés. Également, encore une fois, on a un projet-pilote, en septembre 2003, dans la région de Laval, qui va nous démontrer si effectivement les nouveaux standards de qualité fonctionnent bien sur le terrain. Et on s'engage certainement dans cette avenue-là avec, je dirais, beaucoup de fermeté, réalisant l'importance de la population qui vit dans ces résidences-là.

Je rappellerais cependant, là, puis je ne veux pas ici gratter une plaie trop vive, mais, en 1994, le PQ avait promis d'adopter une politique de contrôle et de surveillance du secteur des résidences privées. Il a fallu attendre près de huit ans avant d'avoir un projet de loi à

ce sujet-là. Alors, quand on me parlait tantôt de notre engagement pour le crédit d'impôt, je pense que quelques mois d'intervalle seraient tolérables, compte tenu des critères qu'on a implantés à ce sujet-là entre l'annonce d'un engagement et sa réalisation au cours des différentes années. Mais, encore une fois, oui, il y a des plans précis. On continue dans ces orientations-là, qui étaient des orientations judicieuses, là, de définition de critères et de standards de qualité. On le fait avec la collaboration des acteurs du milieu et on a déjà un projet-pilote concret, là, à l'automne, pour septembre prochain.

Collaboration avec la Fédération de l'âge d'or pour les prix Roses d'or (suite)

Pour ce qui est de votre question précédente sur le programme des Roses d'or, je viens d'obtenir la réponse. Je m'excuse du délai, il s'agissait d'une question assez détaillée, là. Pour 2003-2004, le crédit total est de 325 000 \$ pour le programme des Roses d'or. Les 12 régions régionales participantes vont contribuer pour 250 000 \$ et le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour 75 000 \$, pour un total donc de 325 000 \$.

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, M. le député. Une courte intervention, oui.

Ministre responsable de la Condition des aînés

M. Dion: Merci, M. le ministre, je trouve cet échange très intéressant et je suis convaincu que les aînés qui écoutent le trouvent aussi très intéressant. Et j'apprécie ce que vous venez de me dire concernant les Roses d'or. Je pense que plus on va nourrir une situation de collaboration avec les aînés, avec la FADOQ en particulier, qui les représente, je pense, plus on a des chances de coller à leurs besoins. Et un des besoins qu'ils m'ont exprimé très instamment, c'est celui-ci, et je ne voudrais pas que vous le preniez personnellement, M. le ministre, parce que vous faites un excellent travail et les gens apprécient votre travail comme ministre de la Santé, mais il faut bien admettre qu'ils avaient un ministre responsable de la Condition des aînés.

Et, quand je regarde la belle... J'ai ici une belle mosaïque du Conseil des ministres. Il y a un trou blanc ici, hein? Vous voyez? Et, depuis la démission de la ministre, il y a... personne d'autre n'a été nommé. Et les gens, ça les... en tout cas, ça les inquiète un peu. Non pas parce qu'ils n'ont pas confiance, mais le fait de ne pas avoir de ministre, qu'on ne trouve pas le temps de nommer une autre personne ministre, est-ce que c'est parce que ce n'est pas assez intéressant? Ça ne doit pas être parce que c'est parce qu'il n'y a pas de gens compétents? C'est impossible. Alors, vous savez, ils sont inquiets de ça et ils aimeraient avoir... Ils aimeraient que le gouvernement leur fasse un signal, et rapidement, comme quoi c'est important, la condition des aînés pour ce gouvernement.

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

M. Couillard: Alors, le meilleur signal que je pourrais faire, M. le député, c'est d'indiquer à la population que le ministre responsable de la Condition des aînés est le ministre titulaire de la Santé et des Services sociaux, témoignant ainsi de l'importance que j'accorde à cette mission spécifique et de la visibilité que je veux lui donner. Donc, il n'y a pas de vide, il n'y a pas de vide de pouvoir ou d'autorité. J'assume toutes les responsabilités qui étaient liées... ou qui étaient assumées par ma... mon prédécesseur... ou celle qui était ministre déléguée jusqu'à l'événement que vous avez mentionné. Et l'implication ou l'intégration du secrétariat du Conseil des aînés est faite dans le ministère. Ça ne paraît pas à l'organigramme du ministère parce que, lorsqu'on a fait les organigrammes, cette intégration n'était pas complétée, mais ceci est maintenant complété, et les lignes d'autorité et la responsabilité très claires.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le député, M. le ministre. Pour les quelques minutes qui nous restent, M. le député de Nelligan et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Williams: Oui, juste bref, et un rappel aux faits. Selon mon information, le député de Saint-Hyacinthe demandait que... ou remarquait qu'il trouve ça dommage que le Conseil des aînés ne soit pas ici. L'opposition officielle n'a pas demandé la présence de cette agence, malgré que l'opposition officielle a demandé pour la présence de d'autres. C'est juste une clarification.

De plus, je suis content que le député de Saint-Hyacinthe commence... Je me souviens du débat avec la loi n° 90, quand nous avons demandé d'avoir plus de fonds dans le projet de loi, mais, malheureusement, le gouvernement de votre parti a passé une loi qui était juste un registre pour les résidences privées. Nous avons demandé, et je suis content que le ministre suive les démarches, que nous allons mettre plus de surveillance et de contrôle. Je partage les mêmes... les commentaires du ministre, le ministre et le député, mais je trouve que qu'est-ce qu'il dit maintenant et qu'est-ce qu'ils ont dit au pouvoir, c'est deux choses différentes.

● (11 h 30) ●

Un bref commentaire, M. le ministre. Le député de Saint-Hyacinthe a mentionné FADOQ. Je voudrais aussi mentionner qu'il y a un groupe chez nous, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, qui s'appelle SPAR. Société pour personnes âgées en résidences, qui, eux-mêmes, volontairement, ont créé les règles et les bases d'encadrement, de surveillance, et je vais déposer ça plus tard pour le bénéfice de tous les membres de la commission parce qu'il me semble que ça va être très utile comme approche.

Adaptation du système de santé et de services sociaux aux besoins des membres des communautés culturelles

Mais j'arrive à ma question, M. le Président et M. le ministre, c'est encore sur l'hébergement de nos aînés, et c'est une question générale qu'on commence à avoir de plus en plus des demandes des membres des

communautés ethnoculturelles et culturelles, comme tous les autres Québécois et Québécoises, d'avoir l'accès à l'hébergement, mais aussi, spécifiquement, d'avoir une certaine réflexion de leur langue, leur culture. Et je sais, ce n'est pas toujours facile d'adapter notre système. Je voudrais juste vous entendre sur ça, est-ce que vous avez quelques stratégies, programmes pour nous aider à adapter notre système de santé et de services sociaux pour répondre, et particulièrement pour les aînés, pour leurs besoins d'hébergement?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre. Et cette intervention va clôturer cette partie de l'échange.

M. Couillard: Alors, c'est heureux que cette question soit posée. J'ai eu l'occasion de visiter, il y a quelques jours, une résidence privée pour personnes âgées anglophones à Richmond, dans la région de Sherbrooke, qui est une institution qui accueille près de 130 personnes dans un milieu d'hébergement à assez haute intensité, puis qui n'a actuellement aucun soutien ou aucune entente avec le réseau de santé et de services sociaux, et on a mis en marche, je dirais, un contact entre la Régie régionale de l'Estrie et cette institution-là.

Pour ce qui est de la question plus large de la participation des anglophones et des communautés culturelles aux soins de santé et de services sociaux, vous savez qu'il y avait une loi qui avait recommandé ou demandé la création d'un comité conjoint pour régir l'organisation de la dispensation des services en langue anglaise. Ce comité est en train d'être recréé au moment où nous parlons, de façon à ce qu'on assure cette continuité et la bonne qualité des services.

Pour ce qui est des communautés culturelles, je pense que, là, il y a une question, je dirais, pas idéologique mais au moins philosophique qu'il faut toucher. Le précédent gouvernement avait émis ce qu'on appelait la politique du confort culturel, une politique qui veut que les communautés culturelles soient regroupées dans les établissements publics et qu'on s'assure qu'il y ait, dans ces établissements, quelques personnes qui sont en mesure de parler la langue ou de connaître les coutumes des personnes en question. Dans les faits, ça ne satisfait pas du tout les communautés culturelles, surtout celles qui sont en grand nombre. Je parle, par exemple, de la communauté juive, la communauté grecque, que j'ai mentionnées récemment, qui ont des caractéristiques culturelles très distinctes de ce qui est l'habitude et les coutumes de la majorité de la population et qui souhaiteraient qu'on en vienne au concept de résidence identifiée à une communauté culturelle. On est favorable, je dirais, sur le plan du principe, à cette attitude-là, en autant que le nombre de personnes le justifie, en autant que le financement est bien réglé et qu'on ne multiplie pas les projets de façon inutile. Mais, sur le plan du concept de la philosophie, je pense qu'il faut quand même tenir compte de ces demandes-là.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, je vous remercie, chers collègues, on va passer à l'autre enveloppe du temps. On s'était entendus, à partir de 11 h 30, d'y aller avec le volet programmes 2 et 3, sur tout le volet services sociaux.

M. Dion: ...mot avant de quitter, hein.

Le Président (M. Copeman): Mais allez-y rapidement, M. le député de Saint-Hyacinthe, s'il vous plaît.

M. Dion: Merci, M. le ministre, mais vous comprendrez...

Le Président (M. Copeman): Pas encore, M. le député.

M. Dion: ...que je ne pouvais pas quitter sans vous saluer.

Le Président (M. Copeman): Oui, pas encore.

M. Dion: Pas encore, mais ça viendra.

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

M. Dion: Alors, M. le Président, je ne voulais quand même pas quitter sans vous saluer, sans saluer mes collègues, ainsi que M. le ministre. Je le remercie beaucoup pour la collaboration qu'il a manifestée. Je pense qu'il a eu la sagesse de ne pas tout bouleverser en arrivant. Je pense à la question des groupes de médecine de famille, un tas de choses, la question des Roses d'or, et un tas d'autres choses qui existent actuellement sur le métier. Évidemment, tout le monde reconnaît qu'il y a toujours des améliorations à faire, la perfection n'est pas de ce bas monde, mais je pense que le fait d'avoir cette sagesse de ne pas tout bouleverser en arrivant peut aider à résoudre plus de problèmes sans en créer peut-être. Alors, je veux vous féliciter et vous remercier sincèrement et vous souhaiter un bon mandat.

Services sociaux

Le Président (M. Copeman): Alors, merci. Les félicitations étant terminées, moi, je suis prêt à aller à l'autre... Je ne pense pas que c'est nécessaire de suspendre, là, si Mme la députée est prête à prendre place.

J'ai cru comprendre, Mme la députée, que vous souhaitez faire quelques remarques préliminaires. Ça prendrait le consentement de la commission, hein, parce que nous sommes dans une situation où les remarques préliminaires ayant été faites, moi, je suis disposé évidemment. Parce qu'il y a plusieurs porte-parole dans le dossier, et c'est normal. Je suis disposé à permettre d'autres remarques préliminaires. Ça prend le consentement de la commission. M. le député de Nelligan, oui.

M. Williams: Merci, M. le Président. Comme nous avons eu une chance de discuter ça il y a quelques minutes, nous sommes prêts de donner le consentement. Mais on demande que le ministre peut avoir le même temps après la députée pour faire ses remarques préliminaires.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que ça convient, madame...

Mme Léger: Oui.

Le Président (M. Copeman): Oui? Alors, parfait.

Mme Roy: Consentement pour moi aussi.

Remarques préliminaires

Le Président (M. Copeman): Consentement, merci. Alors, la parole est à vous, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles et porte-parole de l'opposition officielle pour les services sociaux.

Mme Nicole Léger

Mme Léger: Merci, M. le Président. Alors, bonjour, M. le ministre et à toute votre équipe. Ça me fait plaisir de venir me joindre à vous pour la partie des services sociaux.

Même si santé et services sociaux vont de pair, même si les aînés, qui sont maintenant sous votre mandat, il reste que c'est quand même un grand pan, je pense, de tout le dossier de santé et services sociaux, d'une part.

Je voudrais saluer tous les gens qui sont là, les gens du ministère d'ailleurs, le public qui est venu écouter.

Ça va être quelques minutes seulement là, juste d'entrée de jeu, j'ai entendu un peu vos remarques préliminaires tout à l'heure, vous allez en faire après un petit peu, j'ai quelques inquiétudes, mais on va prendre le temps, quand même, de le faire en crédits. On a quelques heures ensemble, il faut dire.

D'abord, la santé, selon ce qu'on a entendu de votre gouvernement, des priorités du gouvernement, c'est la santé qui est une de ses grandes priorités, avec l'éducation. J'entends beaucoup parler de santé, je m'inquiète toujours de la partie services sociaux. Alors, c'est sûr que, dans la santé, la partie des listes d'attente, d'urgence, font souvent la grande manchette; la partie des services sociaux, on en entend moins parler. Pourtant, c'est souvent nos gens les plus vulnérables, que ce soient les dossiers ou les situations des personnes qui sont déficients, soit mental soit physique, qu'on parle d'itinérance, qu'on parle des femmes. J'ai ma collègue Jocelyne Caron, ici, la députée de Terrebonne, qui va particulièrement vous parler de la partie des femmes. Il y a tous les jeunes en difficulté. Bon.

Alors, je sais que vous n'avez pas quand même eu tout à fait l'occasion de peut-être vous exprimer à ce sujet-là, on va la prendre aujourd'hui, cette occasion-là.

Dans les crédits, il y a, bon, effectivement, des programmes, il y a des services qu'on donne à des citoyens mais, pour moi, important, toute la partie de la vulnérabilité.

Je suis sûre que mes anciens dossiers de la Famille et de l'Enfance et ceux de la lutte à la pauvreté vont venir sûrement teindre un peu toute la partie des jeunes en difficulté ou la partie de pauvreté, d'une part.

Je vous ai entendu soulever de ce qui est toujours préoccupant pour la santé et services sociaux, le vieillissement de la population, les nouvelles technologies évidemment, le coût des médicaments, qui viennent effectivement donner, je pourrais dire, une certaine voix dans l'ensemble des décisions de la gestion de la santé et des services sociaux.

Ce que je peux dire dans l'ensemble des dossiers, c'est qu'on va prendre le temps de les regarder un après l'autre, c'est-à-dire vraiment la partie soit de la déficience, jeunes en difficulté, du jeu pathologique, toxicomanie, alcoolisme. J'aimerais qu'on prenne le temps, vraiment, de regarder quels sont vos engagements à ce niveau-là. Même si on le voit un peu dans les crédits, c'est soit par les fonctions nationales ou régionales, ce n'est quand même pas précis, selon vos intentions. Et je n'ai pas eu le temps de vous questionner à ce niveau-là, d'une part, puis je n'ai pas eu le temps de vous entendre. Et vous non plus, je pense que vous n'avez pas pris le temps de nous entendre. Alors, c'est un peu ça, là, les remarques que je veux faire avec vous aujourd'hui.

Tout le côté curatif va être intéressant, mais je vais vouloir vous entendre surtout du côté préventif aussi de votre approche. Comme vous êtes nouvellement élu et nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, on a beaucoup d'attentes à votre égard. Alors, c'est ce que je vais me permettre de vous questionner aujourd'hui. Voilà.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, quelques remarques préliminaires, également.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Oui, ce sera bref. Effectivement, la notion de continuité et d'unité entre la mission services sociaux et santé est excessivement importante. Vous savez qu'on est une des seules provinces, sinon la seule, à avoir un ministère de la Santé et des Services sociaux. Et je pense que, loin de tourner le dos à cette unité, il faut, au contraire, la concrétiser puis l'affirmer. Parce que, quand on parle de services sociaux, que ce soit lorsqu'on s'occupe des jeunes en difficulté ou des femmes victimes de violence, on fait, en fait, de la prévention en santé, particulièrement en santé mentale. Si on a un enfant qui est témoin d'un acte de violence conjugale, bien, cet enfant-là risque d'en porter des stigmates puis des séquelles à long terme. Alors, en donnant de l'attention à ces enfants-là, on agit, en fait, dans le domaine de la santé, considéré comme quelque chose de très vaste et non pas uniquement les soins hospitaliers, les soins curatifs.

● (11 h 40) ●

À ce sujet-là, je veux quand même préciser — parce que c'est une analyse que j'ai vue dans certains médias après les annonces qu'on a faites le 22 mai, qui, à mon avis, était superficielle et inexacte — que plus de 50 % des sommes qu'on a annoncées le 22 mai ne sont pas dans le milieu hospitalier; elles sont dans les soins de proximité, en termes d'hébergement, de maintien à domicile de clientèles vulnérables. Et ça, c'est important de le rappeler, parce que, étant donné mon origine professionnelle, les gens ont rapidement pensé que j'aurais un biais pour l'aspect curatif ou, je dirais, médical-médical du ministère que j'ai l'honneur de diriger, puis ce n'est pas le cas du tout. J'ai l'intention d'aborder mes fonctions dans un contexte très large puis d'accorder autant d'importance à la mission services sociaux qu'à la mission santé, considérant qu'il s'agit, pour moi, d'une continuité et non pas d'une dissociation.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, pour débuter un premier échange de bloc de 20 minutes, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Ventilation de l'augmentation des crédits en santé et services sociaux

Mme Léger: Merci, M. le Président. Bonjour à vous. Bonjour à vous tous, membres de la commission aussi. D'abord, si vous voulez, on va aller dans les crédits tels quels. Ce n'est pas nécessairement évident de dissocier tout ce qui est services sociaux et santé dans l'ensemble du portefeuille. Si je regarde les crédits comparatifs, vraiment, là, que je peux voir de ce qu'on avait comme gouvernement précédemment et de maintenant, ça semble être assez similaire. Je vois que vous avez une enveloppe de 19,1 milliards de dollars, 19 100 et quelque chose de dollars. Si je regarde un petit peu dans les fonctions, si on voulait regarder les fonctions nationales, régionales, l'Office des personnes handicapées, si vous voulez, on va aller un peu dans les quatre formes de crédits, les quatre programmes, c'est assez semblable, je dirais, là. Il n'y a pas beaucoup d'augmentation. J'aimerais voir auprès de vous où vous avez situé particulièrement l'augmentation et les nouveaux crédits en santé et services sociaux.

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

M. Couillard: Alors, les nouveaux crédits en santé et services sociaux sont, en fait, contenus dans l'annonce qu'on a faite le 22 mai, pour une somme de 240 millions récurrente, à laquelle s'ajoutaient 10 millions pour l'achat de petits instruments. Je glisse rapidement sur la comparaison avec les crédits déposés par l'ancien gouvernement, ce sera intéressant d'y revenir, mais je n'entends pas utiliser la majorité de mon intervention à ce stade-ci pour le faire. Je vais les détailler avec vous, je pense que c'est la meilleure façon, ces 240 millions récurrents là. Et c'est la façon, je pense, de pouvoir s'adresser à la question.

D'abord, et ça, c'est sur l'aspect, je dirais, hospitalier, effectivement, il y a, pour la première fois depuis huit ans, un ajout de 50 millions en ce qu'on appelle le coût de système spécifique pour les établissements de santé. Et, pour avoir pratiqué dans ces établissements-là, je peux vous dire que, chaque année, les établissements étaient plongés dans une situation très difficile. Ne leur reconnaissant pas ce coût de système spécifique, on les amenait finalement à diminuer les services ou à restreindre les services à la population. Alors, cette annonce de 50 millions de coût spécifique en technologies, vieillissement et médicaments utilisés en centres hospitaliers a été très bien reçue dans le réseau, et je pense que c'est vu comme une bouffée d'air frais.

Ajoutons à ça maintenant la ventilation du montant annualisé là, à près de 250 millions qu'on a annoncé en mai. D'abord, les urgences. Il y a 25 millions d'argent nouveau, auxquels s'ajoutent les 50 millions que votre gouvernement avait votés l'année

précédente sur une base non récurrente et qui vont être rendus récurrents maintenant. Donc, l'effort récurrent pour les urgences se chiffre maintenant à 75 millions de dollars. On a décidé de l'investir non pas tellement dans l'urgence elle-même, parce que, comme je l'expliquais tantôt — je pense que vous n'étiez pas arrivée encore — la solution au problème des urgences ne se trouve pas dans les urgences, elle se trouve en général en amont ou en aval des urgences, dans l'insuffisance de ressources d'hébergement et de maintien à domicile. Alors, les achats de places en soins prolongés ou en hébergement représentent 10 millions sur les 25 millions.

L'ajout de lits en période de pointe. Vous savez qu'on vit deux ou trois périodes de pointe par année dans les urgences en raison des phénomènes climatiques, en particulier, ou des changements d'état de santé de la population, pour 10 millions; et la coordination médicale et le soutien, pour 5 millions. Le soutien, c'est important, ça consiste à identifier les gens, dès l'arrivée à l'urgence, qui pourraient être redirigés vers des milieux de soins à domicile ou les milieux autres que l'urgence.

Pour les listes d'attente, il y a un total de 60 millions annualisés, qui est placé dans ce domaine-là; la chirurgie d'un jour, pour 11 millions; la chirurgie avec hospitalisation, 46 millions. On a déjà des indices que, effectivement, le nombre de chirurgies est en train d'augmenter, mais je pense qu'il faut être prudents puis attendre quelques mois encore pour bien valider cette information-là.

Et l'hébergement. Il y a encore une enveloppe pour l'hébergement de 3 millions à même l'enveloppe des listes d'attente.

Les services de première ligne, les groupes de médecine de famille et les cliniques réseau reçoivent 30 millions sur une base annuelle. On en parlé tantôt avec votre collègue le député de Saint-Hyacinthe.

Maintenant, pour ce qui est des personnes vulnérables, on en a cinq catégories identifiées dans notre annonce de 240 millions. D'abord, ce qu'on appelle les troubles envahissants du développement ou en fait plus communément connus dans le public comme étant les enfants autistes. Vous savez que c'est un groupe de population qui n'avait aucun service et qui en était même rendu à poursuivre le gouvernement du Québec en recours collectif pour l'absence de ces services-là. On a annoncé 18 millions sur une base annuelle récurrente pour les soins et les services aux enfants qui sont atteints des troubles envahissants du développement.

Les enfants dysphasiques, c'est-à-dire ceux qui sont atteints de troubles du langage et de la parole, reçoivent 3 millions de dollars.

Les jeunes en difficulté, et je pense que vous y avez fait allusion d'une façon plus particulière tantôt, reçoivent 10 millions sur une base annuelle, et ça, c'est intéressant, la répartition, la philosophie dans laquelle on a fait la répartition. On pourra y revenir tantôt.

Les femmes victimes de violence, 8 millions, et les personnes atteintes de santé mentale, 9 millions, surtout les interventions en situation de crise et la prévention du suicide, par exemple, qui reçoivent des sommes supplémentaires cette année.

Le soutien à domicile et l'hébergement, on y a fait allusion tantôt avec votre collègue de Saint-Hyacinthe.

Pour le programme d'aide aux Personnes âgées en perte d'autonomie, 35 millions, et, pour les autres clientèles, 15 millions, pour un total de 50 millions.

La santé publique reçoit également 20 millions d'argent supplémentaire récurrent sur une base annuelle. Vous savez qu'on est confrontés de plus en plus à des urgences de santé publique comme, par exemple, le virus du Nil, les programmes de vaccination contre la méningite. Heureusement, on a échappé à la catastrophe de la pneumonie atypique au Québec, et je pense qu'il faut en remercier pour ça, je dirais, la chance, d'une part et, d'autre part, la bonne structure de santé publique qui était en place et prête à faire face à toutes les éventualités. Et enfin, les primes estivales pour la main-d'oeuvre, 11 millions, ce qui fait un total, là, de 248 millions annuels d'annoncés. Mais ça ne compte pas, bien sûr, les petits instruments de salles d'opération auxquels je faisais allusion tantôt, qui sont une injection ponctuelle.

Donc, voici en gros comment se répartissent ces nouveaux crédits là et qui s'ajoutent, bien sûr, au coût d'indexation du système, parce que vous savez que les coûts d'indexation du système sont beaucoup plus élevés que ce que le gouvernement précédent avait évalué. Il y a tout le coût lié aux conventions collectives, l'augmentation des salaires, les forfaits syndicaux. On a une année bissextille, cette année, qui coûte à elle seule 30 millions de dollars. C'est quand même intéressant de voir qu'une seule année de plus dans le gouvernement, pour santé et services sociaux, coûte 30 millions de dollars. Les ententes avec les fédérations médicales, tout ça fait que le coût d'indexation ou de reconduction des activités est beaucoup plus élevé que ce qui avait été évalué auparavant dans les faits.

Alors, celle-ci nous a quand même permis de dégager ces sommes et, encore une fois, une grande partie de ces sommes sont à l'extérieur du milieu hospitalier, dans les personnes vulnérables, les soutiens à domicile, l'hébergement et d'autres manoeuvres connexes ou d'autres priorités connexes.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée.

Mme Léger: Merci. On aura le temps de voir certains en détail, sauf... Est-ce que c'est possible d'avoir votre liste, qu'on puisse la déposer?

M. Couillard: Ça, c'est des notes personnelles que j'ai ici, là. On vous transmettra les communiqués. Tout est détaillé de façon très complète.

Mme Léger: C'est beau.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Allez-y, Mme la députée.

Rôle des régions régionales et des CLSC

Mme Léger: Il y a quand même un enjeu intéressant dans vos engagements, dans les engagements électoraux que vous avez... que votre chef a faits pendant la campagne électorale et qu'on a entendus, par la suite, de certains de vos collègues. Qu'arrivera-t-il

avec les régions régionales? Je pense que... Moi, je veux faire le lien particulièrement avec les CLSC. C'est sur cette question-là particulièrement que j'aimerais que vous m'apportiez des réponses.

C'est sûr que toute la partie des services sociaux, vous parlez de beaucoup de services à proximité, des services sociaux où la plupart des services qui sont donnés par les services sociaux sont souvent dans les CLSC, donc à proximité des gens. Les CLSC, on connaît le mandat des CLSC.

Donc est-ce que vous allez modifier le mandat des CLSC? Est-ce qu'ils vont être davantage... Est-ce que vous allez accentuer davantage leur mandat qui est vraiment celui de services à proximité des citoyens? Et qu'arrivera-t-il si les régions régionales sont abolies? Quand est-ce que vous avez l'intention de les abolir? Ma collègue de la santé aura l'occasion de vous en reparler. Évidemment, vous parlez de grandes agences, là, de superstructures. On ne sait pas trop dans quoi on s'embarque, là. Ce serait peut-être intéressant que vous puissiez aujourd'hui nous exprimer un peu... en tout cas davantage, ce que vous comptez faire avec les régions régionales.

Je vois quand même qu'il y a un budget... dans le budget, vous avez quand même... vous conservez... en tout cas, dans les crédits, vous conservez quand même toujours... les régions régionales sont toujours là, à date. Est-ce que, l'année prochaine, la ligne va être... n'existera plus? Et elle sera comment? Comment vous allez redistribuer l'argent? Évidemment, moi, ce qui m'intéresse particulièrement, c'est la partie aussi des CLSC, là, où j'aurai quelques questions par rapport à ça.

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

● (11 h 50) ●

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, ce que dit Mme la députée est exact. Il faut être prudents dans ces modifications-là pour ne pas créer, je dirais, de perturbations majeures dans le réseau, puis on a été très attentifs à ça en donnant plusieurs signaux de continuité. D'abord, en expliquant aux gens... Et les gens du réseau, ce qui m'a vraiment, je ne dirais pas, surpris, parce qu'on s'y attendait dans le fond, compte tenu de l'enthousiasme et la compétence des gens du réseau, autant au niveau du ministère que des régions régionales que des établissements, les gens voient que les orientations qu'on annonce sont dans la continuité de ce qui était souhaité par le réseau depuis des années. Autant lors de la commission Rochon que de la commission Clair que de la commission Romanow, il y a ce mouvement général de l'organisation des soins de santé vers une continuité et une décentralisation surtout.

Et j'aurai l'occasion d'expliquer tantôt pourquoi on est revenus malheureusement au cours des derniers mois sur cette notion essentielle de décentralisation. Et, dans les faits, il y a une tentative, avouée ou non, de recentraliser la direction du système de santé et de services sociaux au Québec au niveau ministériel.

Cette continuité, donc, étant assurée, on veut la rendre plus concrète par l'engagement en fait des présidents des régions régionales. Vous serez heureuse de savoir que les P.D.G. des régions régionales collaborent activement à nos travaux. Ils sont même représentés au niveau du groupe de travail ministériel qui touche

l'aspect de la régionalisation. On a également prévu que, lors de l'entrée, je dirais, en vigueur du cadre de cette nouvelle régionalisation, la grande majorité — et tous ceux qui le souhaitent, en fait — des P.D.G. des régions régionales resteront en place pour une période qui peut aller jusqu'à 12 mois, de façon à assurer l'intérim pour la transformation du réseau dans un contexte de continuité puis en évitant les traumatismes et les, je dirais, les interruptions de service. Et ça, c'est très présent dans notre esprit.

Donc, encore une fois, cette implication des gens du réseau, des P.D.G. de régions même, organismes qui, théoriquement, on devrait s'attendre à ce qu'ils s'opposent à ce qu'on a annoncé au cours de la campagne... Non seulement ils ne le font pas, mais ils participent activement à nos travaux, et je les salue pour ça. Je salue particulièrement les actions récentes de M. Levine à Montréal, qui a montré ce que peut faire un dirigeant régional lorsqu'on lui donne les outils puis l'autonomie nécessaires pour remplir ses fonctions.

Les régies régionales, qui avaient été créées, vous savez, à l'époque par notre prédécesseur, un ministre libéral, avaient comme objet de réaliser cette décentralisation et ce recentrage des activités ou de la gestion des activités vers les régions. Et, à l'époque, on avait identifié des lacunes que les régies régionales devaient corriger. Alors, il y avait des services discontinus, incomplets et impersonnels; des ressources humaines mal gérées; le décloisonnement et la responsabilité partagée entre les établissements qui étaient à faire; un mécanisme démocratique qui était sclérosé; puis un financement inéquitable.

Maintenant, 15 ans plus tard, force est de constater que ces constats demeurent tout à fait là. Le financement inéquitable, on y a fait allusion tantôt. C'est totalement inadéquat actuellement, la façon dont les fonds sont distribués en fonction de la population. Le mécanisme démocratique sclérosé non seulement il est resté sclérosé, mais il a même été amputé. Alors qu'auparavant il y avait une représentation efficace de la population dans les conseils d'administration des régies régionales, on a retiré cette représentation à l'aide de la loi n° 28 qui réformait la gouverne des régies régionales et, en fait, faisait du P.D.G. un fonctionnaire nommé directement par le ministre. Alors, voici un exemple où on a en fait centralisé. On a voulu enlever toute autonomie et toute capacité d'agir de façon indépendante aux organismes régionaux et on a également enlevé la représentation de la population, ce qui m'a surpris beaucoup de la part d'un gouvernement qui avait une orientation sociale-démocrate ou, je dirais, favorable aux représentants des intérêts de la société civile ou de la population. C'est un geste qui est complètement à l'encontre d'une philosophie semblable.

Alors, voici la situation qui est présente actuellement. On a un système qui n'est pas décentralisé; on a un système qui est pseudodécentralisé. On a les régies régionales en mots, mais on n'a pas de décentralisation véritable. Est-ce que je peux continuer ou...

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, c'est ça, là. Ce n'est pas comme à l'école. Quand on lève la main, je pense qu'il faut attendre son tour. C'est la même chose. Alors...

Le Président (M. Copeman): Inquiétez-vous pas, M. le ministre, c'est moi qui dirige les travaux.

M. Couillard: Alors donc, il faut continuer ces travaux-là. Au point de vue de la chronologie des événements, on pense que ce groupe de travail devrait commencer à donner ses fruits à la fin de l'été, à l'automne, être en mesure, pour la session d'automne, de présenter un projet initial qui va être bien sûr soumis à une large consultation publique. Et on espère le voir entrer en vigueur le plus rapidement possible, encore une fois en maintenant en place les P.D.G. actifs des régies régionales pour une période d'environ 12 mois, de façon à ce qu'on conserve, je dirais, la continuité puis la philosophie qui était initialement dévolue à ces organismes régionaux.

Je parlais tantôt de M. Levine, qui est bien connu du parti qui forme l'opposition actuellement, et M. Levine est convaincu, et l'a dit publiquement, que les régies régionales doivent être remplacées par des structures régionales qui sont capables de piloter des projets semblables à ceux qu'il a annoncés lors de son annonce sur la façon dont il va utiliser les sommes dévolues aux listes d'attente. Et je pense que les gestionnaires sur place, les gestionnaires dans les régions, des établissements, n'attendent que la possibilité d'être plus actifs dans les décisions qui touchent la population dont ils ont charge.

Maintenant, pour ce qui est de la question plus spécifique des mandats des CLSC, ce à quoi Mme la députée faisait allusion, cette question des mandats des établissements est au coeur de ce qu'il faut faire. Et on en a donné une indication assez claire avec ce qu'on a fait dans la région de Québec au cours des derniers jours lorsqu'on a réaligné les services d'obstétrique et confié des mandats spécifiques aux établissements.

Alors, les mandats dans le réseau vont avoir des mandats de niveau local, de niveau régional et, pour certains d'entre eux, de niveau suprarégional ou national. Et c'est lorsque ces mandats seront bien définis qu'on aura enfin un système fonctionnel dans lequel le citoyen pourra se retrouver.

La base de l'organisation va être ce qu'on appelle le réseau d'établissements intégré ou le réseau d'établissements qui est formé finalement des missions combinées du centre hospitalier de courte durée, du CLSC et du CHSLD. Parce que c'est ça, la continuité des soins, hein, les soins à domicile dans la communauté, les soins hospitaliers et l'hébergement lorsqu'il est nécessaire. C'est la continuité ou parcours normal du patient, et c'est ça qu'il faut recréer dans la structure administrative. Et on prendra bien soin effectivement de définir de façon claire les mandats respectifs de chacun de ces éléments de façon particulièrement à ce que le mandat du CLSC soit très clairement indiqué et soit concrétisé dans les faits.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Oui. Merci, M. le Président. Alors, j'ai de la misère à vous suivre... M. le Président, j'ai de la misère à suivre M. le ministre par rapport à sa structure régionale, là. Ce n'est pas clair.

Vous avez beau me parler des P.D.G. qui participent. Ils ont toujours participé, les P.D.G. des régions régionales. Je ne vois pas qu'est-ce qu'il y a de nouveau que les P.D.G. participent, d'une part. Que ce soit celui de Montréal ou que ce soit celui de Québec, je pense que c'est tout à fait... ça correspond tout à fait à la vision de décentralisation.

Vous me parlez que les régions régionales ne remplissent pas le mandat de décentralisation. Peut-être qu'il y a des irritants, peut-être qu'il y a des constats que vous avez faits ou que des groupes ont faits ou que même les P.D.G. peuvent avoir faits. Je pense que le système de santé sera toujours en constante amélioration, et il faut évoluer évidemment. Est-ce qu'évoluer veut dire abolir les régions régionales? Je pense qu'il y a une marge. Est-ce qu'évoluer, pour vous, le fait d'abolir les régions régionales... Vous ne m'avez pas dit que vous allez les abolir encore. C'est pourtant dans votre programme.

Vous allez les remplacer peut-être par une autre structure régionale, c'est ce que vous nous avez dit. De ce que je sais, les structures régionales, bien, une région régionale, ça en est une, structure régionale. Alors, pour moi, ce n'est pas clair, là, ce que vous m'apportez. Mais, de toute façon, l'important, c'est que je puisse savoir que le mandat, d'une part, des CLSC pour le moment, dans ce que je vous ai interpellé, va être renforcé, de ce que je comprends. Et, pour moi, ça, c'est absolument important.

Si vous voulez, j'aimerais vous poser quelques questions par rapport... Je ne sais pas combien de minutes il me reste dans ce premier...

Le Président (M. Copeman): Trois... quatre. Un peu plus que quatre.

Stratégie de lutte à l'alcoolisme et à la toxicomanie

Mme Léger: Bon, on n'en a pas bien, bien gros. Alors, j'aimerais qu'on aille au niveau de l'alcoolisme et la toxicomanie, si vous voulez bien, si vous voulez bien qu'on puisse aborder ce sujet-là.

D'abord, dans votre plan Pour faire les bons choix, vous prévoyez la création de 1 000 nouvelles places accréditées de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie pour un montant de 10 millions de dollars; c'est ce que j'ai pu comprendre. Est-ce que le ministre va créer des nouvelles places en réadaptation telle quelle pour les personnes qui souffrent d'alcoolisme et de toxicomanie? Est-ce que ces places-là... on va s'assurer que ces places-là, ce n'est pas juste des places parce qu'on ajoute des places, mais que ces places-là seront des places de qualité? Quelle est votre approche par rapport à la lutte à l'alcoolisme et à la toxicomanie?

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

M. Couillard: Alors, le plan Pour faire les bons choix, si je me souviens bien, c'était le plan de mon prédécesseur. Ce n'est pas notre programme électoral.

Mme Léger: Non. Vous, c'est Partenaires pour la santé.

M. Couillard: C'est un autre livre, d'ailleurs très intéressant, hein. Je vous apporterai un exemplaire la prochaine fois. Alors, la lutte à la toxicomanie, c'est excessivement important. On veut certainement s'y attarder. On va, de façon plus spécifique au cours de l'été, déposer un plan d'action pour une partie de la toxicomanie qui devient à mon avis de plus en plus préoccupante parce qu'elle touche les jeunes ou la population la plus jeune. C'est ce qu'on appelle la drogue ecstasy.

Vous savez, dans les rassemblements de jeunes où il y a des rassemblements de type rave, il y a une consommation de cette drogue qui devient de plus en plus incontrôlable et incontrôlée, avec des effets extrêmement pernicieux sur la santé. On parle, par exemple, du développement plus précoce de la maladie de Parkinson à partir de l'âge de 40 ans pour les gens qui utilisent cette drogue-là dans des circonstances non contrôlées.

Il y a le plan du gouvernement canadien de décriminaliser la possession du cannabis, la marijuana. On va s'y adapter, à ça. On va mettre quand même en place des nouvelles mesures de prévention pour les effets possibles de cette consommation. Même si ces effets ne sont pas vraiment connus en détail, il ne s'agit pas non plus de banaliser la consommation de substances semblables.

● (12 heures) ●

On va collaborer avec le gouvernement fédéral lorsqu'il va investir. On estime qu'au cours des cinq prochaines années il va investir 250 millions de dollars pour la stratégie antidrogue. On a certainement... d'aller chercher là-dedans les sommes qui sont spécifiques au Québec et on va le faire. Il y a un plan interministériel de lutte à la toxicomanie qui va être bientôt déposé, qui va regrouper tous les intervenants du milieu. Et, également, on va faire en sorte de s'assurer que les actions des régions régionales et les maisons d'accueil soient bien financées, et financement accru pour obtenir plus de places au cours des prochaines années.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Oui, M. le Président. Est-ce que ça veut dire que vous allez bien financer... Est-ce que vous allez investir davantage? Est-ce que vous attendez l'argent du fédéral ou vous avez l'intention présentement d'investir directement de l'argent neuf dans la lutte à l'alcoolisme ou la toxicomanie?

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

M. Couillard: Alors, cette année, dans les crédits que j'ai dégagés tantôt, il n'y a pas d'investissement spécifique nouveau pour ces missions-là. Encore une fois, je rappelle que nos cadres financiers commencent en 2004-2005, et ça fera partie de nos priorités à ce moment-là d'investir plus particulièrement dans l'alcoolisme, la toxicomanie, et également la lutte au tabagisme, dont on pourra reparler un peu plus tard également.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de Laval-des-Rapides.

Diminution de la lourdeur administrative imposée aux organismes communautaires

M. Paquet: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, effectivement, je voudrais d'abord saluer aussi, là, tout le travail que les organismes communautaires peuvent faire. Ils font un travail extraordinaire, avec des besoins qui sont importants, qui sont criants, mais des ressources qui sont limitées parfois, évidemment, mais ils font beaucoup. Dans mon comté de Laval-des-Rapides, il y a beaucoup de ces organismes-là, j'en ai plusieurs exemples.

On parlait de désintoxication tout à l'heure. Il y a un centre qui a ouvert hier, dans le comté, dans le cadre du programme IPAC, entre autres, là, dans le comté de Laval-des-Rapides. Il y a le Centre de bénévolat de Laval qui fait beaucoup aussi dans le centre de Laval, c'est dans le comté de Vimont. Il y a d'autres organismes aussi qui adressent les problèmes de... prennent les sans-abri qu'il y a à Laval-des-Rapides. Et beaucoup parmi tous ces organismes-là, je ne les nomme pas tous... il y en a beaucoup qui font énormément, qui font tous énormément pour répondre à des besoins criants de la population.

Et beaucoup de ces organismes-là que j'ai rencontrés au cours des derniers mois m'ont soulevé une des problématiques qu'ils avaient justement avec le fait qu'il y avait une très grande lourdeur administrative avec les régies régionales, entre autres, où souvent les décisions étaient prises par l'ancien gouvernement, à Québec, de façon centralisée, et la Régie régionale, finalement, faisait une petite réunion — il y avait des lunchs — et souvent les décisions étaient annoncées. Et il semblait y avoir beaucoup, beaucoup de lourdeur à répondre parfois aux besoins, et on se ramassait avec des besoins criants.

Je vous donne un exemple. Entre IPAC 1 et IPAC 2, qui est des sommes fédérales où il y a une gestion provinciale, il y a une entente qui allait avoir lieu entre le fédéral et le provincial sur ces questions-là. Parfois, bon, il y a des délais, qu'on peut comprendre, de mise en place d'un programme, et tout ça, d'évaluation. Mais, lorsque, par exemple, entre février et maintenant, des organismes qui desservent la population, répondaient à des besoins... Je vous donne l'exemple des sans-abri, il y avait un délai, là, très long, où est-ce que, pendant ce temps-là, il y avait un trou: le programme précédent finissait, et là il n'y avait aucune mesure de transition qui avait été prévue précédemment, dans l'ancien gouvernement, pour permettre de continuer à répondre aux besoins qu'il y a là. Les sans-abri ne disparaissaient pas de la carte parce qu'un programme finissait.

Donc, la première partie de mon intervention à ce débat-là: Comment donc est-ce qu'il y a moyen de réduire cette lourdeur-là bureaucratique, où est-ce que les gens clairement veulent moins de structures, plus de services?

Je crois que le message de la population était très clair le 14 avril dernier, ils attendent ça du gouvernement, qu'on puisse répondre à ces besoins-là. L'idée,

ce n'est pas... Il y a des gens, des bonnes gens dans le système et dans le réseau et présentement qui occupent des postes dans les régies régionales qui peuvent jouer un rôle important, mais ils veulent sûrement beaucoup plus... beaucoup moins de lourdeur et une vraie décentralisation, où, justement, ils ont une partie prenante au processus, et qu'ils puissent continuer à répondre aux besoins. Ma première question donc serait cet aspect-là, si vous vouliez répondre... si M. le ministre veut y répondre.

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

M. Couillard: Pour ce qui est de la lourdeur du système, bien, c'est au coeur de la conversation qu'on avait tantôt avec notre consocier ici, c'est de rapprocher le plus possible les décisions au niveau des établissements au niveau local. Donc, on prend l'attitude de définir qu'au départ tous les programmes ou tous les services peuvent être gérés au niveau local, sauf exception. On dégage les exceptions qu'on replacera au niveau régional et, de là, on dégage les exceptions qu'on replacera au niveau ministériel. Donc, une approche qui est complètement à l'opposé de l'approche proposée: on commence par définir toutes les missions vers le haut, puis on les dégage progressivement vers le bas.

Elle avait fait également allusion à l'IPAC pour expliquer aux collègues et au public que l'Initiative de partenariats en action communautaire, c'est un programme lancé par le gouvernement fédéral en 1999, auquel le Québec a souscrit, mais en demandant cependant d'avoir un rôle spécifique pour ce qui est de la sélection des projets via les régies régionales. Et c'est en fait le Québec qui est le seul gouvernement canadien actuellement à exercer ce pouvoir-là de contrôler les projets qui seront financés. Pour vous donner un exemple de montants, il y avait 56,8 millions pour le IPAC 1, ou le premier programme. Ça a été augmenté à plus de 60 millions en raison de l'ajout d'un fonds spécial pour les sans-abri dans les régions autres que métropolitaines.

Je dois vous dire à ce sujet que les discussions avec nos collègues du gouvernement fédéral progressent extrêmement rapidement, et on est confiants, à très court terme, de pouvoir annoncer le renouvellement de l'entente IPAC. Dans l'intervalle — parce que vous avez fait allusion au fait que beaucoup d'organismes ont été l'objet de menaces ou même de bris de services — parce qu'il y a eu une interruption des fonds avant le renouvellement, on a mis en place un mécanisme de transition avec les régies régionales où les organismes en question sont financés, dans l'intervalle, au moyen de garanties de prêts, de façon à ce qu'ils puissent tenir jusqu'à l'arrivée des fonds fédéraux. Et, encore une fois, j'espère que l'annonce va pouvoir se faire très rapidement de la conclusion d'une entente pour la deuxième phase de IPAC, qui va nous amener jusqu'en 2006 cette fois.

Le Président (M. Copeman): M. le député, allez-y.

M. Paquet: Je voudrais remercier effectivement, M. le ministre, pour le travail qu'il a fait, je sais

que ça a permis à des organismes, à différents organismes de mon comté de pouvoir bénéficier effectivement de cette mesure-là transitoire, qui est un exemple concret de service, là, qui répond à des besoins, où est-ce qu'on ne s'est pas empêtré dans les structures, mais on a essayé de trouver des moyens pour pouvoir répondre aux besoins. Je crois que c'est quelque chose que... les citoyens, les organismes communautaires de mon comté m'en ont fait part, là, ils sont très heureux de l'attitude du gouvernement à cet égard-là, et c'est à encourager.

Financement des organismes communautaires

Un élément important quand on parle des organismes communautaires, c'est le financement, évidemment, de l'action communautaire. Dans le passé, on sait qu'il y a eu des manques à cet égard-là, et j'aimerais que vous élaboriez davantage, justement, d'abord sur le financement qui est accordé cette année au niveau du financement de l'action communautaire, au niveau des budgets. Et aussi un autre élément qui reste dans la même question, c'est l'aspect de stabilité du financement.

Ayant moi-même eu la possibilité... Dans le passé, ayant été président d'un organisme communautaire au début des... première moitié des années quatre-vingt-dix, je sais qu'un des problèmes souvent qui est rencontré par les organismes, c'est justement la stabilité du financement. C'est-à-dire que c'est normal et c'est important qu'il y ait de l'imputabilité, mais souvent le financement se faisait sur la base de projets, c'est-à-dire qu'on doit arriver avec un projet tous les ans. Et... profiter pour faire un nouveau projet tout de suite, remplir des formulaires, ça demande beaucoup d'énergie et de ressources des organismes communautaires pour le financement, puis c'est un projet qui demande... qui peut s'étaler sur plusieurs années.

Et on sait que ça se fait, ça, déjà dans d'autres milieux. Au niveau universitaire, dont je viens, je sais effectivement qu'il est possible, et on fait des demandes triennales où, effectivement, bon, il doit y avoir un projet, il peut y avoir plusieurs volets qui sont bien établis d'avance, où, justement, un financement est accordé sur une base triennale et, à chaque année, un petit rapport à faire de voici où on est rendus en termes de financement du projet. Et là on peut continuer sur le deuxième volet sans avoir à recommencer toute la ronde de subventions à chaque année pour certains des besoins spécifiques. On comprend que ça, ça ne répond pas à tous les besoins, mais il y a plusieurs besoins de base qui assurent une certaine pérennité, une continuité de l'action des organismes communautaires dans leur milieu, là, qui permet de faire des choses concrètes. Et j'aimerais avoir les intentions du gouvernement à cet égard.

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

M. Couillard: Effectivement, la contribution des organismes communautaires dans notre réseau est excessivement importante, et on ne dira jamais assez l'importance de ce travail qu'ils font parmi nous. Vous donnez des chiffres, vous posez la question des crédits

de soutien des organismes communautaires. L'ordre des dépenses... Lorsqu'on analyse les dépenses 2002-2003, il y a eu près de 270 millions qui ont été consacrés au soutien aux organismes communautaires, de façon plus précise: 269 289 000 \$. Cette année, les crédits sont augmentés à 280 930 000 \$, soit une augmentation de plus de 4 %, 4,3 % pour être plus exact. Alors, c'est une augmentation considérable et probablement sans précédent, là, pour l'augmentation, en une année, du soutien aux organismes communautaires.

La façon dont cette augmentation, donc, de plus de 11 millions de dollars, qui est quand même considérable comme effort cette année, est faite, il y a d'une part l'indexation, c'est-à-dire le fait que les dépenses des organismes communautaires en place augmentent en vertu des coûts des loyers ou autres programmes semblables. Il y a ce qu'on appelle le réaménagement des crédits, pour plus de 5 millions de dollars, où on ajoute des missions pour les organismes existants, où on certifie, où on finance de nouveaux organismes, et ainsi que d'autres actions plus mineures pour 80 000 \$, donc un effort important en termes de financement.

Maintenant, ceci ne règle pas le problème de base auquel vous avez fait allusion, qui est l'instabilité et l'imprévisibilité, si vous voulez, du financement des organismes communautaires, où, finalement, un organisme, chaque année, doit aller littéralement demander ses subventions à la pièce, en n'étant donc jamais certain d'avoir une reconduction de ses activités. Alors, nous, on a commencé et on va poursuivre des conversations avec le représentant des organismes communautaires de façon à aller dans une direction de financement prévisible et stable. On parle même, nous, d'une approche triennale de financement des organismes communautaires où l'organisme en question saurait de façon précise quel sera son financement pour les trois prochaines années, et le financement, bien sûr, continuerait d'être ajusté à la hausse, année après année, dans le réseau.

Maintenant, il est essentiel que cette augmentation d'efforts budgétaires du gouvernement, donc des fonds publics, dans les organismes communautaires soit accompagnée en retour d'une reddition de comptes et d'une transparence totale desdits organismes envers leur mission et la façon dont les services sont rendus. Et je dois dire que, pour avoir eu une rencontre récemment avec les groupes représentant les organismes communautaires, je constate avec satisfaction qu'ils ou elles sont très ouverts, ouvertes maintenant à cette question de la reddition de comptes et de la transparence, alors qu'auparavant il y avait une sorte de difficulté idéologique, là, pour ça.

● (12 h 10) ●

Entendons-nous bien, ils ne voudraient pas être inclus dans le réseau, ils ne veulent pas être assujettis aux normes assez rigides du réseau de la santé et des services sociaux, et on ne le souhaite pas non plus, parce qu'on ne veut pas rendre leurs actions moins efficaces. Mais ils sont prêts maintenant à ce qu'on examine de façon serrée leurs actions, leurs résultats, en vertu d'assurer leur financement, en retour d'un financement plus stable et prévisible. Et je pense que ceci est très important. Il faut que... Pour que les contribuables acceptent que l'argent soit augmenté ou que l'investissement soit augmenté dans ce domaine-là, il faut

absolument qu'on puisse leur donner des comptes assez transparents et assez complets de l'action réelle de ces groupes-là.

Le Président (M. Copeman): Je vous souligne en passant que nous allons avoir, jeudi matin, l'occasion d'en discuter, j'imagine, d'une façon un peu plus détaillée, de l'élément 3 du programme 2, qui est le Soutien des organismes communautaires, qui est prévu, selon l'entente, pour jeudi matin. Avez-vous une autre... Non, ça va? Oui?

M. Paquet: Juste rapidement, juste une dernière remarque.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député, oui.

M. Paquet: Je pense, effectivement, ce que vous avez exprimé comme vision, c'est une vision effectivement qui est attendue par le milieu. Pour avoir rencontré beaucoup de ces organismes, là, au cours des derniers mois, les dernières semaines — encore hier, j'en ai rencontré plusieurs — vraiment, c'est peut-être celle-là, je pense, qui était attendue des gens. C'est des organismes qui font énormément, beaucoup plus que bien des programmes normés, bien compliqués, qui aboutissent, qui arrivent de Québec, qui sont imposés mur à mur à l'ensemble de la population. Et, je pense, cette reconnaissance réelle, qui n'est pas juste une reconnaissance sur papier, je pense, là, qui montre... c'est vraiment ce qui est attendu de la part du gouvernement. Puis, de faire reddition de comptes, effectivement, les gens que je rencontre, ils n'ont aucun problème avec ça, ils sont prêts. Je crois qu'ils exigent...

Dans le fond, c'est le gros bon sens, hein? Ce que la population demande, c'est que les gens disent: Bien, qu'est-ce qu'on veut se payer? Qu'est-ce qu'on peut se payer? Est-ce qu'on en a pour notre argent? Ces trois questions-là qu'ils exigent du gouvernement, c'est la vision, sûrement, que notre gouvernement est en train d'imprimer. Et les gens sont prêts, ils sont très à l'aise avec ça, c'est le gros bon sens. Et, vraiment, encore une fois, je pense que les organismes communautaires vont être très contents d'entendre cette vision-là et qu'on est prêts à les accompagner dans leur démarche et pour répondre vraiment aux besoins et donner vraiment des services à la population. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le député. Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Stratégie de lutte à l'alcoolisme et à la toxicomanie chez les jeunes

Mme Léger: Oui. Merci, M. le Président. Alors, j'aimerais poursuivre particulièrement avec l'étude qui a été effectuée en 2002 par l'Institut de la statistique du Québec sur *L'alcool et les drogues: les jeunes Québécois ne modifient pas leurs habitudes de consommation*. Cette étude fait état que 69 % des élèves du niveau secondaire ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours du mois précédant l'enquête. On constate que 18 % sont des consommateurs réguliers sur

une base hebdomadaire. La consommation de drogue dans la même catégorie d'âge est elle aussi importante. On constate que 17 % des jeunes interrogés consomment de la drogue au moins une fois par semaine. Fait notable, les jeunes filles en consomment aussi fréquemment que les jeunes garçons.

Alors, je pense que vous avez vu l'étude comme moi. Quelles actions concrètes vous entendez faire, vous comptez faire pour adopter, dans le fond... pour lutter, dans le fond, contre l'alcoolisme, mais particulièrement chez les jeunes? Tout à l'heure, vous m'avez parlé dans l'ensemble, vous avez élaboré un petit peu sur l'ensemble de la lutte, mais j'aimerais vous entendre particulièrement sur la partie des jeunes.

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

M. Couillard: La consommation de plusieurs substances par les jeunes est également préoccupante. Le tabac, également. Vous savez que le tabagisme augmente de façon importante, chez les jeunes filles en particulier, et, je pense qu'on aura l'occasion d'y revenir, on a fait un effort très important cette année pour continuer ce qui avait été d'ailleurs commencé par le gouvernement précédent pour la lutte contre le tabagisme, avec les résultats qu'il y a eu une baisse de près de 4 % de consommation pour deux années de suite, et particulièrement dans la population des jeunes.

Alors, je pense que la même approche est à utiliser pour la question de l'alcool et des drogues, il faut bien sensibiliser tous les milieux à cette réalité-là, et je pense qu'essentiellement c'est un effort d'éducation qui doit être fait. Je ne pense pas qu'un effort de répression ici soit la voie à suivre, je pense qu'on va s'entendre là-dessus, c'est un effort d'éducation au niveau des écoles, des milieux de vie des jeunes, leurs milieux de loisirs, et probablement une publicité bien ciblée, qui va nous amener à avoir des résultats de ce côté-là. Je ne pense pas qu'on va vouloir adopter, encore une fois, une attitude directrice ou répressive dans ce domaine-là mais, encore une fois, mettre toute notre emphase sur l'éducation.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Orientations dans la lutte au tabagisme

Mme Léger: Oui, merci. Bon, effectivement, et on pourra en reparler un petit peu avec les jeunes en difficulté, parce qu'on va faire le lien cet après-midi, si vous voulez bien, vous y penserez, par rapport aux commissions scolaires aussi, puis la partie de l'éducation, et le lien avec la santé, et particulièrement avec les services sociaux.

Sur la lutte au tabac, particulièrement, je recevais une lettre dernièrement d'Info-tabac, de M. Côté, le coordonnateur d'Info-tabac, qui me rappelait certains éléments de la réduction du tabagisme d'une part, qui a été une réalisation importante, dans le fond, du gouvernement du Parti québécois, de 1998 à 2003 particulièrement. Selon les sondages, la prévalence est passée d'environ... de 30 % à 24 % durant cette période. En 2002, ce gouvernement a mérité aussi une récompense de l'Organisation mondiale de la santé pour avoir été la

première législation d'Amérique à interdire totalement les commandites du tabac. Bien, on a su, vous avez suivi tout ça.

Au Québec, le tabagisme est le principal facteur de risque des trois premières causes de maladies graves et de mortalité. On parle ici des maladies cardiaques, des cancers et des affections pulmonaires. Mon but n'est pas nécessairement d'aller dans ces éléments-là, mais est-ce que vous avez particulièrement des orientations? Vous parliez de continuité tout à l'heure, est-ce qu'il y a continuité par rapport à cette lutte au tabagisme?

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

M. Couillard: Alors, je suis d'accord avec ma consoeur que, effectivement, ça a été une très bonne action du gouvernement précédant, cette lutte organisée contre le tabagisme. Et d'ailleurs, dans les crédits de santé publique auxquels j'ai fait allusion tantôt, il y a plus de 4 millions de dollars qui sont spécifiquement dédiés à l'augmentation de l'action, en termes de lutte contre le tabac. Et, en fait, dans le concret, ça signifie l'engagement de nouveaux inspecteurs. Ce qu'on veut vraiment faire et continuer, c'est de s'assurer que les points de vente n'offrent pas le tabac ou ne vendent pas de tabac aux personnes mineures. Et c'est la façon d'appliquer la loi. Et, de façon efficace, je pense, c'est d'avoir des inspecteurs sur le terrain. C'est une partie de l'action du gouvernement, en prévention, qui augmente très rapidement. Puis je pense que l'augmentation des crédits de plus de 4 millions de dollars est un reflet de la priorité qu'on accorde à cette action.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Augmentation des profits de la Société des alcools

Mme Léger: Oui. Merci, M. le Président. Maintenant, vous avez entendu comme moi votre collègue ministre des Finances qui a parlé, dans son budget, d'une hausse des revenus de la Société des alcools du Québec, donc, de 570 millions, soit une augmentation de 20 millions de plus que, nous autres, ce qu'on avait établi à l'époque. Est-ce que l'appétit du ministre des Finances pour l'augmentation des profits de la SAQ, ça vous inquiète un peu?

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

M. Couillard: C'est sûr qu'on va être préoccupés par tout l'aspect santé publique de cette équation-là. L'assurance qu'on a actuellement, et je pense qu'il faut la suivre, c'est que l'augmentation des revenus présumée en provenance de Loto-Québec et de la Société des alcools va être amenée par des changements au niveau des pratiques de gestion et des recentrages internes des organismes. Nulle part n'a-t-il été question de veiller ou d'encourager l'augmentation de la consommation des produits, autant d'alcool que des jeux de hasard. Mais, pour répondre à votre question spécifique, en tant que ministre de la Santé et des Services sociaux, j'ai le mandat de protéger la santé publique puis je vais certainement porter une attention particulière à cet aspect-là.

Il y a déjà un comité de travail conjoint entre le ministère des Finances puis le ministère de la Santé pour bien arrimer les questions reliées au jeu pathologique, par exemple, les investissements ou les revenus qu'on veut retenir... retirer de cette activité humaine qui, comme disait l'ancien premier ministre, fait partie de la nature humaine. Qu'y pouvons-nous? Mais essayons au moins de la contrôler et de ne pas en avoir trop, d'activités ou de conséquences négatives. Et ça, je vais être très attentif à cette question-là.

Mais l'assurance que j'ai, au moment où nous parlons aujourd'hui, de mon collègue des Finances, c'est que l'augmentation de revenus présumée des deux sociétés d'État n'est pas liée à une augmentation de consommation des produits liés à des activités de ces sociétés.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Non, je suis contente de vous l'entendre dire. Puis c'est important, c'est sûr, évidemment. Je veux dire, l'appétit de toujours assainir les finances publiques, d'aller chercher davantage d'investissements ou, bon, de ressources financières fait qu'évidemment, parfois, on frôle des situations qui sont un peu plus fragiles. Alors, c'est sûr que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. le Président, a un rôle assez important, en tout cas, d'être très vigilant à ce niveau-là pour la suite des choses.

Plan d'action en matière de prévention du suicide

J'aimerais qu'on parle maintenant, si vous voulez, de tout l'aspect suicide. C'est un aspect qui est fortement... qui est, pour moi, très sensible parce que — ça a été dit publiquement — j'ai eu un conjoint qui s'est tué lui-même, qui a eu un suicide, que je n'ai... évidemment, qu'on n'approuve pas mais que ça fait partie de ce qu'on peut vivre et que je trouve qu'il n'est pas nécessairement normal de vivre. Et j'ai toujours interpellé mes collègues à ce niveau-là, et particulièrement mes collègues, à l'époque, des Services sociaux: Qu'est-ce qu'on fait comme gouvernement pour davantage s'assurer de faire de la prévention à ce niveau-là?

Et on avait établi, à l'époque, un plan d'action qui était fin prêt, M. le Président, qui était fin prêt au moment... juste avant la campagne électorale. Puis ce plan d'action là a fait l'objet de beaucoup de consultations auprès d'organismes communautaires. En tout cas, il a fait toutes les démarches, là, je pourrais dire, de consultation pour arriver vraiment à être déposé. Est-ce que le ministre a l'intention de déposer prochainement ce plan d'action là en matière de prévention du suicide ou est-ce qu'il va y donner suite, de ce qui avait déjà été fait auparavant?

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

● (12 h 20) ●

M. Couillard: Alors, effectivement, il s'agit de quelque chose de très préoccupant. Puis je suis désolé d'apprendre la circonstance personnelle, je n'en étais pas personnellement conscient, là, puis je suis désolé que ça se soit produit. C'est témoin d'ailleurs d'un élément

important du problème de suicide, c'est que ça touche beaucoup les hommes, de façon très, très majoritaire, également les populations autochtones. Ce qui est particulier dans le domaine du suicide ou de la prévention du suicide, c'est qu'il a été difficile jusqu'à maintenant d'identifier quels sont les mécanismes ou les actions les plus efficaces vraiment pour rabaisser ce phénomène-là.

Et le plan d'action auquel vous faites allusion, nous y souscrivons. C'est un plan d'action qui couvre les années 2003-2008. Est-ce qu'il a été déposé ou non, je l'ignore. Ou s'il doit être à la veille d'être déposé puis il ne l'a pas été — il a été déposé? Oui. Et ce qu'il faut noter, c'est que, le 25 mai dernier, lors des annonces des crédits supplémentaires, il y avait 9 millions, pour la santé mentale, de crédits nouveaux. Sur les 9 millions, il y a 5 millions pour la première partie de la mise en oeuvre du plan d'action 2003-2008 pour la prévention du suicide.

Alors, les actions ont commencé, et on va inviter les régies régionales également à mettre en place des actions plus locales et plus autonomes dans ce domaine-là. Mais, encore une fois, là, problème majeur de santé au Québec et auquel il faut vraiment s'attarder. Mais, de mes lectures, je ne discerne pas encore qu'on ait identifié de façon précise l'action avec un grand A à poser pour améliorer cette situation.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Évidemment, bon, vous avez parlé du 5 millions, j'imagine que ça va être par les CLSC. Alors, c'est ce que... en tout cas, qu'ils vont faire de la prévention par rapport à cette lutte-là, d'une part. Est-ce que vous allez faire des liens particulièrement aussi... parce que, dans le plan d'action, il y a eu quand même des amorces à ce niveau-là. Peut-être juste vous le rappeler, vous prendrez le temps peut-être de... Je sais que c'est quand même juste quelques mois que vous êtes là, mais il reste qu'il y a quand même, je pourrais dire, des amorces de travail qui peut se faire avec les commissions scolaires d'une part, en tout cas, tout le milieu de l'éducation et les commissions scolaires. Est-ce que vous comptez poursuivre à ce niveau-là?

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

M. Couillard: Oui. Alors, les actions vont être développées par surtout les CLSC, via le 5 millions, Mme la députée, également les organismes communautaires, qui sont très proches des personnes qui vivent ces situations difficiles là. Alors, effectivement, on a entériné tout à fait le plan d'action, là, pour 2003-2008. C'est un plan qui est sur une longue période. Mais vous savez que c'est une priorité gouvernementale depuis 10 ans, hein, et puis, curieusement, on n'arrive pas... Malgré les actions multiples de plusieurs secteurs, de plusieurs angles, on n'est pas arrivés encore à infléchir le phénomène. Alors, clairement, il y a quelque chose qui nous échappe ici dans la façon la plus efficace d'agir. Et ça va requérir la collaboration de tous les gens du milieu pour nous aider à le faire.

Le pas qu'on fait cette année, dans le cadre d'une situation budgétaire un peu serrée, n'est que le début. Je vous assure que le plan d'action va être continué et

concrétisé au cours des prochaines années. Et j'espère qu'on pourra dégager, avec les organismes communautaires, et les CLSC, et également la santé publique, les façons véritablement efficaces de contrer ce fléau.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Oui, évidemment, vous le dites, ça fait des années. C'est un sujet qui pourrait dire qu'il a souvent été tabou, d'une part, mais qu'en même temps on a de la difficulté à saisir, je pourrais dire, tout l'impact de ça, et même chez les proches aussi. Parce que, dans le plan d'action de l'époque, que mon collègue avait mis de l'avant, il y avait aussi, en tout cas, ce pan-là de vouloir particulièrement aider aussi les proches autour des personnes qui vivaient cette situation-là. Mais il reste que, quand même, il faut que le ministère de la Santé et Services sociaux puisse être toujours vigilant et aussi voir ce qui se fait à travers le monde aussi à ce niveau-là. Parce qu'il y a des approches qui se font, il y a des politiques ou il y a des façons de faire qui aident, en tout cas, particulièrement au niveau de la prévention, d'une part. Alors, je vous demande de garder cette vigilance-là et de s'assurer qu'il y a des gens qui travaillent, au ministère, pour poursuivre. Et, même si on n'a pas des résultats probants demain matin, il reste qu'il faut être vigilant, je pense, dans l'approche et dans cette démarche-là puis d'avoir un plan d'action qui est vraiment établi. Alors, j'attends votre plan d'action impatientement.

Objectifs en matière d'accès aux services de réadaptation physique

Si vous voulez maintenant, j'aimerais parler de déficience ou physique ou intellectuelle. On peut commencer par physique, si vous voulez bien. Vous avez... Dans votre plan libéral de Partenaires pour la santé, vous avez mis sur une rapidité d'intervention en matière de réadaptation et vous avez pris divers engagements. Avant de vous poser les questions plus précisément, j'aimerais vous entendre sur quels sont les engagements que vous allez prendre pour avoir des objectifs bien précis en réadaptation.

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

M. Couillard: Effectivement, on a un retard en réadaptation physique. Vous savez qu'il y a plusieurs milliers de personnes sur la liste d'attente actuellement pour les soins de réadaptation physique. On a bâti un beau réseau, on a bâti des institutions régionales, toutes les régions du Québec ou presque maintenant ont des établissements de réadaptation autant physique qu'intellectuelle. Mais le problème, c'est l'insuffisance des ressources, puis de personnel particulièrement, pour faire face à la liste d'attente.

Alors, j'ai rencontré récemment les dirigeants du réseau d'établissements de réadaptation physique à mon bureau, et ils sont arrivés avec une vision, je dirais, très bien conceptualisée du problème, de la façon de s'adresser à la liste d'attente. Bien sûr, comme tout, ça nécessite des fonds, ça nécessite plus d'argent pour augmenter les services. Eux, ils évaluent... En termes de

retard de financement récurrent pour le réseau, ils évaluent ce retard-là à environ 90 millions de dollars, si on voulait, là, mettre la liste d'attente complètement à zéro.

Maintenant, dans une approche plus réaliste, compte tenu des capacités financières du gouvernement année après année, je pense qu'on doit viser d'atteindre cet objectif-là par tranches, avec une notion que je trouve très intéressante, c'est que, pour chaque 10 millions de plus, récurrents, qu'on donne aux établissements de réadaptation, on diminue probablement la liste d'attente de 1 000 personnes environ, et ça, c'est une équation que je trouve extrêmement intéressante, qui nous permet de chiffrer les objectifs puis de vérifier l'atteinte du résultat.

Sur les actions de cette année, bien, on a assuré la récurrence de ce qui était déjà donné, c'est-à-dire 8 millions de dollars, on l'a reconduit. Mais il y a énormément de chemin à faire, là, pour améliorer ça. On est très loin du compte, j'en suis très conscient. Mon intention est d'arriver à l'objectif que j'ai mentionné plus tôt, par tranches, d'une façon progressive au cours des années de notre mandat, en réalisant, encore une fois, l'impact sur la liste d'attente pour chaque tranche de 10 millions de dollars qu'on va investir.

L'autre aspect de la réadaptation physique qui m'a préoccupé et que je pense qu'il faut vraiment viser en termes de résultats, c'est la situation d'iniquité actuelle qui existe entre l'accès à des services pour les prestataires de la Société de l'assurance automobile et de la CSST par rapport à la population en général. Pour parler en termes imagés, si vous tombez dans la rue puis vous faites frapper par une automobile, vous allez être rapidement pris en charge et traité dans des conditions très optimales, parce que les organismes publics que j'ai mentionnés ont des relations contractuelles avec les établissements de réadaptation, où ils financent même les nouveaux personnels pour prendre charge des patients. Si, par contre, vous avez le malheur de tomber dans l'escalier de votre sous-sol puis de vous faire la même fracture ou la même blessure, bien, vous allez tomber sur la liste d'attente générale, et ça va être beaucoup plus long.

Alors, plutôt que de dire: Bien, on va retirer l'accès préférentiel aux prestataires de la Société de l'assurance automobile et de la CSST, qui, quand même, sur le plan budgétaire, a du sens, parce qu'on économise des prestations en faisant ça, bien, essayons de hausser l'accessibilité de services de la population en général le plus près possible de ce niveau-là. Et je me dirais que c'est un peu... Si on avait à se fixer un objectif, c'est un peu l'objectif qu'il faudrait se fixer en termes pratiques: c'est que le délai de prise en charge pour la réadaptation soit égal, que l'on soit sur un organisme normé ou pas, là.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Vous avez avancé le chiffre d'à peu près 1 000 personnes en attente, parce que je n'ai pas pu le voir, là, dans vos documents... Non? Ce n'est pas exact?

M. Couillard: Je veux juste préciser...

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, oui.

M. Couillard: Je m'excuse. Il y a plus... il y a beaucoup plus que ça de personnes sur la liste d'attente. Mais, si on investissait 10 millions de plus récurrents, on enlèverait 1 000 personnes de la liste d'attente.

Mme Léger: Je n'avais pas compris.

M. Couillard: C'est une façon pour nous de chiffrer les résultats puis de...

Mme Léger: O.K. O.K.

Le Président (M. Copeman): Oui. Alors, allez-y, Mme la députée.

Mme Léger: D'accord. Mais est-ce que vous êtes capable de dire combien de personnes étaient en attente? Parce que j'ai regardé dans vos documents, on n'était pas capables de voir combien de personnes seraient en attente, particulièrement pour de la réadaptation.

M. Couillard: Environ 9 000 personnes sont en attente actuellement en réadaptation physique.

Allocation des ressources selon la situation des régions (suite)

Mme Léger: Environ 9 000. Vous parlez d'iniquité tout à l'heure, particulièrement, bon, CSST, ceux qui ont un accident d'automobile, d'une part, et les autres personnes, une iniquité entre ces deux personnes-là. Est-ce que vous la voyez aussi, cette iniquité-là, entre les régions du Québec? Parce que j'ai pu voir un peu partout, je pense, dans tous les dossiers, que vous voulez réévaluer le per capita, vous réévaluez autant les ressources, autant les activités qui se font particulièrement dans toutes les régions du Québec, le financement, d'une part. Est-ce que vous êtes capable d'élaborer un peu plus aujourd'hui à ce niveau-là? Comment vous voulez faire cette répartition-là? Qu'est-ce que vous voulez améliorer davantage pour que la répartition soit plus équitable? Je vais revenir à la réadaptation après, là.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, oui.

M. Couillard: O.K. Alors, j'ai eu l'occasion tantôt de répondre à cette question que votre collègue de Saint-Hyacinthe a posée, mais ça me fait plaisir de la reprendre.

On est actuellement sur des bases budgétaires historiques; ça veut dire qu'on refinance, année après année, les régions du Québec selon ce qui a été fait au cours des années précédentes, et c'est clair que ça entraîne des situations d'iniquité profonde pour certaines régions. Et, curieusement, les régions les plus touchées par l'iniquité ne sont pas les plus éloignées. Les régions comme Lanaudière et la Montérégie, par exemple, sont profondément touchées par le problème d'iniquité

régionale. Alors, la façon de pallier à ce problème-là, c'est bien sûr de se diriger vers un mécanisme de financement basé sur la population, donc per capita, mais ce serait extrêmement simpliste de ne le baser que sur ça, c'est-à-dire que, si on ne finance que les régions en fonction du nombre d'habitants, on va créer encore plus d'iniquité, par exemple, pour les régions éloignées, qui, ayant des faibles populations, sont très éloignées, ont des coûts importants à retenir puis ne seront pas financées adéquatement.

● (12 h 30) ●

Donc, ce qu'il faut faire, c'est utiliser des éléments de modulation de la mécanique de financement per capita qui tiennent compte, par exemple, du profil démographique de la population, de son profil socioéconomique, du degré d'éloignement et de la densité de population, du fait qu'on a à assurer ou non, sur son territoire, des services qu'on peut appeler nationaux ou suprarégionaux. Alors, ça, c'est une façon d'enlever les iniquités ou les biais possibles de la méthode per capita. Et je ne dirais pas qu'on va innover au Québec en faisant ça, c'est quelque chose qui est fait dans d'autres pays du monde puis dans d'autres provinces canadiennes depuis déjà plusieurs années. Alors, on va bénéficier de l'expérience des autres pour la façon de mettre en place ce nouveau financement.

Là où il va falloir être prudent, je l'expliquais tantôt à votre collègue, c'est lorsqu'on va établir ce nouveau mode d'allocation, et on pense commencer à l'établir pour le printemps 2004. On va se rendre compte forcément qu'il va exister maintenant de nouvelles régions surfinancées puis de nouvelles régions sous-financées ou encore plus de surfinancement qu'on croyait pour certaines régions, de sorte que corriger ça d'un seul coup serait assez perturbateur pour le réseau. Il va falloir donc prévoir un scénario de rétablissement graduel de l'équilibre, un peu comme on a fait pour les centres hospitaliers au cours des dernières années. Donc, c'est ça, la philosophie dans laquelle on approche le problème d'équité interrégionale et qui est certainement très, très important.

Le Président (M. Copeman): Écoutez, il est légèrement passé midi trente, mais il reste à peine une minute, une minute et demie dans ce bloc-là. Avec le consentement des membres de la commission, on pourrait poursuivre, terminer cet échange-là puis, par la suite, on irait à ma droite pour une question, en revenant. Allez-y, Mme la députée, oui.

Mme Léger: Est-ce que cette réorganisation-là... en tout cas, ce réajustement-là, est-ce qu'il va se faire avec des nouveaux investissements? Ou c'est parce que, par le budget que vous avez présentement, qui va faire qu'on en enlève plus un, on en enlève... et c'est pour ça que vous nous dites: Ça va se faire selon plusieurs années. Est-ce que c'est ce que je comprends quand vous dites qu'il n'y aura pas nécessairement de nouveaux investissements? Vous allez faire avec ce que vous avez, selon aussi la relation que vous avez avec les P.D.G. des régions régionales. Ça me semble être tout un peu dans cet aspect-là que vous apportez des choses. Est-ce que c'est ce que je comprends: pas de nouveaux investissements, mais une nouvelle réorganisation?

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

M. Couillard: Non, M. le Président. Au contraire, au cœur de notre programme, c'est le réinvestissement majeur en système de santé et de services sociaux. Maintenant, la préoccupation que tous les acteurs et les observateurs de ce milieu-là ont, c'est que, si on fait juste ajouter du financement sans s'attaquer au vice structurel, on ne corrigera rien. On peut en engager, des milliards de plus, au cours des prochaines années, si on continue comme on est là, je fais le pari qu'on n'aura pas modifié grand-chose en termes de qualité et d'accessibilité de services pour la population. Donc, oui, cette répartition régionale nouvelle va se faire dans le cadre d'un réinvestissement, mais il n'en demeure pas moins qu'il y aura, entre guillemets, des gagnants et des perdants relatifs de cette nouvelle façon de procéder.

Le Président (M. Copeman): En demandant votre collaboration pour qu'on puisse reprendre à 14 heures précises, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 14 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 33)

(Reprise à 14 h 4)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission reprend ses travaux. Je vous rappelle de nouveau... et je vous prie de fermer vos téléphones cellulaires pour que les travaux de la commission ne soient pas dérangés pendant les quatre prochaines heures.

Alors, étant donné qu'on avait terminé l'échange avec Mme la députée de Pointe-aux-Trembles, je suis maintenant prêt à céder la parole à Mme la députée de Pontiac. Allez-y, Mme la députée.

Programme de soutien des femmes et des enfants victimes de violence

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Ma question s'adresse au ministre de la Santé... de la Santé et des Services sociaux — pourtant, je ne devrais pas oublier ça, moi. C'est une question relative aux centres d'hébergement et centres de femmes.

On est conscients que la violence faite aux femmes, et j'inclus aussi les enfants, ne cesse d'augmenter et que les maisons d'hébergement ont à peine la capacité de répondre à l'abri temporaire de ces femmes victimes de violence ainsi que des enfants. On sait aussi que, dans ces centres d'hébergement et les centres des femmes, les gens qui sont hébergés... les femmes qui sont hébergées dans les centres et les enfants ont besoin de beaucoup de support et doivent pouvoir bénéficier de ressources professionnelles adéquates pour répondre à la situation de détresse psychologique dans laquelle ces femmes et ces enfants se retrouvent.

On sait aussi que la position du Parti libéral, c'est la tolérance zéro par rapport à la violence faite aux femmes et aux enfants et que le gouvernement, notre gouvernement, et en particulier le ministre de la Santé et

des Services sociaux, a prévu des mesures susceptibles de supporter correctement nos centres d'hébergement pour femmes violentées et pour les enfants.

J'aimerais, M. le ministre, que vous puissiez nous faire part du programme que vous entendez mettre en place pour supporter les femmes et les enfants victimes de violence dans votre plan au niveau de la santé pour les années à venir.

Le Président (M. Copeman): Merci. M. le ministre.

M. Couillard: Alors, dans nos activités avant l'élection, on a pris un engagement assez clair pour ce qui est des maisons d'hébergement pour les femmes, qui était d'investir 30 millions de dollars sur cinq ans de plus, récurrents, et également 8,5 millions pour les centres de femmes. Alors, dès cette année financière, on a déjà posé des gestes en allouant 8 millions récurrents additionnels en crédits.

Et la logique de la répartition se fait comme suit. Il y a un calcul qui se fait de deux façons: d'une part, par maison existante, par maison d'hébergement existante et, d'autre part, afin de ne pas pénaliser les régions qui ont absolument très peu ou aucun service — il y a encore des régions au Québec où il y a presque aucun service dans ce domaine-là — d'avoir une approche par population en se basant, par exemple, sur le nombre de personnes féminines de 12 ans et plus qui ont été victimes de violence dans la région. Donc, on va faire une adéquation entre les fonds qu'on donne et les besoins réels de chaque région, nonobstant le fait qu'on ait ou pas déjà des centres d'établis dans ces régions-là. Donc, la moitié des fonds vont se faire, et cela, c'est la façon dont on calcule la répartition, la moitié des fonds se font pour les maisons existantes dans leur budget de fonctionnement, l'autre moitié, pour les enfants.

Vous avez fait état des enfants, c'est un problème très important. J'indiquais ce matin que les enfants qui sont victimes ou victimes indirectes finalement de ces actes-là en ayant été souvent témoins ou même impliqués directement peuvent en garder des séquelles, là, à long terme sur le plan psychologique. Alors, la moitié de la... l'autre partie de la somme importante de 3,5 millions est pour les proches, et surtout les enfants, qui sont impliqués dans cet événement tragique là. Et il reste un autre million pour les autres institutions qui sont les centres de femmes.

Donc, ceci constitue les 8 millions qu'on a ajoutés en crédits récurrents dès cette année. Je rappelle que le gouvernement précédent, en 2002, avait annoncé 8 millions sur deux ans, de sorte que je pense qu'on augmente l'effort budgétaire du gouvernement dans le domaine des femmes victimes de violence et qu'on a déjà de l'avance sur l'engagement qu'on a pris durant la campagne électorale.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Quelqu'un à ma gauche? Quelqu'un? Oui? Oui, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Oui, bien, je vais laisser la parole à ma collègue députée de Terrebonne qui est responsable du dossier de la condition féminine. Je pense qu'il

y a beaucoup de choses à dire sur les femmes en particulier.

Le Président (M. Copeman): Alors, c'est moi qui laisse la parole à Mme la députée de Terrebonne. Allez-y, Mme la députée.

Répartition des crédits alloués aux centres de femmes

Mme Caron: Merci, M. le Président. Alors, évidemment, parmi les dossiers importants, il y a celui de la violence. J'aimerais peut-être aussi rappeler que le gouvernement précédent, lors de la Marche mondiale des femmes, avait investi lui aussi, au niveau des maisons d'hébergement, 35 millions de dollars pour contrer la violence. L'ensemble des mesures nous avaient amenés à 50 millions dans différents domaines qui touchaient la condition féminine.

Au niveau de la répartition, je souhaiterais revenir d'une manière plus précise, au niveau du ministre, sur cette répartition. Au niveau des centres de femmes eux-mêmes, est-ce que vous maintenez votre répartition de la même façon, c'est-à-dire selon la population, selon le nombre de femmes qu'on retrouve au niveau des différents centres de femmes? Parce que, jusqu'à maintenant, L'R des centres de femmes a toujours défendu le principe que tous les centres de femmes au Québec devaient obtenir le même montant.

● (14 h 10) ●

L'an dernier, nous avons injecté 1 million au niveau des centres de femmes pour permettre aux différents centres de femmes de se rendre à 85 000 \$ à ce moment-là. Donc, votre répartition au niveau des centres de femmes, est-ce que maintenez le même principe de diviser votre million au niveau des différents centres de femmes pour leur permettre d'atteindre un même montant ou si vous y allez selon la population?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, allez-y.

M. Couillard: Pardon, M. le Président. C'est un double calcul. On pondère les deux éléments. D'une part, le nombre de centres de femmes existants — puis, encore une fois, on est conscients du biais que ceci créerait en raison des endroits où il n'y a pas de centre de femmes encore — puis, d'autre part, la population où l'incidence vérifiée de crimes contre les femmes dans certaines régions. Alors, c'est un équilibre entre les deux qui amène au calcul de répartition.

Et, encore une fois, les crédits spécifiques pour les centres de femmes pour 2003-2004, supplémentaires, sont de 1 million de dollars également récurrents.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, allez-y.

Consultations sur le mode de financement

Mme Caron: Est-ce que L'R des centres de femmes, est-ce que la Fédération des maisons d'hébergement ont été consultés sur ce mode de répartition?

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

M. Couillard: Il y a eu des conversations avec effectivement les représentantes des centres... également des centres d'hébergement et les centres de femmes. Effectivement, les gens qui sont en place auraient préféré qu'on donne toute la somme pour les maisons en place actuellement en continuant la même logique.

Mais là, encore une fois, à mon avis, c'était difficilement acceptable sur le plan social parce qu'on laissait en plan des grandes parties de la population sans services. Alors, on essaie un peu de rétablir là aussi l'élément d'équité régionale qu'on essaie de créer dans les autres secteurs du ministère de la Santé et des Services sociaux.

On aurait bien pu le répartir de façon historique pour les centres existants et les maisons existantes, mais là qu'est-ce qu'on fait des régions où il n'y a aucun service? C'était ça, le problème qui se posait devant nous.

Financement des maisons d'hébergement pour la population autochtone

Mme Caron: Toujours au niveau des maisons d'hébergement, est-ce qu'il y a un montant particulier de réservé au niveau de la population autochtone?

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

M. Couillard: Bien, les crédits sont divisés dans les régies régionales, incluant les régies du Nord-du-Québec. C'est sûr, par contre, que je suis conscient que le problème chez les autochtones est beaucoup plus grave en termes d'incidences que ça l'est dans la population du reste du Québec. Et ça, ça va faire partie de notre réflexion sur l'ensemble des soins de santé et de services sociaux en population autochtone. Et je vais moi-même visiter ces régions-là en septembre, plusieurs jours, là, pour avoir une vision extrêmement concrète de ce qui se passe. Mais je pense que la situation en milieu autochtone va nécessiter une attention particulière parce qu'on ne peut pas même appliquer cette logique que je viens de mentionner pour ces régions-là étant donné l'énorme incidence du problème, qui est lié, comme vous le savez, aux problèmes d'alcoolisme, toxicomanie, chômage. Tout est relié ensemble dans ces régions-là.

Une chose également qu'il faut rappeler, c'est qu'il faut agir de façon, je dirais, équilibrée également sur l'autre aspect de l'équation. Il y a les hommes qui sont les coupables ou les responsables de cette violence sur laquelle il faut également avoir des actions. Il y a déjà des centres pour les hommes violents qui ont été financés par le gouvernement précédent, puis on veut continuer de faire ça également pour bien montrer qu'on agit sur les deux aspects de l'équation.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, allez-y.

Part du budget consacrée à la sensibilisation au problème de la violence

Mme Caron: Toujours sur cette question, et vous l'abordez vous-même, évidemment il faut de la

prévention. Les regroupements de femmes ont demandé, et la Fédération des femmes du Québec en tête, une campagne de sensibilisation pour effectivement que cette campagne démontre que c'est la tolérance zéro au niveau de la violence. Elles font souvent la comparaison que la campagne publicitaire au niveau de l'alcool au volant a donné des résultats et que cette campagne de sensibilisation là permettrait effectivement d'obtenir des résultats.

Alors, je sais qu'on a aussi investi, au cours des trois dernières années, dans des campagnes de sensibilisation ciblées, par exemple, au niveau des jeunes. Est-ce que vous avez l'intention d'accorder une

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, allez-y.

M. Couillard: Il y a une partie de l'attention qui va être faite pour l'éducation populaire. Mais, cette année, le gros des sommes est allé au financement des organismes en question.

Mais vous avez raison, c'est essentiellement un problème d'éducation à la base même et de sensibilisation. Et, lorsqu'on va tenir compte et planifier nos campagnes de sensibilisation publiques, je vais certainement tenir compte de cet élément. Je suis d'accord avec vous que ça a été sous-exploité par rapport à d'autres problèmes comme l'alcoolisme ou la toxicomanie ou le jeu pathologique, et il faudrait, je pense, rétablir l'équilibre aussi.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, allez-y.

Mme Caron: Au niveau de la sensibilisation effectivement, on s'est aperçus qu'il y a des excellents programmes. Je pense, par exemple, au niveau élémentaire à ESPACE, qui nous permet de sensibiliser les jeunes. Par contre, on s'aperçoit que, dès qu'ils arrivent au niveau du secondaire avec le début des relations amoureuses, évidemment, la perspective change, et on oublie et on confond souvent domination, jalousie, et violence et amour. Alors, je pense que, au niveau effectivement de la sensibilisation, au niveau du secondaire, il y a effectivement un travail important à faire.

Plan de prévention des grossesses précoces

Et ça m'amène à aborder un autre sujet, qui est aussi au niveau de la prévention au niveau du secondaire. Nous avons un plan qui a été préparé en concertation avec le Secrétariat à la condition féminine, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé, sur la prévention des grossesses précoces. Et on sait qu'il y a des conséquences très pénibles au niveau de ces jeunes femmes qui vivent des grossesses précoces et des conséquences pour leur vie entière, conséquences aussi pour les enfants qui naissent de ces jeunes mères, et ça amène évidemment des difficultés pour l'ensemble de notre système. Alors, quelles sont vos intentions par rapport à ce plan de prévention des grossesses précoces?

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, allez-y.

M. Couillard: Je suis d'accord sur l'importance du phénomène, on va s'y attarder. Pour cette année, les crédits disponibles n'étaient pas suffisants pour soutenir de façon plus continue le plan d'action. Mais on a l'intention vraiment de s'attacher au suivi de ce plan-là qu'on appelle le Plan d'action gouvernemental en matière de prévention des grossesses précoces et de soutien aux mères adolescentes. Ce sera publié sous peu et ça fera partie de nos priorités de crédits pour l'année financière qui s'en vient.

Et on a également, là, élargi l'accès aux contraceptifs oraux, également aux contraceptifs oraux d'urgence, je pense, ce qu'on appelle, là, en termes populaires, la pilule du lendemain, là — encore faut-il se souvenir d'aller la chercher le lendemain. Mais ça, on a élargi pour le pharmacien la possibilité de prescrire ladite pilule le lendemain de l'acte en question.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, oui.

Suivi du projet-pilote d'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales

Mme Caron: Qu'avez-vous l'intention de faire avec le projet qui existait, c'était un projet-pilote, au niveau de l'analyse différenciée selon les sexes? Parce qu'on s'aperçoit effectivement que, peu importe le sujet, la réalité est vécue différemment par les hommes et les femmes. Et, au-delà des données ventilées, on peut prendre les chiffres, se dire, comme vous disiez ce matin: Il y a davantage d'hommes qui se suicident, par exemple. C'est une réalité. Par contre, lorsqu'on fouille un peu plus, on s'aperçoit que, dans certaines régions du Québec, c'est le contraire, il y a plus de suicides chez les femmes. Si on fouille davantage, on peut s'apercevoir aussi qu'il y a peut-être plus de tentatives de suicide chez les femmes que de réussites de suicide, parce que les moyens utilisés ne sont pas les mêmes. Si on regarde du côté des jeunes filles, beaucoup de jeunes filles anorexiques, c'est une forme qui conduit très souvent vers le suicide.

C'est pareil au niveau de l'éducation. Quand on regarde juste les chiffres bruts, le décrochage scolaire, par exemple, on pourrait dire: Il y a plus de jeunes garçons qui décrochent. C'est vrai. Sauf que, dans les faits, quand on regarde cinq ans après le décrochage, il y a beaucoup plus de jeunes garçons qui ont réembarqué dans le système, puis les jeunes filles, pour les réintégrer dans le système, c'est plus difficile parce que souvent elles ont un enfant, il y a eu une grossesse précoce, donc c'est plus difficile pour les réintégrer.

Alors, on avait mis en place ce projet-pilote dans différents ministères, au niveau de l'analyse différenciée selon les sexes et, pour moi, c'est une clé qui m'apparaît essentielle pour donner la bonne réponse aux problèmes existants, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, parce qu'on fait une véritable analyse différenciée, donc, du problème, ce qui nous permet d'apporter les bonnes solutions.

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

M. Couillard: Effectivement, ce travail d'analyse était commencé, avait commencé dans le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a été étendu maintenant pour impliquer le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.

Mme Caron: ...

M. Couillard: Mais on a spécifiquement, là, donné ça également à ces deux ministères-là, je dirais, de façon plus spécifique, d'étudier la question. Vous avez raison, c'est un déterminant important de tous les problèmes qu'on discute, et il faut souvent aller au-delà des perceptions initiales. L'exemple du décrochage scolaire que vous citez est tout à fait exact, puis on n'a pas conscience de ça dans la population. On a parlé beaucoup du problème, du fait que les garçons n'étudient plus assez ou n'étudient plus assez longtemps, mais, lorsque le décrochage se produit, il y a une grosse différence effectivement de réinsertion entre les deux sexes. Alors, on suit ces conversations-là et on l'utilisera pour moduler nos actions en conséquence.

Intentions du ministre au sujet de la pratique de l'accouchement à domicile par les sages-femmes

Mme Caron: Ce matin, vous nous avez parlé au niveau des sages-femmes. Vous avez répondu partiellement à ma question dans les remarques préliminaires en précisant que, oui, vous souhaitez poursuivre au niveau des sages-femmes, au niveau des maisons de naissance mais aussi du côté des hôpitaux.

● (14 h 20) ●

Lorsque la loi a été votée, il apparaissait très clairement que l'objectif, au niveau des sages-femmes, de l'ordre professionnel, c'est de permettre que les sages-femmes puissent accoucher les mères à la maison et non seulement à la maison des naissances ou dans un hôpital, mais d'offrir aux Québécoises de pouvoir accoucher chez elle, dans leur domicile, avec une sage-femme. Il avait été convenu que, suite à l'adoption de la loi et après l'entrée en vigueur et une étude des conclusions sur le travail qui avait été fait au cours de dernières années, on irait vers cette ouverture pour que les sages-femmes puissent accoucher les mères à la maison. Qu'est-ce que vous en pensez?

Le Président (M. Copeman): Peut-être une précision, M. le ministre. J'étais membre de la commission des affaires sociales lors de l'étude détaillée de ce projet de loi et je n'ai pas tout à fait les mêmes souvenirs que Mme la députée de Terrebonne. L'objectif de la loi, à ce moment-là, était beaucoup plus nuancé. Il y avait même, si ma mémoire est fidèle, une certaine différence d'opinions entre deux ministres du gouvernement sur la possibilité d'accouchement à la maison. Mais...

Mme Caron: Ça ne l'autorisait pas mais, ce qui avait été convenu, parce que l'objectif, la demande était claire du côté des sages-femmes, c'était de pouvoir offrir

des accouchements à la maison aussi. Donc, la loi ne prenait pas position. La loi disait: Suite à l'exercice — c'était cinq ans, je crois — suite aux cinq ans, nous étudierons, nous regarderons comment ça s'est passé et nous prendrons position. Alors, c'est pour ça. Moi, je connais ma position à ce sujet-là, je suis effectivement parfaitement d'accord. Mais quelle est la position du ministre, ou en a-t-il une à ce moment-ci, concernant les accouchements à la maison par les sages-femmes?

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, il y a effectivement un projet de règlement qui a été déposé dans la *Gazette officielle* le 4 juin, qui est là en prépublication pour que les groupes puissent réagir, donc qui sert à encadrer la pratique des sages-femmes à la maison. Parce que, comme vous l'avez dit tantôt, la pratique des sages-femmes en maison de naissance ou en milieu hospitalier est possible déjà en utilisant les mécanismes qui sont déjà dans la loi. Mais il restait à définir le règlement concernant la pratique de l'accouchement à domicile. Moi, je n'ai pas d'objection fondamentale pour l'accouchement à domicile, en autant que ce soit bien encadré puis fait dans des conditions sécuritaires, avec un accès assez rapide à des soins spécialisés s'il y a une complication.

Mes remarques de ce matin, cependant, allaient dans le sens où, moi, je tiens beaucoup et je suis très favorable à ce que les sages-femmes occupent une place beaucoup plus grande dans les services d'obstétrique au Québec que ce qu'elles font actuellement. La réalité des faits est que la majorité des femmes du Québec — et n'étant pas bien sûr partie de ce groupe, je me permets d'interpréter leur volonté, mais vous me corrigerez au besoin — je pense que la majorité des femmes du Québec vont vouloir continuer à accoucher en hôpital en raison du sentiment de sécurité que l'environnement général de l'hôpital leur apporte. Et dans les autres pays du monde, et en Europe particulièrement où il y a beaucoup de sages-femmes en pratique, où c'est devenu quelque chose de tout à fait naturel d'être accouchée par une sage-femme, au contraire d'être exceptionnelle comme ça l'est ici, la pratique des sages-femmes s'est largement impliquée en hôpital, de sorte que les femmes qui désirent accoucher à l'hôpital, pour des raisons autres, peuvent quand même être accouchées par les sages-femmes.

Et, moi, évidemment, je me place maintenant du côté de cet ordre professionnel nouveau, de cette profession nouvelle. Si elles veulent avoir un accès beaucoup plus grand à la population et offrir des services de façon beaucoup plus vaste à la population, il me semble qu'outre le fait de déterminer des conditions d'exercice d'accouchement à domicile elles devraient s'impliquer et s'investir plus dans le milieu hospitalier. Et je suis conscient qu'il y a eu des attitudes de blocage dans le passé entre les diverses professions. Je sens que l'attitude change, qu'il y a une ouverture actuellement, il y a des projets pratiques qui ont été déposés par au moins deux hôpitaux du Québec pour impliquer les sages-femmes dans l'hôpital lui-même. Il y en a un troisième qui est possiblement en gestation — si vous me permettez

le parallèle un peu douteux — et je pense qu'il faut certainement viser à ça.

Par ailleurs, il se produit actuellement une négociation entre le ministère et l'association maintenant... pas l'ordre mais l'association qui représente les sages-femmes pour déterminer leurs conditions de travail salariales et autres, et ça, on est assez optimistes pour la conclusion de ces conversations d'ici quelques semaines ou quelques mois au maximum. Alors, je pense que tous les éléments sont réunis, là, pour que les sages-femmes occupent la place qu'elles devraient avoir dans la prestation de services obstétricaux au Québec.

Et, moi, j'entends que ce soit le cas non seulement uniquement à la maison. Je ne voudrais pas qu'on associe spécifiquement le métier de sage-femme à l'accouchement à la maison. Je pense que ça devrait être beaucoup plus large que ça. La liberté de choix existe, comme vous-même vous l'avez dit. Il faut être conscient que la majorité des femmes encore du Québec préfèrent accoucher à l'hôpital. Il faut qu'elles aient également accès à des sages-femmes dans ce milieu hospitalier.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Caron: Oui, je suis très heureuse de votre position à ce sujet-là, parce qu'effectivement je pense que, ce qu'il faut offrir, c'est un véritable choix tant au lieu qu'au niveau des professionnels qu'on peut choisir, et ça, ça m'apparaît une position extrêmement intéressante.

Révision des responsabilités des infirmières praticiennes

Vous avez abordé aussi, ce matin, évidemment, un chantier complet au niveau des infirmières praticiennes. J'aimerais vous entendre un petit peu plus là-dessus.

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

M. Couillard: Alors là il faut également, encore une fois, faire des distinctions de ce qui existe, ce qui est déjà possible et ce qu'on voudrait voir de nouveau, d'introduit dans le champ des prestations de services. Ce qu'il est actuellement possible de faire, dans le cadre particulièrement des groupes de médecine de famille, c'est d'avoir des infirmières cliniciennes qui exécutent ce qu'on appelle des prescriptions générales ou des prescriptions collectives pour le suivi de certains patients. Ce qui manque à ce volet d'activité professionnelle des infirmières, c'est ce qu'on retrouve ailleurs au Canada, également aux États-Unis, c'est l'aspect d'un rôle beaucoup plus indépendant et autonome de l'infirmière en soins de première ligne, où on lui permet de poser des diagnostics de problèmes de santé courants. Et ça, je pense que c'est là qu'il faut ajuster la définition du rôle de ces professionnelles-là, ce qui n'est pas actuellement possible. C'est ce qui manque. Alors, notre objectif — et les conversations, comme vous le disiez et comme on l'a dit ce matin, ont commencé avec notre groupe de travail, la présidente de l'Ordre des infirmières, récemment, rencontrait le sous-ministre à cet effet-là — est de vraiment permettre à l'infirmière praticienne de jouer un rôle beaucoup plus actif au niveau de la prestation du

diagnostic des soins de première ligne, toujours avec la supervision possible d'un médecin s'il y a un problème de diagnostic plus complexe qui se produit.

Ce que, par contre, on demande également aux infirmières, à partir du moment où, je ne dirais pas, on permet, parce que c'est dans la nature des choses partout dans le monde d'avoir ce glissement de la profession d'infirmière vers des rôles beaucoup plus, je dirais, différenciés que ce qui est actuellement le cas, c'est qu'à l'autre extrémité de la ligne on sent également, de la part de la profession infirmière, je dirais, là, régulière, une ouverture pour les autres professionnels, comme les infirmières auxiliaires et les préposées, pour certains gestes qui actuellement pourraient facilement être pris en charge par ces professions-là. Et je pense que, de ce côté-là, je suis assez optimiste d'avoir une attitude d'ouverture pour que le glissement soit un glissement complet aux deux extrémités, si vous voulez, de la chaîne de responsabilités.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Terrebonne.

Mme Caron: Oui. À ce sujet-là, vous avez devancé ma question, parce qu'effectivement je me disais qu'il faut aussi permettre à l'autre bout de la ligne. Et il faut aussi permettre peut-être dans d'autres ordres professionnels, je pense aux chiropraticiens, je pense à différents ordres professionnels, où, effectivement, ça nous permettrait d'avoir une ouverture plus grande, puis ça nous permettrait aussi, je pense, d'avoir une meilleure efficacité puis de répondre aux besoins actuels.

Place de la société civile et parité hommes-femmes dans la nouvelle structure de régionalisation

Une autre question dans un autre ordre tout à fait... on a parlé de la régionalisation ce matin. La dernière loi qui régissait la composition au niveau des régions, malgré ce que vous en avez dit ce matin, il y avait un élément extrêmement important sur lequel j'avais revendiqué beaucoup et que nous avons obtenu, c'était de s'assurer, au niveau de la composition des régions régionales, qu'il y avait parité hommes-femmes. La loi disait tendre vers la parité et, dans les faits, on s'était retrouvés avec 49 % puis 51 %, là. Donc, la loi obligeait finalement à cette parité-là au niveau de la composition.

Dans votre nouvelle formule de régionalisation, est-ce que la société civile sera partie prenante de cette nouvelle structure de régionalisation, et est-ce que vous allez garder cet élément-là de parité dans une structure de régionalisation, parité hommes-femmes?

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

M. Couillard: Alors, oui, effectivement, M. le Président, ce qu'on appelle la société civile ou les groupes organisés voudront avoir une partie ou une oreille, là, des délibérations des conseils d'administration des nouvelles agences régionales, et il faut absolument réintroduire la représentation de la population dans ces agences-là. Maintenant, on n'a pas

encore terminé notre réflexion sur la façon la plus efficace de reproduire ou de réintégrer cette représentation de la population. Parce qu'il y a, bien sûr, un biais opposé. Si on réintroduit le biais de la population, on veut s'assurer qu'on ne réintroduit pas aussi les représentations indues de certains groupes de pression. Alors, il faut être extrêmement... et je croirais d'ailleurs qu'une des raisons qui ont poussé le précédent gouvernement à faire ce qu'il a fait, c'est précisément cette impression, je dirais, de diversion des intérêts en faveur de certains groupes organisés.

Maintenant, il faut revenir... je pense que c'est essentiel, beaucoup de gens dans la population se sont plaints de ne plus avoir d'oreille ou de ne plus avoir de véritable endroit où se faire entendre. Le forum des citoyens qu'on a mis sur place pour les usagers, en pratique, je dois vous dire que, l'ayant moi-même constaté, ça n'a pas beaucoup de rôle concret dans l'organisation des soins et des services. Alors, je pense que la population doit se retrouver là.

Les autres organismes qui doivent se retrouver également, vous savez qu'on veut articuler des réseaux d'établissements, bien, il faut que les réseaux d'établissements soient également représentés là pour ne pas qu'il y ait de déséquilibre entre les plus gros hôpitaux puis les moins gros hôpitaux dans une région. Et ça, c'est un biais auquel on est très sensibles.

Pour ce qui est de la parité hommes-femmes, si c'est déjà... je n'ai pas l'intention du tout de revisiter ça, moi, je suis très favorable à ce genre de mesure là.

● (14 h 30) ●

Mme Caron: Merci beaucoup.

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

Sous-financement du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Ma question s'adresse à M. le ministre de la Santé et des Services sociaux. Et mon intervention touchera deux problématiques, dont une qui vient d'être soulevée indirectement. La première, bon, bien, je vais vous situer encore une fois parce que Soulanges n'est pas connu à travers le Québec. Et je me permettrai de vous dire que Soulanges est situé en Montérégie, donc vous voyez sûrement où je veux aller en vous situant en Montérégie. Ça m'amène à vous parler de sous-financement en matière de santé et services sociaux en Montérégie. Et les gens de mon comté sont très sensibles à ça, mais je suis consciente qu'il n'y a pas que Soulanges qui vit cette dynamique.

Et je voudrais aussi vous signaler que j'ai eu des discussions avec les gens du CLSC Presqu'île, La Presqu'île qui couvre Vaudreuil-Soulanges, qui est aussi en Montérégie. Et vous comprendrez que, pour Soulanges, c'est le seul établissement de première ligne, de soins de santé et de services sociaux. Nous, on n'a pas d'hôpitaux dans Soulanges. Alors, c'est comme... les CLSC sont très, très, très importants.

Actuellement, comme je vous disais, il y a inéquité des ressources. Et ces gens-là, au CLSC,

craignent d'être assis à la même table que les centres hospitaliers, ils ont très peur de ne pas être entendus et d'être en quelque sorte avalés et que leurs préoccupations ne soient pas entendues. Il est évident que, pour nous, Soulanges, c'est très important pour la population, puisque, comme je vous le rappelais, on n'a pas d'hôpitaux dans notre secteur. Et, comme je vous dis, depuis nombreuses années, on a été oubliés carrément.

Alors, la question, c'est simple, c'est au niveau des inéquités et au niveau de la crainte, là, manifestée par les gens du CLSC.

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

M. Couillard: Ah, effectivement, la santé mentale est le domaine où les inéquités interrégionales sont les plus apparentes. Et je dois dire qu'effectivement la Montérégie est la région la plus défavorisée à ce sujet-là. On y avait d'ailleurs fait allusion au cours de la campagne électorale, vous souvenez, les familles des patients atteints de maladie mentale qui se plaignaient de ne pas avoir accès aux services auxquels elles avaient droit.

Alors, il y a deux actions, je pense, qui ont été posées, qui témoignent de notre préoccupation concrète pour le problème. Il y a, d'une part, dans la répartition des crédits supplémentaires pour la santé mentale, qui est de 9 millions de dollars annualisés, la part du lion va à la Montérégie; il y a 2 136 000 \$ à la Montérégie. Pour vous donner un point de comparaison, il y a 215 000 \$ à Montréal-Centre. Alors là vous avez un élément, là, très fort de correction de l'iniquité interrégionale, un.

Deuxièmement, le problème qu'ont les malades souffrant de pathologie mentale en Montérégie, c'est de ne pas avoir accès à un psychiatre. On connaît l'important déséquilibre d'affectation régionale des psychiatres au Québec. En gros, ce que je pourrais dire pour le résumer, c'est que deux tiers des psychiatres du Québec servent un tiers de la population. Et la grande majorité des psychiatres sont sur l'île de Montréal et la ville de Québec pour finalement donner des soins à la minorité de la population. Et, à cause de la sectorisation — vous savez, ce phénomène dans lequel on restreint l'accès aux soins à certains secteurs géographiques — dans les faits, les malades de la Montérégie se sont vu interdire l'accès aux soins psychiatriques à l'île de Montréal, alors qu'il y avait amplement de psychiatres là pour donner les soins.

Alors, ce qu'on a fait, c'est qu'on a demandé par écrit, et, effectivement, les deux présidents de régies ont commencé des travaux à ce sujet-là, pour leur demander d'ouvrir des corridors de services spécifiques pour les patients de la Montérégie nécessitant des soins psychiatriques.

Alors, ces deux actions-là, je pense, sont très évocatrices et éloquentes sur notre désir de corriger les inéquités et particulièrement la répartition des crédits en santé mentale où, encore une fois, la Montérégie, à elle seule, obtient la part du lion ici. Mais ceci, on en est conscients, ne corrigera pas le problème de pénurie de psychiatres. On n'aura pas demain plus de psychiatres pour ça, d'où l'intérêt d'ouvrir des corridors de services.

Pour ce qui est de l'inquiétude des CLSC, on en a encore fait état ce matin. Moi, je suis très reconnaissant

du rôle que jouent les CLSC puis je vais certainement protéger leur mandat et leur rôle dans la nouvelle structure qu'on va créer. Afin de s'en assurer, les membres de l'Association des CLSC et CHSLD vont siéger d'ici quelques semaines, ou quelques jours même, sur les comités de travail sur la régionalisation. Ils vont pouvoir nous donner, si vous voulez, leur opinion ou leurs craintes de façon à ce qu'on s'en occupe dans l'élaboration de notre projet.

Je dois quand même signaler que le concept qu'on met de l'avant, qui est l'intégration d'établissements en une seule entité qui serait le réseau local d'établissements, ce n'est pas quelque chose de nouveau au Québec. Il y a 34 ou 35 — je ne me souviens plus du chiffre exact — réseaux d'établissements qui ont déjà été faits, puis on les appelle centres de santé en général, un peu partout au Québec, qui sont des regroupements de CH, CLSC et CHSLD. Alors, l'expérience, elle a eu lieu déjà, elle est concluante. Y compris les gens des CLSC se déclarent très satisfaits de l'expérience. Mais il faut, à mon avis, de façon spécifique, protéger et bien définir le mandat de chacun des constituants de ce réseau-là.

Le Président (M. Copeman): Ça va, Mme la députée? Alors, à ma gauche, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Rôle des CLSC dans la réorganisation des services de santé et des services sociaux

Mme Léger: Oui, merci, M. le Président. Je vais poursuivre sur ce que nous sommes en train de discuter par rapport à l'inquiétude que la députée a autant au niveau, là, de l'iniquité interrégionale, on reviendra sur ça, mais, particulièrement... Là, vous venez d'élaborer sur centres de la santé qui regroupent soit les CHSLD, soit des centres hospitaliers, soit CLSC, bon. Dans votre superstructure, là, votre agence — que je n'arrive pas à trouver un nom, comment vous allez les appeler, là — est-ce qu'il va y avoir de la place, particulièrement aux CLSC? Vous m'avez dit oui tout à l'heure, mais est-ce qu'il va y avoir de la place dans le sens qu'il y a eu des luttes assez féroces, je dirais, là, les dernières années, pour le début du virage ambulatoire évidemment, qui a été quand même un brassage de forces et de pouvoirs entre les institutions.

Moi, j'ai en tête celui de ma propre circonscription, le CLSC d'Octave Roussin, à l'époque, qui maintenant s'appelle le CLSC de Pointe-aux-Trembles, qui a réussi à avoir sa radiologie, du plâtrage, bon, différents services qu'il donne à la population. Étant dans l'extrême est de l'île de Montréal, l'hôpital, le centre hospitalier le plus proche est celui de Maisonneuve-Rosemont. Donc, pour la pointe de l'île, ça a été assez difficile d'avoir nécessairement ces services. Donc, on s'est dotés, au fil des ans, de plusieurs expertises qu'on a pu avoir dans ce CLSC là. Je vous donne l'exemple de celui-là pour démontrer puis faire suite à ce que la députée a dit. Effectivement, le CLSC a réussi à prendre sa place par rapport à Maisonneuve-Rosemont. Je vous donne l'exemple bien précis de celui-là, que Maisonneuve-Rosemont a eu certaines réticences soit de services tels quels ou soit de pratique qui a été dévolue au CLSC plus particulièrement. Alors, ça, ça s'est passé dans

l'ensemble du Québec, ces luttes intestines, qu'on pourrait dire.

Et là, quand vous apportez cette nouvelle structure que vous voulez mettre en place ou, en tout cas, la réingénierie que vous voulez faire, ça m'inquiète que ces discussions-là ou ces luttes-là vont reprendre. Et la place du CLSC, Dieu sait que cette place-là, avec le temps... a eu quand même assez de difficultés à prendre sa place. Et vous m'avez dit ce matin que vous allez renforcer la place des CLSC puis renforcer le panier de services qu'ils vont pouvoir déverser. Puis, c'est pour moi important de comprendre davantage votre attitude ou le comportement qu'aura votre ministère par rapport à cette nouvelle réingénierie là et la place du CLSC, si elle ne recommencera pas ces luttes intestines, qui a été quand même assez féroce à l'époque.

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

M. Couillard: Alors, un des problèmes majeurs dans notre réseau actuel, c'est ce qu'on appelle les silos, le fonctionnement fragmenté des institutions, où chacun s'occupe de son mandat puis de son budget sans tenir compte de l'impact sur les autres éléments du réseau à côté. Et ça tient aussi pour les CLSC, pour les centres hospitaliers, pour les CHSLD. Alors, c'est là qu'on arrive à des actions qui sont en contradiction avec les priorités régionales puis les besoins réels de la population.

Alors, ce qu'on veut faire... Encore une fois, vous dites qu'on crée, on ne crée pas, ça existe déjà, il y en a 35 au Québec, des organismes comme ça, où ça fonctionne excessivement bien une fois qu'on a bien déterminé le mandat de chacun. Puis c'est ça, dans ces endroits où ça a été fait, c'est ça qui explique le succès, c'est qu'on a bien clairement défini le mandat de chacune des parties de l'institution. Et, une fois que ça a été fait, on a des objectifs communs, et il n'y a pas d'autre façon de réaliser les objectifs communs que l'unité organique des institutions qui sont là. Alors, ça, c'est très clair. Maintenant, ce qui a déjà été développé dans les CLSC, il n'y a pas de raison de penser que ce serait perdu. S'il y a des plateaux techniques qui existent dans les CLSC, ils seront bien sûr disponibles encore au lendemain de cette évolution de notre réseau.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

● (14 h 40) ●

Mme Léger: Quand vous me parlez des 35, particulièrement, centres de santé où les gens s'entendent bien puis ils ont réussi à mettre leurs ressources en commun pour davantage être aptes à donner tous les services qu'il faut à la population, qu'est-ce qui arrive aux autres? Alors, si ça n'a pas été fait à notre époque, c'est parce qu'il y a eu sûrement, probablement, des conseils d'administration qui étaient en accord eux-mêmes ou qu'il y avait déjà une harmonie qui se faisait... une harmonisation qui se faisait sur place entre ces organisations-là. Alors, j'imagine que, si les autres ne l'ont pas fait, c'est parce que ça doit être comme assez difficile ou il doit y avoir des réticences quelque part.

Alors, si vous me donnez cet exemple-là pour peut-être le faire à l'échelle du Québec, moi, vous ne me

rassurez pas par rapport aux réticences que certains CLSC peuvent avoir. Parce qu'il faut quand même se le dire, là, entre vos... on connaît votre travail, M. le Président, pour M. le ministre. Ce n'est pas toujours facile de transiger dans un CLSC avec un neuro-chirurgien, ou avec n'importe quel spécialiste, ou avec du corporatif s'il y a lieu, ou avec du... Bon. Ce n'est pas évident. On se connaît dans les milieux de la santé. Les gros supports, c'est les pouvoirs qui mènent et qui régissent souvent toutes ces organisations-là.

Alors, est-ce qu'on va recommencer? Même si vous me rassurez en me disant que ça fonctionne bien, continuons, moi, vous ne me rassurez pas à ce niveau-là parce que, effectivement, entre un centre hospitalier puis un CLSC, ce n'est pas évident d'avoir une colonne vertébrale assez solide pour être capable de contrer toutes ces forces de pouvoir là qu'il peut y avoir. Alors, comment vous pouvez me rassurer en me disant comment va être l'avenir des choses par rapport aux CLSC?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre. Oui?

Mme Léger: Excusez-moi. Je suis tenace à ce niveau-là parce que je veux savoir, pratiquement, dans la pratique de tous les jours, dans nos CLSC, comment ils vont vivre cette transition-là s'ils ne sont pas nécessairement à part entière dans cette démarche-là. Parce que vous me dites que vous avez fait affaire particulièrement aux P.D.G. des régies régionales pour faire cette nouvelle agence-là. Oui, effectivement, c'est bien. Moi, je n'ai rien contre ça. Mais ça me répond pas, moi, dans la proximité des services, qu'il va y avoir un CLSC puis si les CLSC vont être vraiment renforcés par rapport à la suite des choses.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, je répète que l'Association des CLSC et CHSLD est invitée à prendre part aux travaux de ces groupes de travail là. Donc, rapidement, ils vont être au fait de l'endroit où c'est rendu puis où est-ce qu'on s'en va. On est en juillet actuellement, on n'est certainement pas rendu encore au point de définir de façon très précise l'organisation, on est en train de travailler là-dessus.

Si j'avais à vous rassurer sur les CLSC, bien, je vous dirais: Vous avez, à ma droite, le sous-ministre en titre de la Santé, qui a fondé dans les deux premiers CLSC au Québec, et souvent contre beaucoup de lobbies... Je pense qu'il pourrait vous en reparler, de certaines expériences personnelles qu'il a eues. Alors, s'il y a quelqu'un qui croit aux CLSC au ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est non seulement le ministre, mais également le sous-ministre en titre, puis je vous rassure là-dessus.

L'autre chose, c'est que vous faites une très bonne démonstration lorsque vous parlez du fait que, dans certaines régions du Québec, les gens ont voulu se regrouper, alors que, dans d'autres, ils ne l'ont pas voulu. Qu'est-ce que ça nous dit, ça? Ça nous dit qu'il faut éviter le mur-à-mur. Il faut éviter de prescrire une

solution qui va s'appliquer de façon aveugle à l'ensemble de la population.

Alors, ce que déjà je peux vous dire, c'est qu'il y aura énormément de flexibilité sur les moyens à utiliser pour atteindre les objectifs. Ce qu'on va donner comme objectif aux régions, c'est de transformer leur système de silos en système de réseau puis de collaboration, avec des grandes lignes, des grandes orientations. Mais la façon concrète dont elles vont ou ils vont le réaliser, ce sera à eux de le définir, raison pour laquelle il est essentiel d'avoir les gestionnaires en place actuellement en place, pour assurer cette transition-là. On n'arrivera à rien tant qu'on aura ce fonctionnement. Je veux bien croire que les CLSC disent qu'ils sont heureux comme ils sont, que les hôpitaux sont heureux comme ils sont, mais, dans la réalité, là, dans les faits, il ne s'en fait pas de collaboration, ou très peu, à moins qu'il y ait des expériences ponctuelles et volontaires qui se fassent. Alors, il faut que cette unification se fasse. On ne pourra pas améliorer la prestation des soins pour la population tant qu'on n'aura pas réalisé ça.

Et, lorsqu'on va établir ces orientations-là, il faut bien réaliser que ce qui doit nous tenir à cocur en premier, c'est quoi? c'est les services puis l'intérêt de la population. Je pense qu'on ferait une erreur catastrophique en se mettant à se questionner sur les velléités d'un groupe de pression ou d'un autre. Et, en ce qui me concerne, les fédérations médicales, c'est un groupe de pression, les syndicats, c'est un groupe de pression, les associations d'établissements, c'est un groupe de pression. Où est la population là-dedans? Notre travail à nous, autour de cette table, c'est de veiller aux intérêts de la population, et on ne se laissera pas dévier de cette ligne-là, à moins que quelqu'un nous démontre que ce qu'on est en train de proposer va contre les intérêts de la population, pas contre les intérêts d'un groupe organisé. Je pense que c'est une distinction très importante à faire.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Continuité du programme Ma Place au soleil dans les centres de la petite enfance

Mme Léger: Oui, j'apprécie vos commentaires, M. le ministre. On va suivre ça de près. Je veux poursuivre avec ce que ma collègue de Terrebonne avait amorcé avec vous concernant les grossesses précoces, d'une part, mais je veux arriver et faire le lien avec le programme qui s'appelle Ma Place au soleil, qui est un programme qui a été élaboré avec vous et avec le ministère de la Solidarité sociale, d'une part, où on réservait des places particulières. Ça se poursuit encore. Vous avez annoncé... bien, en tout cas, votre collègue a annoncé qu'il poursuivait cette collaboration-là dans les centres à la petite enfance du Québec.

Je reviens aux centres de la petite enfance parce que, pour moi, c'est primordial dans tout l'aspect de prévention, qui est une des missions principales de la Santé et des Services sociaux. Dans les centres à la petite enfance qu'on a mis sur pied, j'ai collaboré très, très étroitement de 1998 à 2001, non sans effort et sans irritant, tout le long de la démarche. Il faut quand même... Quand on commence quelque chose, il y a

toujours de l'amélioration à faire. C'est un projet qui a évolué au fil des années.

Il reste que ce qui est important, c'est, dans la mission des centres à la petite enfance du Québec, qui est une mission où il y a une formation de nos éducateurs, éducatrices, qui sont très bien formés, il y a un programme éducatif, particulièrement le programme Jouer, c'est magique, il y a des ressources qui se sont développées autour des centres à la petite enfance, donc des liens et des collaborations qui se sont faits avec les CLSC, avec les régies régionales, avec les organismes communautaires, particulièrement ceux de la famille. Donc, il y a un réseau qui s'est fait autour des centres à la petite enfance pour aider, dans le fond, la jeune enfance, la petite enfance du Québec à pouvoir... à ce que tous les enfants puissent être égaux, que les enfants puissent recevoir toutes les ressources que nous avons à leur disposition pour qu'ils puissent grandir en santé et en sécurité et avec tous les apprentissages qu'on peut donner aux enfants.

Alors, c'est sûr que ce qu'on entend parler, et ce n'est pas de votre domaine nécessairement, particulièrement, comme dans votre mandat, les centres à la petite enfance, vous avez ouvert 3 000 places particulièrement dans les garderies à but lucratif qui font partie du réseau, puis, ça, moi, j'ai toujours été très ouverte à cette approche-là, par contre sans négliger tous les efforts qui ont été mis dans les centres à la petite enfance du Québec. Et le lien qui se fait avec la Santé et les Services sociaux est primordial.

Alors, quand on voit des programmes comme Ma Place au soleil et quand on voit des problématiques comme les grossesses précoces, c'est sûr que le lien avec les services sociaux et les centres à la petite enfance est absolument essentiel. On va y revenir tout à l'heure par rapport aussi aux centres jeunesse ou, bon, à toutes les difficultés qu'on peut y avoir aussi avec les enfants en difficulté ou les enfants qui vivent des... que les parents vivent des situations difficiles et qu'on a ouvert des places, particulièrement dans les centres à la petite enfance, pour accueillir tous les enfants qui ont des problématiques particulières. Même chose au niveau d'une certaine déficience, que ce soit physique ou intellectuelle, on ouvre des places dans les centres à la petite enfance. Donc, il y a un lien qui s'est fait au fil des années, il y a une collaboration qui s'est établie au fil des années très directement avec les centres à la petite enfance, qui ont pris leur place à ce niveau-là.

Donc, vous savez que, nous, dans l'opposition, on a beaucoup décrié le fait d'envoyer les places comme ça, en garderies privées à but lucratif — parce que ce sont toutes des garderies privées en fin de compte — sans nécessairement tenir compte de tous ces aspects-là. Donc, ce n'est pas tout de décrier, mais c'est aussi de s'assurer que la philosophie se poursuive dans le sens qui est important, dans la mission des services sociaux aussi.

Alors, je finis avec Ma Place au soleil. Je veux savoir si, dans votre mandat, vous allez faire, en tout cas, la continuité de ce genre de programme là. Est-ce que vous allez continuer à travailler avec les centres à la petite enfance pour s'assurer que notre jeune enfance, que nos enfants du Québec puissent être en lieu sûr, en lieu sûr et puissent grandir en santé?

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

M. Couillard: M. le Président. Alors, le programme Ma Place au soleil, je pense que vous l'avez vous-même indiqué, ça relève du ministère de la Solidarité sociale, ce qui n'empêche pas qu'on se préoccupe énormément des problèmes de prévention liés à l'enfance, puis non seulement à l'enfance des CPE, mais à l'enfance avant les CPE.

Il y a le programme que vous connaissez, Naître égaux — Grandir en santé, qui est du ressort de la santé publique. Il y a énormément d'interventions de prévention de la santé publique qui se font dans les groupes d'enfance, surtout les groupes cibles à risque. Et ça, ça ne va certainement pas diminuer, ça va au contraire augmenter. Les efforts de prévention, moi, j'y crois de façon très, très profonde.

Pour ce qui est de vos autres remarques, bien là c'est la discussion plus large sur la philosophie des gouvernements successifs pour, je dirais, la garde des enfants. Et je pense que mes collègues seront mieux à même que moi ou mieux habilités que moi à y répondre.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Est-ce que vous allez vous assurer... Même si le président me lance une petite pointe comme quoi c'est le ministre de la Solidarité sociale qui s'occupe de ça, je reste très, très, je pourrais dire, préoccupée par la collaboration entre la Santé et Services sociaux, et la Famille, et la Solidarité sociale, qui sont pour moi absolument importants. Parce qu'on a réussi des choses, et il y a des choses que... Quand il y a du succès, il faut le poursuivre, ce succès-là, hein? Alors, je pense vous avez parlé de continuité, il y a des choses qui marchent bien, il faut poursuivre cette façon de faire là.

Mais il reste, est-ce que vous allez vous assurer que ce panier de services là qui est offert, particulièrement, bon, Ma Place au soleil... bon, on voit certaines... parler de certaines... je pourrais dire, éléments où il y a des personnes qui sont en situation de risque qui sont en aide actuellement, qu'on les aide par les CLSC, qu'il y a des places aussi dans les centres à la petite enfance. Bon. Il y a différents programmes, là, qui sont mis sur pied. Est-ce que vous allez vous assurer que... même si c'est dans les garderies privées, que vous allez vous assurer que ces programmes-là vont toujours être adéquats ou vont poursuivre leur mission première? Vous n'êtes pas le ministre de la Solidarité sociale.

● (14 h 50) ●

Le Président (M. Copeman): J'ai envie de répondre, mais je peux laisser le ministre de la Santé répondre. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: M. le Président, ce que je dirais, c'est que je vais remplir ma mission de protection de la santé publique et de surveillance des impacts de santé publique pour toutes les missions et les actions gouvernementales. Ça fait partie du rôle que la loi m'attribue, et j'ai l'intention de le remplir, bien sûr.

Il y a cependant... Encore une fois, je répète qu'il y a plusieurs programmes actuels du ministère de la

Santé et des Services sociaux, via la santé publique, qui touchent déjà au problème que vous mentionnez. Je pense, par exemple, au Programme de soutien aux jeunes parents, qui est quelque chose qui va continuer, qui n'a absolument pas été diminué, dont les crédits continuent à s'appliquer de façon récurrente. Vous l'avez dit — puis je vous remercie de le souligner encore une fois — les changements qu'on fait s'inscrivent dans une logique également de continuité et non pas de rupture.

Il y a énormément de bonnes choses qui se sont faites et qui se feront au cours des années dans le ministère de la Santé et des Services sociaux, et on n'a pas l'intention d'aborder ça avec une attitude dogmatique ou idéologique, de dire qu'il faut faire table rase et recommencer à zéro. Au contraire, on est tout à fait prêts à réaliser ce qui a été fait de positif et de constructif et on va s'assurer que les ressources soient conservées pour toutes ces actions gouvernementales là. Je pense que M. le Président veut intervenir à ce stade-ci.

Le Président (M. Copeman): Bien, simplement pour dire que je peux au moins... je suis sûr que l'ex-ministre déléguée à la Famille est au courant qu'il y a un certain nombre de garderies privées qui sont déjà en lien avec les CLSC, ce n'est pas un nouveau phénomène, ce n'est pas quelque chose qui est limité aux CPE, et que l'ajout de 3 000 places ferait en sorte que le pourcentage des enfants dans les garderies à but lucratif va passer de 15 % à 17 %. Il ne faut pas oublier que, même avec l'ajout de 3 000 places, qui, je pense, est une très bonne nouvelle pour toute la population du Québec, même après l'ajout de ces 3 000 places là, le pourcentage des enfants dans les garderies à but lucratif va représenter 17 % sur 100 %.

Et il ne faut jamais oublier, je pense, M. le ministre de la Santé le rappelle à juste titre, que, même avec l'objectif de 200 000 places en services de garde, il y a 450 000 enfants entre 0-5 au Québec. Alors, même quand le réseau est à sa pleine capacité, selon tous les estimés du ministère, anciennement ministère de la Famille et de l'Enfance, ce n'est que moins que la moitié des enfants 0-5 qui vont fréquenter les services de garde au Québec. Alors, je suis convaincu que le ministre de la Santé sait tout ça et sait que ça va prendre également d'autres moyens pour s'assurer que la prévention soit faite chez les enfants 0-5, que ce ne soit pas évidemment limité aux CPE puis aux garderies à but lucratif. Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Merci, M. le Président de la commission des affaires sociales, dont la famille fait partie, et que vous avez le mandat de parler à un plus grand éventail que le ministre lui-même.

Le Président (M. Copeman): Et dont on a eu la discussion la semaine passée, Mme la députée.

Mme Léger: Alors, je vois qu'on pourrait la poursuivre, hein? Merci, M. le Président. Alors, si vous voulez, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, on va revenir particulièrement aux services sociaux. Si vous voulez, on pourrait parler un petit peu avec M. Rodrigue, pour l'Office des personnes handicapées du Québec.

Office des personnes handicapées du Québec

Diminution des crédits alloués à la Direction et administration

Je regardais le budget, j'ai une question à vous poser, particulièrement, bon, dans le programme 3. Les crédits ont été aux services aux personnes handicapées puis à la direction, administration. On voit une diminution par rapport à la direction et à l'administration. Si je lis bien les chiffres, là, il y a un pourcentage de quelques... quelques argents de moins au niveau de l'administration de la direction, c'est voulu?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, allez-y.

M. Couillard: M. le Président, il y a eu des réaménagements en termes de responsabilités; il y a certaines choses que l'Office faisait auparavant qu'ils ne font plus, comme, par exemple, le soutien à certains organismes communautaires, qui a été transféré dans d'autres ministères. Alors, il y a certaines activités administratives qui ont diminué. Également, suite à l'indexation des salaires, par exemple, il y avait 178 000 \$ et plus à récupérer pour annuler l'effet d'indexation des salaires. Elle s'était appliquée en méthode de gestion et en organisation, là, structurelle de l'organisation de l'Office des personnes handicapées. Mais, comme vous l'avez vous-même noté, les services aux personnes handicapées n'ont pas été touchés dans les crédits.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, on s'approche de la fin de ce bloc de 20 minutes. Il vous en reste à peu près deux minutes dans ce bloc-là.

Mme Léger: Ah! bien, je reviendrai, mais on va continuer le petit bout qu'on peut faire.

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

Gestion de l'effectif

Mme Léger: Quand même, est-ce qu'il y a eu des... Je vois que M. Rodrigue a l'air correct, a l'air satisfait. J'imagine que le budget semble aller de pair. Est-ce qu'il y a eu des coupures de postes?

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

M. Couillard: Est-ce que M. Rodrigue a la permission de répondre pour certaines de ces questions?

Le Président (M. Copeman): Avec le consentement des membres de la commission. Consentement?

Des voix: Consentement.

Le Président (M. Copeman): Consentement. Alors, M. le président de l'Office des personnes handicapées du Québec.

M. Rodrigue (Norbert): Alors, merci, M. le Président. Bonjour à toutes et à tous. Effectivement,

nous avons dû réajuster un certain nombre de choses dans le fonctionnement. Il n'y a pas de coupure de poste au sens où on l'entend communément. Il y aura des aménagements nécessaires probablement dans l'aménagement du temps de travail, etc., nous sommes actuellement à regarder cela. Mais nous maintenons le cap quant aux autres missions et aux autres fonctions de l'Office. Si jamais cette question, dans le futur, devenait obligatoire... s'il devenait obligatoire de la regarder, on va la regarder. Mais, pour l'instant, le 178 000 \$, on le fait en réorganisant un certain nombre de choses dans le fonctionnement de l'organisation et non pas dans les services.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Oui. Alors, il me reste combien de temps, parce que je vais revenir un petit peu plus pour élaborer davantage sur la mission de l'Office, et etc., là.

Le Président (M. Copeman): La réponse est simple: il ne reste aucun temps. Alors, j'ai beaucoup de demandes du côté ministériel. J'ai également une demande du député de Notre-Dame-de-Grâce, et le président est favorable à lui accorder la parole. Ça fait qu'on va commencer avec le député de Nelligan, puis on verra le cheminement du côté ministériel par la suite. Allez-y, M. le député et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et aux Services sociaux, la parole est à vous.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président, particulièrement de me donner la parole avant vous. C'est fort apprécié.

Le Président (M. Copeman): Ça fonctionne en partie par ancienneté, M. le député.

Centres jeunesse

Stratégie en vue d'améliorer le fonctionnement

M. Williams: Soyez prudent, M. le Président. M. le ministre, j'ai aussi plusieurs questions sur l'Office des personnes handicapées du Québec mais je voudrais terminer... ou peut-être commencer la première série de questions sur la question des centres jeunesse. Comme la députée a vu la semaine passée, j'aime utiliser les mêmes questions que j'ai demandées en opposition. Je présume, je vais avoir les meilleures réponses cette fois-là qu'avant. Mais on verra. Nous allons certainement... Je suis convaincu de ça.

Mais sur les centres jeunesse, c'est un sujet assez important et... Je vois aussi les représentants de l'Association des centres jeunesse parmi nous aujourd'hui, et je voudrais juste souligner l'excellent travail que ce groupe fait. Et je sais que cette association rencontre tous les partis politiques pour assurer que les causes des centres jeunesse sont bel et bien comprises. Mais souvent, et, M. le ministre, je sais, ce n'est pas le seul indicateur, mais souvent j'ai ciblé mes questions sur les listes d'attente, les listes d'attente soit pour évaluation et, plus important que ça, une fois que nous avons fait une évaluation, la liste d'attente pour avoir les

services. Et même l'expert québécois M. Lebon a dit: C'est la deuxième liste qui est la plus importante, une fois que vous avez eu une évaluation, quels services est-ce que vous allez avoir.

Malheureusement, pendant les dernières quelques années, les listes d'attente ont augmenté, malgré les engagements. Mais, comme on a dit en anglais, «actions speak louder than words». Je voudrais savoir quelles actions... Et je sais que vous avez déjà fait une annonce sur le budget. Mais, malgré que le gouvernement précède d'un coup sévèrement les centres jeunesse — une année, ils ont coupé 55 millions de dollars — ce n'est pas juste une question d'argent, c'est certainement une question d'argent, mais c'est une question de façon de faire.

● (15 heures) ●

Et je voudrais vous entendre sur votre stratégie pour nos centres jeunesse. Comment on peut assurer leur efficacité? C'est quoi, notre stratégie pour réduire les listes d'attente, les deux listes d'attente? Et, selon vous, quel échéancier est-ce qu'on peut établir? Parce que je sais qu'on ne peut pas faire ça demain matin, mais on peut commencer demain matin. Je voudrais savoir quel échéancier est-ce qu'on peut avoir pour faire une évaluation sur cette question.

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

M. Couillard: Alors, les listes d'attente, effectivement, sont très préoccupantes, dans les centres jeunesse. Je regardais avec amusement, l'autre jour, certains documents anciens où, lors de la campagne de 1998, par exemple, à l'automne, on promettait qu'en décembre de la même année il n'y aurait plus de listes d'attente en centres jeunesse. Je trouvais ça un petit peu, quand même, amusant, puis ça nous ramène à certaines discussions actuelles sur les engagements électoraux et la chronologie de leur exécution dans les faits.

Pour ce qui est de la liste d'attente, effectivement, on s'y est attardés dès cette année. On a ajouté dans les crédits nouveaux 10 millions, sur une base annuelle, pour les centres jeunesse, avec l'objectif de réduire les listes d'attente mais également de corriger l'inéquité interrégionale. C'est-à-dire que, là encore, de la même façon qu'on l'a dit tantôt pour la santé mentale ou pour l'ensemble des missions du ministère, il y a un gros problème d'inéquité interrégionale entre plusieurs endroits ou plusieurs régions du Québec.

Alors, la façon dont on a attribué la somme, c'est d'en affecter 50 % à la correction des listes d'attente ou à l'amélioration des listes d'attente, devrais-je dire, et 50 % à la correction de l'inéquité interrégionale, qui était majeure. Je pense que la députée de Lanaudière, qui est présente, ou proche de Lanaudière, les centres jeunesse de Lanaudière, c'est une catastrophe, hein? Les enfants ont été dans les gymnases jusqu'à récemment, les conditions sont terribles pour les éducateurs puis les enfants qui sont là.

Alors, si on regarde la distribution régionale de ces sommes-là, en termes d'affectation, on constate qu'encore une fois la Montérégie, Laurentides, Lanaudière reçoivent le gros des sommes, ou reçoivent en fait beaucoup plus d'argent que la région de Montréal-Centre. Ce qui pourrait être surprenant à prime abord,

qu'on donne plus d'argent nouveau aux régions excentriques qu'à la région de Montréal, où, théoriquement, il y a énormément de problèmes de jeunesse en difficulté, mais l'inéquité interrégionale était si grande qu'on a décidé de la corriger dès cette année. Et, par exemple, madame, vous serez heureuse de savoir que, pour Lanaudière, c'est le deuxième montant plus élevé après la Montérégie, plus de 1,7 million de dollars pour les centres jeunesse de Lanaudière, dès cette année, en argent neuf, sur une base annualisée. Alors, j'espère que ça va également corriger les choses. Laurentides, plus de 1,4 million; la Montérégie, plus de 1,1 million; et Mauricie, Centre-du-Québec, plus de 1,1 million, donc plus que dans les régions métropolitaines de la province.

Par ailleurs, on se souvient que, dans la campagne électorale, on a pris un engagement précis pour réduire le nombre d'enfants par intervenant. On sait qu'il est en général autour de 25 à 27 enfants par intervenant. Notre engagement, qu'on maintient pour la suite du mandat, c'est de baisser ce nombre d'enfants là à 16 enfants par intervenant, et on le fera de façon progressive au cours du mandat. Mais, cette année, on a pensé qu'il était particulièrement urgent qu'on s'adresse au problème de l'inéquité interrégionale et des listes d'attente.

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

Stratégie de recrutement de nouveaux intervenants

M. Williams: Oui. Merci pour ça. Est-ce que, dans le cas... pour réduire les nombres des intervenants par cas, nous avons aussi une stratégie de recrutement dans nos universités? Parce que c'est une chose d'avoir les budgets pour faire plus avec les intervenants, mais c'est aussi... avec respect, ce n'est pas aussi long que former un médecin spécialisé, mais on doit commencer un programme de recrutement. Est-ce que nous avons une stratégie, avec les universités, de commencer à recruter les nouveaux intervenants?

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

M. Couillard: Une stratégie, effectivement, qui dépasse la question des intervenants en centres jeunesse, puisque, lorsqu'on va aborder les prochaines discussions, par exemple, avec le secteur public, on veut bien montrer les régions ou les zones professionnelles où il y a des pénuries marquées. Et les éducateurs, par exemple en centres jeunesse, font partie de ces professions qui sont en pénurie. J'ajouterais, par exemple, également, les pharmaciens en établissement, dans un domaine complètement différent, mais pour montrer qu'il existe des îlots, là, de pénurie très importante dans nos répartitions professionnelles. Et certainement que les éducateurs en centres jeunesse font partie de cette population qui est en pénurie actuellement.

Mais vous savez, pour attirer les gens dans une profession, il faut créer des conditions de travail qui soient attirantes. Je veux dire, personne n'aura envie d'aller travailler comme éducateur — puis il faut rendre justice à ceux qui le font actuellement, à ceux et celles qui le font actuellement — dans les conditions de travail

qu'on observe dans plusieurs régions du Québec. Alors que, déjà, de décongestionner, d'améliorer la liste d'attente, de donner plus d'argent aux régions en déficit, d'avoir des milieux de travail plus agréables, en soi, d'après moi, va créer un facteur d'attraction pour les jeunes pour se lancer dans ces carrières-là.

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

Diminution des listes d'attente

M. Williams: Oui, merci, M. le Président. Pour les listes d'attente — et merci beaucoup de sortir de l'argent tout de suite, cette année, pour, particulièrement, les régions défavorisées financièrement et corriger l'inéquité régionale — je voudrais savoir: Selon vous, et je sais qu'on commence, l'argent que nous avons envoyé dans les régions va réduire les listes d'attente par quel pourcentage? Est-ce que nous avons une idée ou est-ce que ça va être vraiment... chaque région, ça va être un peu différent?

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

M. Couillard: C'est difficile, M. le Président, de répondre précisément à cette question, parce qu'il y a des grosses variations dans les listes d'attente. Par exemple, la liste d'attente augmente toujours en fin d'année scolaire, parce que, là, les professeurs, c'est là qu'ils font le bilan de l'activité de l'année puis qu'ils font les signalements. Alors, ça augmente puis ça descend beaucoup dans la même année, et je serais bien, en fait, dépourvu, là, pour vous dire l'impact précis, là, sur la liste d'attente, que ces mesures-là vont créer. On ne l'a pas non plus chiffré, on pense que c'est un effort important puis on verra les résultats au cours de l'année.

M. Williams: Et est-ce que...

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Tendances de judiciarisation des cas

M. Williams: Merci. Est-ce qu'il y a aussi une tendance de faire plus de judiciarisation des cas? Est-ce qu'il y a plus une tendance? J'ai entendu, dans quelques régions, il y a plus de signalements, plus de gestes légaux que d'autres, est-ce que vous avez vu une certaine différence dans chaque région ou...

M. Couillard: Je n'ai pas eu conscience de cette différence-là, mais, maintenant que vous la soulignez, je vais la surveiller. Mais, au Québec, on a adopté une attitude beaucoup moins judiciarisée que dans d'autres régions du Canada, hein, pour la question des jeunes contrevenants, puis je pense qu'on va veiller à conserver cette attitude-là, qui, d'après moi, fait preuve de son succès.

M. Williams: Oui, effectivement, nous avons beaucoup des votes unanimes en Chambre sur la question de l'approche québécoise, et j'espère qu'on peut continuer.

Efforts d'intégration sociale

M. le ministre, une autre question générale. Quand nous avons... Je pense, l'Association des centres jeunesse a rencontré tous les partis politiques. Il y a un chiffre qui m'a frappé beaucoup quand nous avons rencontré le groupe, qu'il y a à peu près, si ma mémoire est bonne, 78 % des jeunes, 10 ans plus tard, après qu'ils ont fini l'expérience... un séjour dans un centre jeunesse, 10 ans plus tard, soit à 28 ans, ils sont encore sur les assistances sociales. Avec ça, il me semble qu'on doit peut-être... Pendant les derniers neuf ans, nous avons ciblé quelques interventions à quelques niveaux, mais on doit peut-être aller plus loin sur l'intégration sociale, etc. Avez-vous eu une chance de réfléchir sur cette approche?

M. Couillard: Oui, c'est important de s'occuper de ce qui arrive après la période de formation de ces jeunes-là. Puis on est conscients qu'il y a un problème de sous-scolarisation, un problème, malheureusement, d'implication plus souvent en criminalité et également un nombre élevé de prestataires d'aide sociale. Alors, ça, c'est... La façon de répondre à ça, ce sera, au contraire, d'agir toujours au niveau de l'adolescence puis de s'assurer que ces jeunes-là bénéficient de l'encadrement puis de l'éducation auxquels ils devraient avoir accès. Et je pense que ça, c'est la clé. Je ne pense pas qu'on devrait faire de programmes spécifiques tellement pour les populations après le séjour en centre jeunesse, mais vraiment bâtir l'intervention en centre jeunesse pour préparer l'inclusion, l'intégration dans la société.

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

Le point sur le dossier des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

M. Williams: Oui, un dernier sujet, M. le Président. Et, maintenant, l'opposition officielle... ou l'opposition officielle courante sait que j'avais demandé des questions assez souvent sur le centre jeunesse Batshaw, ou Ville-Marie, et c'est un dossier qui a traîné à peu près neuf ans, depuis 1994, à peu près.

Le Président (M. Copeman): Grosso modo.

M. Williams: Il me semble que c'était bougé beaucoup, mais il y a quelque chose qui a passé ici, au Québec, et ça a arrêté pas mal pendant les derniers neuf ans. Je ne veux pas nécessairement arriver avec la conclusion qui est partisane. Mais un dossier tellement important, c'est le regroupement des quatre campus, que j'appelle «the Batshaw», qui était dans le Prévost, qui veut déménager au centre-ville. C'est une des seules régions de Montréal... c'est une des seules régions qui a deux centres jeunesse, soit Montréal, et l'autre, c'est Batshaw, que j'appelle Batshaw, une pour la communauté d'expression française, une pour la communauté d'expression anglaise. Mais un regroupement et un déménagement prend... on prend un site pour construction, ça prend les sous. Pendant des années et des années, nous avons négocié d'avoir le projet. C'était même annoncé par l'ancien gouvernement que ça va être

avancé. Mais, comme j'ai dit déjà avec une de mes questions, M. le ministre, «actions speak louder than words», parce que, finalement, ce n'est pas avancé.

● (15 h 10) ●

Je voudrais vous entendre sur le projet. Je n'attends pas une annonce aujourd'hui, M. le ministre, que tout est beau et tout est correct — mais, si vous êtes capable de faire ça, tant mieux — mais je voudrais avoir le bilan où nous sommes dans le dossier, c'est quoi, les barrières qu'on doit faire et qu'est-ce qu'on doit faire ensemble pour assurer qu'avant les crédits, l'année prochaine, on peut avoir une solution de cet important problème pour le secteur jeunesse, qu'on peut régler ça avant les crédits, l'année prochaine.

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

Efforts d'intégration sociale (suite)

M. Couillard: Avant de répondre à la question spécifique, je veux juste revenir sur la question de l'intégration des jeunes — tantôt, vous y avez fait allusion — pour dire qu'il y a actuellement un programme, qui avait été débuté par le gouvernement précédent, qui en est à sa dernière année cette année, qui visait, avec l'Association des centres jeunesse, à développer un programme d'intégration sociale pour les jeunes de 16 à 18 ans. Alors, il y a encore de l'investissement cette année qui est inclus pour ce projet-là qui se termine donc pour l'année 2003-2004. Et il y aura lieu de reconsidérer la prolongation de ce programme-là, selon les résultats obtenus et la façon dont les services sont rendus, en termes d'année financière, pour préparer notre prochaine opération budgétaire.

Maintenant, pour ce qui est...

M. Williams: Une petite clarification sur ça...

Le Président (M. Copeman): M. le député de Nelligan, allez-y, oui.

M. Williams: Oui. Est-ce que c'est un projet-pilote ou est-ce que c'est un programme...

M. Couillard: C'est un projet-pilote.

M. Williams: ...national? C'est dans quel coin?

M. Couillard: Un projet-pilote. Je ne sais pas dans quelle région c'est. C'est un projet-pilote de collaboration avec l'Association des centres jeunesse du Québec.

M. Williams: Avec l'Association.

M. Couillard: Ils ont dû choisir, eux, je suppose, certains endroits où ils vont faire cette opération-là.

Le point sur le dossier des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (suite)

Pour ce qui est du centre de la petite enfance, là, Ville-Marie ou centre-ville, là, c'est sûr que l'Hôpital Douglas a manifesté son intention de céder des terrains.

là, pour la relocalisation de ce centre-là. Cependant, l'aspect, je ne dirais pas du litige mais de la situation, qui m'inquiète un peu, c'est ce que j'appellerais le syndrome du train puis des wagons. C'est que tu fais un projet initial puis tu essaies d'accrocher le plus de wagons autour de ce projet-là. Et, actuellement, par exemple, l'hôpital pose une condition sine qua non: qu'on autorise deux projets d'immobilisation pour cet hôpital-là pour faire la cession des terrains. Moi, j'ai de la difficulté un peu avec cette logique-là puis cette façon de procéder.

Alors, considérons les dossiers séparément, là, puis on fera peut-être un peu plus de projets... de progrès. Parce que, si on me dit qu'il faut que j'autorise 15 millions de projets immobiliers pour céder un terrain pour un centre jeunesse, des projets immobiliers qui n'ont absolument rien à voir avec la mission du centre jeunesse, j'ai un petit peu de difficulté pour ça. Alors, j'ai l'intention de laisser les intervenants, l'Hôpital Douglas et le centre jeunesse, négocier encore. Pour l'instant, je n'ai pas l'intention d'intervenir directement, à moins que je voie qu'il y a des blocages irrémédiables d'un côté ou de l'autre.

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

M. Williams: Oui, merci beaucoup. Mais, quand même, sur l'idée de trouver une solution dans le dossier, nous allons certainement procéder d'avoir une solution dans le plus bref délai, sans faire l'intervention entre les établissements.

M. Couillard: Bien, bravo. J'attends le signal qu'il va y avoir une entente entre les établissements. Maintenant, il faut être conscient que le plan immobilier est verrouillé pour l'année. Il n'y a plus de crédits supplémentaires en immobilisations cette année. On verra qu'est-ce qu'on inscrit pour le prochain plan triennal puis la prochaine année du plan triennal en cours.

M. Williams: Excellent. Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Williams: Oui.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Alors, merci, M. le Président. Dans un court commentaire concernant votre avant-dernière réponse sur le niveau de signalement à la fin de l'année scolaire, je pense que c'est plutôt dû... La plupart du temps, lorsqu'on fait des plans pour les enfants, on commence au moment où il y a du signalement, qui peut être à n'importe quelle époque dans l'année. Mais le plan, il est toujours fait pour que ça finisse à la fin de l'année scolaire pour prévoir que les enfants ne changent pas d'établissement scolaire. Donc, si les interventions auprès des parents n'ont pas réussi pendant cette période-là, on revient en révision ou en prolongation, ce qui fait qu'il y a beaucoup, à cette époque-ci, de travail devant les tribunaux ou d'ententes au niveau de la Protection de la jeunesse.

Adaptation d'édifices existants pour des soins d'hébergement de longue durée

Par contre, ma question est d'un autre ordre. Je vous parle du fonctionnement des établissements de santé eu égard à la désinstitutionnalisation.

M. Couillard: La désinstitutionnalisation? Oui.

Mme Roy: C'est ça. La désinstitutionnalisation a amené à vider, de façon plus rapide pour certains établissements et moins rapide pour d'autres, les hôpitaux, notamment l'Hôpital Saint-Julien.

Je suppose que vous êtes d'accord avec la position que l'ADQ a privilégiée au cours de la campagne électorale, celle de ne pas investir lorsque c'est possible dans la brique mais plutôt dans les soins. Je pense que, par le biais de vos budgets, ce que vous venez dire exactement, ce n'est pas de soutenir l'industrie de la construction, mais plutôt d'allouer des soins de santé aux personnes.

J'ai aussi entendu ce matin: Le problème de l'engorgement des urgences et des listes d'attente provient du fait qu'il y a des personnes qui devraient être placées dans des CHSLD — souvent, ces personnes-là nécessitent des soins assez lourds — mais qui sont toujours dans les hôpitaux, ce qui fait que, dans les urgences, on n'a pas accès à ces lits et, pour les opérations non plus, on n'a pas accès à ces lits, ce qui amène aussi des listes d'attente de plus en plus grandes.

Je me demande s'il n'y aurait pas lieu de faire les choses simplement et de se servir des bâtiments existants, et notamment celui de l'Hôpital Saint-Julien, pour accueillir les personnes qui ont besoin de soins d'hébergement de longue durée. Ces hôpitaux sont encore... sont loin d'être vétustes, ils sont prêts à recevoir des malades, notamment à cet hôpital, parce que, s'il y avait un cataclysme dans la région, il est doté des équipements pour recevoir les personnes: il y a une buanderie efficace, il y a une cuisine efficace, il y a déjà un foyer privé. J'aimerais entendre la position du ministre à ce sujet.

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

M. Couillard: Alors, on m'a remis, à la porte de l'Assemblée, un dossier assez volumineux sur... pas volumineux mais assez complet.

Mme Roy: C'est ça. J'imagine que vous n'avez pas eu le temps de le lire.

M. Couillard: C'est une coïncidence, je suppose, votre question puis... Alors, il est certain que le but de notre opération, effectivement, c'est d'enlever les patients des hôpitaux de soins aigus, mais pas les envoyer n'importe où, sans ressources. Et c'est là l'échec, entre guillemets, de la réforme ambulatoire de M. Rochon, qui était véritablement nécessaire. Le virage ambulatoire s'imposait. Il était fait partout dans le monde et il fallait le faire au Québec également. Le problème, c'est qu'au même moment où on a fait le virage ambulatoire on n'a pas investi dans la communauté puis on a mis des gens à la retraite, ce qui a

mené à l'échec, malheureusement, de cette réforme, qui était absolument nécessaire, et aux problèmes qu'on vit actuellement.

Lorsqu'on regarde la planification du devenir de ces patients-là, la première priorité devrait être, si possible, un retour à domicile, donc des maintiens à domicile beaucoup plus étendus que ce qu'on a actuellement, ou l'achat de places en soins prolongés. C'est la façon dont on veut actuellement, là, s'atteler à la tâche de désengorger nos hôpitaux.

Pour ce qui est de l'institution que vous mentionnez, qui est maintenant disponible apparemment, bien, on a déjà exprimé... puis le premier ministre, pendant la campagne, est allé dans cette région et il a indiqué qu'il chercherait ou qu'on chercherait, au gouvernement, une nouvelle vocation pour l'établissement mais qui ne serait pas nécessairement une vocation de santé et services sociaux. Donc, c'est une réflexion, je pense, qui est beaucoup plus large. On sait qu'il y a des emplois dans la région qui sont liés à cet établissement-là et on va voir quelle est véritablement la meilleure utilisation à en faire. Il n'est pas certain que d'en faire un nouveau CHSLD soit nécessairement la bonne solution, ça reste à évaluer. Mais le bâtiment doit être réutilisé, notamment pour permettre aux gens d'avoir des emplois et de conserver les emplois dans la région, mais pas nécessairement pour la mission santé et services sociaux.

Mme Roy: Parfait. Merci. C'est beau.

Le Président (M. Copeman): C'est beau? M. le député de Vimont.

Plan d'action pour améliorer les services aux personnes autistes

M. Auclair: Merci, M. le Président. J'aimerais faire... poser une question en ce qui a trait... On a entendu parler énormément, entre autres au niveau des différentes maladies et autres déficiences, de l'autisme. Je sais que c'était durant la campagne électorale, les TEDS, ou l'autisme a fait l'objet, donc, de promesses électorales. Il y a eu des budgets.

Mais on a connu, avec l'autisme, dans le passé... Disons qu'on a géré l'autisme et certaines autres maladies un petit peu comme on a géré d'autres secteurs dans le passé, c'est-à-dire avec des attentes qui ont créé énormément de problèmes, tant pour les enfants qui souffraient, et les jeunes adultes, même, qui souffraient de la maladie, et pour les familles. Il y a également eu un recours, M. le ministre, comme vous êtes au courant, par les parents d'enfants autistes, contre le Parti québécois, à l'époque.

Ma question est assez claire, en tout cas, le premier volet, c'est: Qu'est-ce que le gouvernement libéral planifie pour améliorer les services aux personnes autistes?

Recours collectif de parents d'enfants autistes contre le gouvernement

Et, également, peut-être pour ma connaissance personnelle, qu'est-ce qui est arrivé avec ce fameux recours? Est-ce qu'il a été réglé? Qu'est-ce qu'il en est? Ou si c'est encore pendant?

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

M. Couillard: On m'informe que le recours collectif est toujours en cours — je m'excuse de la répétition de syllabes, là. Le recours collectif continue sa marche.

Plan d'action pour améliorer les services aux personnes autistes (suite)

Mais, notwithstanding ce fait-là, nous, on a dégagé, dès cette année, des crédits très importants pour la population d'enfants autistes. Puis vous savez, en passant, que c'est une pathologie ou un problème qui augmente en incidence en Amérique du Nord sans qu'on sache vraiment pourquoi. Le nombre de cas augmente continuellement, toute cette constellation de problèmes de santé qu'on appelle les troubles envahissants du développement, dont l'autisme est une partie essentielle. Alors, ce qu'on a fait dans le discours du budget, et ça a été pour nous une très bonne nouvelle, c'est qu'on a ajouté, à l'argent qu'on avait déjà annoncé en mai pour les autistes, une somme supplémentaire qui arrive à un montant annualisé de 18 millions de dollars, dès maintenant, pour les soins aux autistes.

● (15 h 20) ●

Alors, comment est-ce qu'on a géré cette enveloppe-là? Bon. On l'a bien sûr gérée d'abord en pensant toujours à notre problème d'équité inter-régionale et on l'a fait sur une base de population ou d'incidence prévisible de ça. On a ajouté un montant, non récurrent, cette année, pour la formation des éducateurs. Parce que c'est bien beau de dire qu'on va offrir les services, partout au Québec, de stimulation intensive pour les enfants autistes, encore faut-il qu'on ait le personnel pour le faire. Donc, cette année, on investit 800 000 \$ pour la formation d'équipes, de façon à ce qu'elles soient disponibles, on l'espère, assez rapidement dans la plupart ou dans toutes les régions du Québec éventuellement. On a prévu également l'affectation des sommes en tant que reddition directe de services de stimulation précoce. Vous savez que la période critique d'intervention se fait avant six ans. Si on fait un programme de stimulation précoce et intensive dans ce groupe d'âge là, c'est là qu'on obtient les meilleurs résultats. Alors, on a vraiment fixé ça comme objectif, en plus du soutien aux enfants scolaires plus âgés qu'on a donné.

On a prévu également un soutien pour les familles, parce que la situation des familles est toujours très difficile, des mesures de répit telles que les camps de vacances spéciaux qui sont organisés un peu partout dans le Québec pour les enfants autistes. On a permis également.... Parce que, étant conscients bien sûr, comme je l'ai indiqué tantôt, que les services n'existent pas uniformément, actuellement, dans la province, on permet aux parents, avec l'aide du gouvernement du Québec, de faire l'acquisition de services privés de réadaptation. Maintenant, là, il faut être extrêmement prudent, parce qu'on ne voudrait certainement pas que les parents soient la proie, je dirais, de gens sans scrupules, qui pourraient offrir des services à prix très élevé, avec des résultats qui sont loin d'être démontrés ou même absents, souvent.

Alors, on va adapter... Vous savez, vous souvenez, dans mes remarques préliminaires, ce matin, j'ai indiqué les conditions dans lesquelles on autorisait le recours au privé; on va les adapter, ces conditions-là, aux problèmes actuels des enfants autistes. Donc, les enfants devront être référés par le centre de réadaptation. La demande initiale doit être faite par le parent au centre de réadaptation, qui, n'étant pas apte ou capable de rendre le service, devra le référer à une ressource privée qui aura été sélectionnée et évaluée en même temps. Seuls les services requis selon le plan d'intervention du centre de réadaptation seront remboursés, de sorte qu'on a une logique, là, de continuité dans l'intervention qu'on fait auprès des enfants. Et, encore une fois, on veut protéger les familles contre certaines approches commerciales qui, à mon avis, seraient très regrettables dans ce domaine-là. Et, enfin, comme je l'ai dit ce matin, les coûts des services privés ne devraient pas excéder les coûts du secteur public. Parce qu'on a vu des projets absolument surprenants, récemment, dans certaines entreprises privées qui, sentant la manne arriver, présentaient des projets, là, absolument faméaux, avec des coûts nécessairement, là, hors du commun avec la réalité.

Alors, l'objectif est donc de permettre à tous les enfants du Québec, dans toutes les régions, d'avoir accès aux services de réadaptation et de stimulation précoce et, on l'espère, le plus rapidement possible. Pour ça, il faut former des éducateurs, il faut mettre des sommes à la disposition des régies et il faut permettre l'utilisation judicieuse du secteur privé avant que le secteur public soit capable de prendre en charge les besoins. Alors, ce sont là les grandes lignes de notre plan d'action. Mais on va en évaluer les résultats au cours des prochains mois et des prochaines années pour l'ajuster, si nécessaire augmenter les investissements, étant conscients, encore une fois, et ça, c'est un phénomène important à noter, que l'incidence sur le nombre de cas augmente chaque année chez nous et ailleurs en Amérique du Nord.

M. Auclair: Si vous permettez...

Le Président (M. Copeman): M. le député, allez-y, oui.

M. Auclair: Non, je suis content d'entendre... parce que le volet surtout... Moi, j'ai rencontré, dans mon comté, des gens qui ont fait des représentations justement.

Au deuxième volet, vous avez fait... vous avez mentionné qu'il y avait un effort particulier qui était fait pour, bon, l'aide précoce, pour aider le développement, parce que c'est de là que vous aviez déterminé que, si l'aide venait de façon précoce, les enfants pourraient avoir un meilleur suivi et un meilleur développement par la suite. Est-ce qu'il est possible, et là peut-être que vous n'êtes pas encore en état, mais peut-être, de nous dire pour l'avenir, pour les services futurs pour les enfants, disons, qui arrivent à un niveau plus âgé, donc 10 ans, 12 ans... Parce que je sais qu'il y avait... Dans le passé, il y avait certains manques à cet égard-là. On a fait beaucoup, peut-être, des investissements au niveau précoce, mais les parents se sentaient démunis lorsqu'ils arrivaient à un certain âge... ou les enfants arrivaient à

l'adolescence ou au début de l'adolescence. Est-ce qu'il y a un pourcentage du 18 millions, que je comprends bien qu'il est récurrent, donc, déjà là, qui est une très bonne nouvelle, qui va être investi directement, spécifiquement ou c'est vraiment un budget qui va être puisé selon les régions et adapté selon les besoins des régions, encore une fois?

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

M. Couillard: Alors, effectivement, la somme de 18 millions est récurrente. Le 800 000 \$ pour la formation n'est pas récurrent, mais le 18 millions lui-même est récurrent, de sorte que le 800 000 \$ pourrait être appliqué à d'autres missions au cours des prochaines années ou lorsque le nombre suffisant d'éducateurs aura été formé. Je vais vous donner un ordre de grandeur, ce n'est pas des chiffres tout à fait exacts, parce que la distribution peut varier en fin de course entre les régions, là, mais je vais vous donner un peu une idée de la distribution ou de l'affectation de ce 18 millions de dollars là selon les populations.

Alors, il y a 9,5 millions qui vont pour les services d'intervention pour les enfants de deux à cinq ans, avec un minimum de 20 heures-semaine. Il y a 1 million qui est la diminution du temps d'attente pour obtenir le diagnostic, alors qu'elle est actuellement, cette période, de six à 24 mois pour même obtenir le diagnostic des troubles envahissants du développement. Il y a le développement de services spécialisés de soutien à la personne d'âge scolaire, et c'est là exactement ce que vous venez de mentionner, 2,5 millions de dollars pour ça. Le répit de gardiennage, l'information et la formation aux familles, en fait, tout ce qu'on appelle généralement le soutien aux familles, 2,7 millions. Et les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation des ressources résidentielles, les activités de jour et les activités de soutien à l'intégration sociale pour les adultes, parce qu'il y a également des adultes qui se retrouvent avec ce problème-là, bien sûr, 1,5 million. Tout ça, bien sûr, étant régionalisé. La seule partie de l'enveloppe qui est administrée centralement actuellement, c'est le 800 000 \$ pour la formation des éducateurs.

M. Auclair: Juste une dernière...

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, M. le député.

M. Auclair: Donc, au global, en ce moment, les montants... Donc, si je saisis, pour la période actuelle, les montants sont dirigés aux régions régionales, donc, de chaque région, et, par la suite, c'est les régions qui vont faire... qui n'émettront pas du mur-à-mur mais, selon leur besoin local, vont donc les disperser.

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

M. Couillard: Oui.

M. Auclair: Si je saisis bien, là, le...

M. Couillard: C'est tout à fait le cas. C'est pour ça que la répartition que je vous donne est dans un ordre

de grandeur. Les répartitions pourront varier selon les réalités de chaque région. Il y a des régions chez qui les services peuvent être très bien développés dans un secteur et moins dans l'autre et qui pourront... On leur donne la liberté de réaffecter les sommes en conséquence, là.

M. Auclair: Merci, M. le ministre.

Le Président (M. Copeman): Merci. M. le député d'Iberville.

Sous-financement du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie (suite)

M. Rioux: Merci, M. le Président. Donc, M. le ministre, je veux revenir sur un sujet qu'a déjà discuté la députée de Soulanges, c'est finalement le problème d'iniquité en Montérégie, et je voudrais vous donner quelques chiffres, là, qui sont assez éloquentes. Donc, la Montérégie est l'une des régions les plus sous-financées au Québec, avec des écarts considérables, allant à moins 31 % de dépenses pour les personnes âgées, à moins 42,9 % de dépenses nettes en santé. Le ratio lits disponibles pour les 65 ans et plus est de moins 20,2 %, et le budget alloué par lit en CHSLD public est de moins 10,2 %.

Si on regarde les attentes qu'avaient les établissements en Montérégie, on s'attendait à ce que, pour donner les services, il y ait un taux d'indexation pour les centres hospitaliers qui atteindrait 5,5 % à 6,5 % pour faire face aux indexations prévisibles des natures de dépenses ainsi qu'à l'accroissement des volumes d'activité. De façon plus particulière, si l'indexation était maintenue à 2,7 %, nous devons anticiper un déficit supplémentaire de l'ordre de 3 millions, alors que notre déficit pour l'année 2002-2003 est de 1,1 million.

Je vous rappelle un peu le contexte de l'Hôpital du Haut-Richelieu. Le gouvernement précédent, avant de commencer à réagir, on a eu besoin d'une manifestation de plus de 3 500 personnes dans les rues, signature d'une pétition de 10 000 personnes. Mais, même avec ça, l'hôpital a été mis en tutelle et, chose à peu près aberrante, trois mois à la suite, nous avons reçu des mentions de performance pour cet hôpital-là. Et nous espérons que nous n'aurons pas à revivre la même situation dans le Haut-Richelieu, parce qu'il y a un phénomène qui est assez spécial dans notre région: si on prend le territoire du CLSC de la Vallée des Forts, on maintient une augmentation de population, de la démographie de 3,1 %.

Le point sur les projets d'agrandissement à la Résidence Champagnat, à Iberville, et de numérisation d'imagerie médicale en Montérégie

Il est évident qu'il y a des projets sur lesquels on tient dans la région. Évidemment, on parle de l'agrandissement du centre Champagnat pour soins palliatifs, à Iberville, dont vous avez été sensibilisé dans le débat de relocalisation du CLSC. Donc, c'est un projet qui nous tient à coeur. Et un autre projet qui est peut-être plus d'envergure mais qui a des effets dans notre région, et c'est M. Lepage, le directeur général de l'hôpital, qui

m'en faisait mention, c'est que le système régional de numérisation de l'imagerie médicale en radiologie est compromis, car le ministère de la Santé et des Services sociaux vient d'informer les régions régionales que la limite des autorisations d'emprunt a été atteinte. En conséquence, les hôpitaux de la Montérégie, dont l'Hôpital du Haut-Richelieu, ne recevront pas d'emprunt pour permettre la réalisation du projet, malgré une subvention partielle provenant du ministère. Si concrètement ce projet ne voit pas le jour, la conséquence directe sera la fragilisation de notre équipe de médecins radiologistes et retardera l'implantation d'une résonance magnétique dont nous attendons l'annonce imminente.

Donc, qu'en est-il de ces... Est-ce que nous allons être reconnus à notre juste part, quand on sait que l'on reçoit à peu près 11 % des montants au niveau de la province et que nous représentons 16 % de la population?

Et, les deux projets, je ne sais pas si vous pouvez nous dire qu'en est-il au niveau de l'implantation des soins palliatifs à la Résidence Champagnat ainsi que le programme de numérisation d'imagerie médicale.

● (15 h 30) ●

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

Sous-financement du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie (suite)

M. Couillard: Alors, le problème d'inégalité interrégionale, on en a souvent fait allusion aujourd'hui, et puis la Montérégie et Lanaudière sont deux cas d'espèce, là, pour la démonstration des effets pervers de l'inégalité. Il est sûr qu'on est en train de développer un nouveau mode d'allocation des budgets d'après la population, qui va rapidement, à mon avis, corriger cette situation-là, et à long terme, on l'espère. On a quand même posé déjà quelques gestes qui visent à atténuer l'effet de l'inégalité. Par exemple, dans l'attribution des crédits pour la santé mentale, les jeunes en difficulté et l'autisme, la Montérégie reçoit la part du lion de ces crédits-là, beaucoup plus, par exemple, que la région de Montréal-Centre. Alors, on en a fortement tenu compte dans l'attribution des crédits des nouvelles annonces données.

Deuxièmement, là, ce qu'on est en train de... actuellement, de fixer les objectifs budgétaires de déficit acceptable — si je peux employer un terme plus ou moins orthodoxe — pour les établissements de santé, on tient compte de l'inégalité régionale, interrégionale, dans la fixation des objectifs budgétaires des établissements, de sorte qu'on ne demandera pas à une région qui est déjà sous-financée sur le plan interrégional un effort plus grand qu'une région qui serait surfinancée ou financée dans la moyenne. Donc, encore une fois, voilà la façon, de façon ponctuelle, avant l'introduction des nouveaux modes d'allocation, dont on a procédé.

Le point sur les projets d'agrandissement à la Résidence Champagnat, à Iberville, et de numérisation d'imagerie médicale en Montérégie (suite)

Maintenant, pour les systèmes d'archivage numérique, qu'on appelle en abréviation les PACS, là, processus d'archivage numérisé des images radiologiques, c'est très

important, ces projets-là, parce que ça permet de pallier à la pénurie de radiologistes. Un radiologiste pourrait être à Charles-Lemoyne ou à Notre-Dame et lire les films du Haut-Richelieu sans avoir à se déplacer, ça fait qu'on vient de régler un gros problème. On a l'intention de déployer les PACS sur le territoire du Québec. Actuellement, on a trois projets-pilotes en cours d'évaluation. Dès que les projets-pilotes seront évalués, on va procéder à la stratégie de déploiement des systèmes pour le reste du territoire.

O.K. Pour ce qui est de la résonance magnétique du Haut-Richelieu, là. Dans chaque région du Québec, il y a eu des conversations qui ont inclus les régions régionales, l'Association des radiologistes et le ministère pour voir où allaient être implantées les résonances magnétiques. Cette année, les autorisations pour la Montérégie, ça a été attribué à Charles-Lemoyne, la résonance magnétique. Mais je sais qu'il y a un projet en cours à Saint-Jean, là, à l'hôpital, Saint-Jean-Richelieu, puis on verra à l'actualiser. Puis, comme vous le dites, de le faire de façon efficace serait, à mon avis, de l'associer à un processus d'archivage puis de transmission numérisés, de sorte qu'on n'ait pas absolument à avoir un spécialiste en résonance magnétique sur place au Haut-Richelieu, ce qui pourrait retarder indûment le projet.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que ça va, M. le député?

M. Rioux: Puis le... En tout cas, si on revient aux soins palliatifs, le projet à la Résidence Champagnat, est-ce que ça fait partie des projets qu'on devrait voir, au cours de l'année, l'augmentation des lits?

M. Couillard: Sur les soins palliatifs, M. le Président, on va déposer la politique-cadre à l'automne, et c'est de là que va découler le financement des maisons. Alors, on attend d'avoir déposé cette politique-cadre à l'automne pour prendre des actions spécifiques, pour éviter d'avoir une action désordonnée et en contradiction avec la politique-cadre qu'on pourrait déposer à l'automne.

Le Président (M. Copeman): Merci.

M. Rioux: Est-ce que j'ai droit à une autre question?

Le Président (M. Copeman): Rapidement, M. le député.

Bilan concernant le système de don d'organes

M. Rioux: Rapidement. Moi, j'aimerais surtout vous sensibiliser au don d'organes. J'ai un citoyen qui m'a rencontré qui a besoin d'un don d'organe et a déjà eu une greffe en 1988, et il nous dit que ça a pris deux mois pour avoir sa greffe de rein et, présentement, il est en attente, et ça fait 18 mois. Cette personne-là m'a dit ça, m'a expliqué ça dans un contexte plus large en me disant qu'il avait l'impression qu'avaient changé les conditions au Québec. Et je vais me permettre de vous lire la lettre qu'il m'a envoyée, qui décrit la perception.

Donc, il me dit: «Je remarque qu'il y a moins de greffes qu'auparavant. Les personnes qui signent leur carte de don d'organes de leur vivant, ils sont consentants de leur geste, mais leur famille, sur le coup de l'émotion, change souvent d'idée. Ils ne veulent donc plus donner les organes, et le personnel médical sont obligés de se soumettre à leur décision. C'est malheureux. Il faudrait que le ministre de la Santé intervienne à ce phénomène et que les familles acceptent la décision de la personne décédée qui, elle, était consentante de les donner de son vivant.

«Perdre des organes de nos jours pour un système hospitalier, c'est inacceptable, car il y a un très grand nombre de personnes qui sont sur une liste d'attente, jeunes et moins jeunes; car il y a d'autres personnes qui ne peuvent recevoir une greffe à cause de leur âge ou un gros problème de santé; car il y a le problème, dans certains hôpitaux, ils n'ont pas les ressources nécessaires pour prélever les organes, soit un manque d'argent ou un manque de connaissances.

«Moi, je suis en attente d'une greffe de rein depuis plus de 18 mois, et c'est très long, car la dialyse est un moyen temporaire de survie où on n'a aucune qualité de vie. Le ministre de la Santé devrait passer une loi pour le don d'organes obligatoire.»

Est-ce que... au ministère, vous, est-ce que c'est la perception du citoyen qui a l'impression que, aujourd'hui, on fait moins diligence en fonction des dons d'organes?

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

M. Couillard: Alors, non, on n'a pas l'intention d'introduire un mécanisme de don d'organes obligatoire, pour, finalement, des considérations éthiques. C'est quelque chose dans lequel le consentement de la famille est incontournable, puis on n'a pas l'intention de contourner cette obligation éthique.

Maintenant, le problème que décrit notre collègue est aussi fort préoccupant, parce qu'il y a comme deux phénomènes, là, de société concurrents qui s'ajoutent. Il y a d'une part l'augmentation des incidences ou des indications de greffes rénales. Si je prends juste la greffe rénale comme exemple, il y a de plus en plus de gens sur dialyse, 9 % à 10 % de plus par année. Donc, les gens qui sont potentiellement candidats à la greffe rénale augmentent chaque année. D'autre part, le nombre de donneurs, puis il faut s'en féliciter dans un sens, diminue parce qu'on a de moins en moins de décès sur nos routes au Québec. Alors, les décès par traumatismes routiers étaient une des façons, si je peux m'exprimer ainsi, et elle est plus fréquente, de recruter des donneurs. Et cet événement-là étant devenu plus rare sur nos routes, bien, on a bien sûr moins de donneurs.

Je suppose que le commettant qui vous écrit a exploré la possibilité d'un donneur vivant. C'est quelque chose qui se fait de plus en plus pour pallier à ce problème-là. Lorsqu'on a la chance d'avoir un membre de la famille qui soit proche génétiquement, là, on peut avoir recours à la greffe d'organe chez un donneur vivant, qui a permis à beaucoup de gens d'avoir leur greffe même s'il n'y avait pas de donneur cadavérique disponible.

Pour ce qui est du problème de consentement, lorsque le consentement n'est pas clairement indiqué au

niveau de la carte d'assurance maladie ou dans les papiers personnels de la personne qui décède, là, dans la très grande majorité des cas, contrairement à la perception que la lettre de votre citoyen pourrait laisser entendre, dans plus de trois quarts des cas, la famille donne son consentement. Et, moi, j'ai fait ça, malheureusement, dans ma vie souvent, de demander à des familles, dans le cadre d'un événement tragique, de prolonger la vie en quelque sorte de la personne décédée pour aider quelqu'un d'autre. Donc, en majeure partie, ça se fait bien, le consentement.

Le problème, c'est en amont de ça, c'est l'identification des donneurs en milieu hospitalier. On n'a pas un processus, actuellement, unitaire... ou uniforme, où la personne qui est un donneur potentiel est immédiatement repérée et identifiée. Mais soyons conscients cependant des énormes difficultés éthiques que ça comporte. Si on introduit un mécanisme de désignation et d'identification visuelles ou visibles d'un donneur potentiel à l'arrivée à l'hôpital, vous comprenez bien que la famille du patient qui arrive à l'hôpital ne sera pas tout à fait enthousiaste pour consentir aux soins.

Puis j'ai une anecdote comme ça. Je me souviens, quand je pratiquais à Saint-Luc, il y a un monsieur qui m'a été transféré d'une région que je ne mentionnerai pas pour être certain qu'il ne soit pas identifié. Le médecin me disait: Écoute, il est dans le coma, c'est un don d'organes, on te l'envoie pour ça. Sauf que le monsieur aujourd'hui pratique la profession de dentiste, puis depuis 15 ans, sans aucun problème.

Alors, lorsqu'on développe une attitude de don d'organes extensive et automatique et obligatoire, il faut être conscient des problèmes éthiques considérables que ça soulève et être très, très, très prudent. C'est un des éléments de notre pratique pour lequel il y a une solution qui semble facile à prime abord, mais dont on se rend compte que la solution proposée recèle énormément de pièges et de difficultés.

• (15 h 40) •

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Le temps est écoulé et les 20 minutes, M. le député d'Iberville. Je regrette beaucoup. Je dois passer maintenant à Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Office des personnes handicapées du Québec (suite)

Mme Léger: Merci, M. le Président. J'aimerais revenir sur, particulièrement, la situation de l'Office de la protection. Alors, M. Rodrigue est ici, mais, juste avant, vous me permettez de relever ce que le député de Nelligan a apporté tout à l'heure sur les centres jeunesse, je vais revenir tout à l'heure sur les centres jeunesse d'ailleurs, comme si de 1994 à aujourd'hui il ne s'est pas fait grand-chose.

Alors, vous saurez que je pense qu'on pourrait en discuter pendant de longues heures, de toutes les interventions qui se sont faites préalablement. De diminuer une liste d'attente de 3 000 à 1 000, je pense que c'est majeur. Même s'il y en a encore 1 000 de trop, là, on convient ensemble que ce n'est pas... Toutes les situations qu'on retrouve chez les jeunes actuellement en difficulté, ce n'est pas juste une affaire d'État, ce n'est pas juste une affaire de gouvernement. Il y a d'autres

problématiques plus sociétales qui sont là aussi et qu'on doit tenir compte, que ce soit ruptures, responsabilités parentales, estime de soi, stress de la vie, etc., là, je pense qu'il ne faut pas négliger ces autres aspects-là qui font partie aussi du rôle de la société puis de l'engagement de la société aussi envers nos jeunes.

Rôle

Pour revenir à M. Rodrigue ou M. le ministre, M. le président le permettra, là, j'aimerais revenir sur la mission de l'Office de la protection. Il a été, à notre... Lorsque nous avons quitté, il y avait un projet de loi qui avait été déposé, ce projet de loi là, particulièrement, sur la mission de l'Office. Je sais pertinemment, ayant été responsable de toute l'action communautaire du Québec — on reviendra jeudi — il y a eu quand même beaucoup de transferts d'organismes. Bon. La politique de reconnaissance a fait qu'on s'est dotés d'un trois ans pour faire le transfert des organismes, mais ça s'est fait beaucoup la dernière année particulièrement, dont des organismes, particulièrement, qui oeuvrent auprès des gens handicapés, des personnes handicapées au Québec.

Et ça a amené aussi toute la discussion entre les organismes de défense de droits et les organismes qui ont une expertise et donnent des services à la population, ce que l'Office de la protection aussi a comme mandat. Je pense qu'il y a beaucoup d'interrogations et je pense qu'il y a beaucoup de réflexions qui se sont faites autour de la mission de l'Office: Est-ce que l'Office va continuer à être un office qui va défendre les droits? Est-ce que l'Office va aussi poursuivre... donner, dans le fond, des services ou, bon, être un promoteur de toute la vie de la personne handicapée, et tous les irritants qui viennent autour, aussi?

Alors, c'est sûr que le projet de loi qui devait être déposé a été mort au feuilleton, là. Alors, est-ce qu'il va y avoir suite à ce projet de loi là et est-ce qu'on est un petit peu plus avancés sur comment va être le rôle de l'Office? Est-ce que l'Office va devenir un organisme-conseil? Bon. Quelle est la suite de l'Office?

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

M. Couillard: Alors, je vais débiter puis, s'il y a consentement, M. Rodrigue pourra compléter. Brièvement, pour la question du transfert des organismes communautaires, on sait, je pense que vous y avez fait allusion, la philosophie dans laquelle ce transfert s'est fait: ceux qui sont liés à la protection des droits ou à la valorisation des droits sont transférés au Secrétariat à l'action communautaire, ceux qui sont liés aux services mêmes sont maintenant dans le giron du ministère de Santé et Services sociaux, ce qui explique la grande partie de la diminution de budget de cette mission-là. Ça ne veut pas dire que les services ne sont plus rendus, ils sont juste rendus ailleurs.

Pour ce qui est du projet de loi, c'est le projet de loi n° 155, je crois, auquel vous faites allusion. Est-ce que c'est celui-là? Je pense que oui. Il faut quand même noter que, puis mes collègues qui sont dans cette auguste assemblée depuis plus longtemps que moi pourront en témoigner, il y a eu une habitude de présenter le projet de loi pour les personnes handicapées

juste avant les élections générales puis d'assister à sa disparition au feuilleton, pour le ressusciter, dans la même circonstance, dans le mandat suivant.

Alors, on veut effectivement présenter un projet de loi sur l'OPHQ puis les personnes handicapées. Ce qu'on va faire cependant, si vous me permettez, M. le Président, c'est de bonifier le projet de loi n° 155, parce que la plupart des organismes représentant les personnes handicapées au Québec ont noté qu'il y avait deux aspects assez fondamentaux qui étaient absents du projet de loi. C'est, d'une part, cette préoccupation d'horizontalité ou de préoccupation transversale pour les personnes handicapées dans toutes les actions du gouvernement, un peu à la mesure de ce qu'on retrouve pour la santé publique, par exemple, où on doit vérifier que tous les projets de loi n'entraînent pas d'influences ou de conséquences sur la santé publique. Donc, un, cette préoccupation d'horizontalité de services ou de vérification pour l'impact sur les personnes handicapées. Deuxièmement, la nécessité de réexamen périodique des politiques qui sont mises en place, de façon à ce qu'elles soient constamment bonifiées. Alors, ce sont les deux aspects sur lesquels on travaille actuellement.

M. Rodrigue et l'équipe de l'OPHQ d'ailleurs étaient au ministère, au cours des derniers jours, pour participer aux conversations. Nous, on a l'intention de présenter, effectivement, le projet de loi au début du mandat, de sorte que les chances qu'il soit accepté ou, finalement, adopté par l'Assemblée nationale sont excellentes au cours de ce mandat.

Le Président (M. Copeman): M. Rodrigue, avez-vous quelque chose d'autre à ajouter?

M. Rodrigue (Norbert): Bien, je voudrais simplement ajouter, en ce qui concerne l'horizontalité, bon, c'est d'une importance, je dirais, capitale, parce que la mission de l'Office étant très horizontale. Et les secteurs d'activité multiples qui touchent les personnes handicapées au Québec, évidemment, il faut les couvrir. Il y a aussi la mission de coordination et de concertation que nous pratiquons à l'année longue. C'est aussi une mission importante, et, dans les travaux, on espère qu'on pourra, en ajout à ce que M. le ministre vient de dire, tenir compte de ces volets, là, de coordination et de concertation, au-delà du fait des autres détails, évidemment, sur une mission revue ou réajustée pour le futur.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le président. Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Objectifs en matière d'accès aux services de réadaptation physique (suite)

Mme Léger: Oui, j'aimerais revenir particulièrement sur toute la problématique... bien, en tout cas, certaines problématiques de la déficience physique et intellectuelle. On a commencé à amorcer tout à l'heure, je voulais poursuivre à ce niveau-là.

Dans votre plan libéral, vous avez prévu, dès cette année, qu'on assurera un accès équitable aux services de réadaptation. Vous avez commencé à l'aborder tout à l'heure, M. le ministre, alors j'aimerais ça que vous puissiez élaborer encore un petit plus.

Alors, quelle somme vous allez ajouter cette année? Au-delà de la croissance normale des coûts de système, là, quelle somme vous allez investir, particulièrement, pour assurer cet accès équitable là, promis dans votre plan libéral, et par région évidemment? Ne me dites pas que ça va être pour 2004-2005, parce que la réponse souvent de vos collègues, c'est: On va commencer en 2004-2005. Sauf que beaucoup de vos engagements étaient pour dès cette année. Alors, est-ce qu'il y en a une qui, dès cette année, va commencer, et est-ce que ce sera celle de la réadaptation?

M. Couillard: Il y a plusieurs engagements, effectivement, qui ont été remplis dès cette année. Celui-là, moi, j'ai rencontré les gens, comme je vous disais plus tôt, de l'Association des établissements de réadaptation et je leur ai bien franchement dit que, cette année, on n'était pas en mesure d'assurer les crédits d'augmentation pour les services, et ils ont bien accepté cette réalité-là, compte tenu de la situation budgétaire. Cependant, je leur ai également dit de façon très claire, et c'est un engagement, qu'on va débiter le réinvestissement en réadaptation dès l'année prochaine, dès 2004-2005. On est conscients des besoins. Je vais les répéter parce qu'ils sont importants... qu'on les réalise.

Il y a environ 9 000 personnes sur la liste d'attente des établissements de réadaptation. Ça nécessiterait, d'après les représentants des établissements, une récur-rance supplémentaire de 90 millions de dollars dans le système pour abolir la liste d'attente. Ce qu'on considère, c'est qu'on peut y arriver par tranches au cours du mandat, on peut s'en rapprocher par tranches au cours du mandat, en considérant que chaque 10 millions récurrent d'investissement diminue la liste d'attente de 1 000 personnes, en moyenne. Alors, je pense que c'est une façon très efficace, pour nous, de mesurer la récur-rance et l'efficacité des mesures qu'on propose.

Il y a également un montant qui était classifié comme non récurrent en 2001-2002 et 2002-2003, il s'agit en fait de 8 millions en déficience intellectuelle, et de 7 300 000 en déficience physique, en services, et 2 700 000 en programmes d'aide technique qu'on a rendus récurrents. Alors, il ne s'agit pas d'augmentation de budget comme telle, mais au moins on change la situation de non-récur-rance, donc d'incertitude, en une situation de certitude et de récur-rance. Mais, encore une fois, là, autant je crois que l'investissement en maintien à domicile, en hébergement est une question capitale pour notre système de santé et de services sociaux, autant je suis persuadé que l'investissement en réadaptation, également, est majeur. Mais j'ai préféré ne pas le faire à la pièce cette année, sans avoir développé vraiment d'idée plus globale et de plan pour les prochaines années, et ce sera donc en action dès 2004-2005.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Oui, vous réalisez que... Bon, je suis contente d'apprendre ça, mais vous réalisez aussi que, lorsque nous avons... Comme ministre de la Santé, c'est sûr qu'il y a des engagements électoraux puis que ce n'est pas toujours évident de rendre à terme tous ces engagements-là l'année même. Parce que vous êtes engagé beaucoup dès cette année. Je relève celui-là,

mais il y en a plusieurs autres aussi, que ce soit dans le domaine des services sociaux, particulièrement, qu'on a à réinvestir dès cette année et que vous êtes obligé d'attendre l'année d'après. Alors, c'était simplement pour vous rappeler que vous avez eu des engagements électoraux, d'une part, et que ce n'est pas évident de toujours... l'année en cours, de vouloir réinvestir.

● (15 h 50) ●

Et, même si on n'aime pas entendre parler de ça, il reste fondamental que c'est sûr qu'il y a toujours une discussion que nous avons eue précédemment comme gouvernement mais qui est toujours sur la place publique. Même si c'est un gouvernement libéral qui est là, c'est la souveraineté du Québec, et je sais que je ne peux pas ne pas faire cette session-ci avec vous sans vous parler de la souveraineté du Québec, qui est pour moi un moyen important pour aller chercher les sous dont on a besoin, qui sont les sous des Québécois, à Ottawa. Mais vous aurez l'occasion d'en discuter avec ma collègue de la santé aussi, parce que, toute la relation fédérale-provinciale, je pense qu'il y a beaucoup de dossiers actuellement sur la table. Et je vais laisser ma collègue de vous en parler. Mais je vous prépare mentalement, là, à la suite des choses.

Si vous voulez, j'aimerais...

Le Président (M. Copeman): Considérons-nous préparés, Mme la députée.

Mme Léger: Pardon?

Le Président (M. Copeman): Nous considérons préparés.

Mme Léger: À la souveraineté du Québec, vous voulez dire?

Le Président (M. Copeman): Non, à l'intervention de votre collègue. Surtout pas l'autre. Allez-y, Mme la députée.

Plan d'action en matière de développement social

Mme Léger: Alors, M. le Président, j'aimerais poursuivre avec M. le ministre particulièrement sur le développement social, mandat important dans la santé et services sociaux.

On a eu beaucoup de discussions, j'en ai eu beaucoup, moi, avec mes collègues, à l'époque, particulièrement dans le dossier de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, tout l'apport et toute, je pourrais dire, l'approche du développement social au Québec. Il y a eu des forums qui se sont faits pendant les dernières années. Il y a eu des choses extraordinaires qui ont été relevées de tous ces forums-là. Les gens qui se sont impliqués, qui sont intervenants et qui se sont engagés dans les différents forums attendent beaucoup de la suite des choses du développement, tout le développement social au Québec.

Particulièrement à Montréal, je peux vous dire, comme députée de Montréal... Tout se fait quand même à travers le Québec, mais je veux dire, comme députée de Montréal, je pourrais dire, on m'aborde beaucoup sur

la suite des choses du développement social, et particulièrement avec le contrat de ville que nous avons fait précédemment avec la ville de Montréal, donc tout l'apport des municipalités dans cette suite de choses, dans la suite de plans d'action qui relèvent du développement social du Québec.

Nous avons investi certains montants d'argent, particulièrement du Fonds de lutte à la pauvreté, par le contrat de ville de la ville de Montréal, mais tout ça dans un contexte de réajuster et de revoir toutes les pratiques à Montréal, particulièrement dans le développement social de Montréal, mais tous les problèmes d'itinérance, prostitution, etc. Donc, j'ai eu beaucoup de discussions avec le maire à l'époque, beaucoup de discussions avec ma collègue de la Solidarité sociale aussi, à l'époque, et même, comme mon collègue de la Santé et Services sociaux, pour voir la suite des choses particulièrement à Montréal, d'une part. Mais ce que je vous apporte, c'est surtout au Québec.

Si j'ai entendu... J'ai entendu certains de vos collègues, particulièrement le ministre des Affaires municipales... de donner suite et ne pas donner suite au contrat de ville. C'était un moyen qu'on trouvait important pour pouvoir camper, que ce soit le développement économique, culturel, touristique, mais aussi toute la partie du développement social dans les municipalités au Québec. Alors, comment, vous, comme ministre de la Santé et des Services sociaux, vous allez poursuivre toute cette réflexion et tout cet avancement-là que nous avons au Québec dans le développement social, d'une part, et comment vous allez l'acquiescer et le camper? Que, nous, nous avons fait par les contrats de ville. Et comment, vous, vous allez le faire pour faire la suite des choses, et particulièrement à Montréal, suite à toutes les problématiques d'itinérance, de prostitution, et tout?

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

M. Couillard: Les contrats de ville, vous me permettrez de vous référer à mon collègue des Affaires municipales. Mais, quand même, je peux faire quelques commentaires là-dessus, étant moi aussi un député de Montréal, du comté de Mont-Royal, qui, contrairement à certaines idées reçues ou préjugés, n'est pas un comté uniformément peuplé de gens économiquement favorisés. Il y a le quartier Côte-des-Neiges de Montréal, qui fait partie du comté de Mont-Royal, où il y a 107 ethnies différentes, qui est un des endroits les plus pauvres au Québec. Alors, je suis très bien sensibilisé à ce que vous dites.

Ce que j'ai fait, moi, à titre de député, puis on a les mêmes préoccupations, c'est que, lorsque j'ai des conversations avec mes collègues des autres ministères, je m'assure que les missions qui étaient destinées aux plus démunis d'entre nous sont préservées, quelle que soit l'étiquette globale ou la façon dont on l'appelle, contrat de ville ou autre, que certaines missions spécifiques pour les gens vraiment dans le besoin ne soient pas pénalisées. Et, jusqu'à maintenant, c'est l'assurance qu'on m'a donnée parmi mes collègues, que ces projets spécifiques ne seraient pas touchés, autant les projets de CPE pour les centres dans les quartiers démunis, pour les immigrants, que pour le programme quartiers sensibles qui devrait pouvoir être reconduit. Mais, évidemment,

mon degré d'expertise dans ce dossier-là d'affaires municipales est très limité, puis vous me permettez encore une fois de vous référer à mon collègue pour plus d'informations.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Vous ne vous en sauvez pas, M. le ministre, parce qu'il y a quand même toute l'approche du développement social. Effectivement, le contrat de ville et tout cet aspect-là qui touche la municipalité, c'est votre collègue. Par contre, vous, vous êtes membre d'un conseil des ministres, et il y a des discussions qui se font d'une façon plus intersectorielle, que ce soient les comités ministériels en développement social, les comités ministériels de toute l'approche sociale d'un gouvernement. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, c'est important; vous avez sous votre gouverne le Conseil de la santé et du bien-être, qui a travaillé étroitement avec toute l'approche que nous pouvons avoir dans le développement social au Québec.

Alors, ce qui m'inquiète, c'est que... C'est sûr qu'on peut investir, qu'on peut avoir des approches, on peut avoir des politiques, particulièrement, mettons, sur l'itinérance, particulièrement sur la prostitution, particulièrement sur des aspects bien précis, dans des domaines, des secteurs qu'on connaît tous en services sociaux. Par contre, il y a une approche globale qui est importante, et c'est ce qu'on retrouve dans les contrats de ville, puis que, lorsqu'on parle particulièrement d'une approche du développement social, d'une approche de services aux gens, il n'y a que, je pourrais dire, cette philosophie-là.

Alors, j'aimerais vous entendre sur, particulièrement, le développement social. Si ce n'est pas par les contrats de ville, comment vous allez... Soit à Montréal ou soit ailleurs, comment la Santé et Services sociaux va vouloir donner encore un coup de pouce, davantage, pour le développement social du Québec?

Le Président (M. Copeman): Alors, une vaste question, M. le ministre.

M. Couillard: Oui. Alors, les contrats de ville, encore une fois, là, on les a discutés dans les médias et ailleurs. Moi, je suis le président du Comité ministériel de développement social, de sorte que je suis très au courant des projets qui sont présentés, et on y veille toujours. Il y a autour de la table plusieurs personnes qui sont fort, je dirais, concernées par le problème du développement social ou des besoins en milieu défavorisé. La ministre des Relations avec les citoyens, de l'Immigration, le ministre du Travail, le ministre de la Solidarité, tous ces gens-là sont autour de la table et évaluent chaque projet à son mérite pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'effets, là, imprévus sur les gens les plus défavorisés.

Pour ce qui est des contrats de ville, le seul commentaire que j'ai, puis ça rejoint également certains engagements qui avaient été pris par le précédent gouvernement, immédiatement avant l'élection, en santé et services sociaux, c'est, lorsque des engagements reposent sur de l'argent qui n'est pas véritablement là, c'est à la limite du cynisme. Moi, je l'ai vu dans plusieurs

endroits où on avait garanti ci, on avait garanti ça, on avait promis ça, puis l'argent est là, l'argent est là, puis, finalement, non, il n'est pas là, l'argent. Alors, ça, ce n'est pas... je dirais que ce n'est pas une façon de procéder qui est particulièrement reluisante et qu'on espère qu'on n'imitera pas au cours des prochaines années. Je pense qu'il faut en garder une leçon.

Mais, si vous voulez savoir si le ministre de la Santé et des Services sociaux est préoccupé par l'intersectorialité, la discussion de tous les projets en lien avec le développement social, la protection des gens les plus démunis et les autres, les analyses donc de tous les projets dans cette optique-là, oui, bien sûr, ça fait partie de mon rôle, puis je l'assume. J'espère que ça vous rassure, madame.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Je suis sceptique, là. Vous m'amenez dans cette branche-là de scepticisme, parce que la Santé et Services sociaux... Le ministère de la Santé et Services sociaux a été le porteur de toutes, je pourrais dire, les approches qui ont été faites les dernières années sur le développement social. Parce qu'on est, je pourrais dire... Même si le Québec est un endroit dans le monde où il fait bon vivre, même s'il est un endroit dans le monde où on est avancés puis, je pourrais dire, qu'on a certaines politiques qui sont très progressistes, il reste que c'est assez important que le ministre de la Santé et Services sociaux puisse donner un aval pour faire la suite des choses dans le développement social du Québec. Il y a le Conseil de la santé et du bien-être qui a été partie prenante dans toute cette démarche-là de davantage amener les gens. Bon. Il y a eu beaucoup d'exercices de citoyenneté, les gens se sont beaucoup impliqués dans les forums de développement social, et je sais qu'ils s'attendent à plus encore du ministre de la Santé et des Services sociaux. Donc, ce que je comprends, c'est que vous avez le mandat, vous êtes responsable, mais je ne vois pas de vision, là, je ne vois pas de suite des choses que vous nous apportez aujourd'hui dans le développement social du Québec.

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

M. Couillard: Bien, je pense que c'est un raccourci un peu tendancieux, là, M. le Président, quand même, de dire qu'on n'a pas de vision. Au contraire, on la démontre, notre vision, avec tous les projets, je dirais, d'amélioration, d'accessibilité, de qualité des services un peu partout au Québec, dans tous les domaines, autant en santé qu'en services sociaux. Et d'associer ça à l'étiquette du contrat de ville, encore une fois, c'est tirer l'élastique un peu. Le contrat de ville, c'est un moyen que, vous, vous avez choisi pour remplir les objectifs, mais il existe certainement d'autres moyens d'arriver aux mêmes objectifs. Et c'est ça qui compte en finalité, c'est qu'est-ce qu'on a accompli pour les gens qu'on a la responsabilité de servir. Et, ça, je répète mon engagement de le faire puis de maintenir, je dirais, ce rôle de surveillance étroite des conséquences des actions gouvernementales chez les gens les plus démunis de notre société.

● (16 heures) ●

Le Président (M. Copeman): Il vous reste 30... En fin de compte, il vous reste très peu.

Mme Léger: Je vais conclure. Je vais conclure, M. le ministre, qu'on reviendra l'année prochaine sur le développement social. Je vais vous regarder aller cette année, particulièrement dans cette approche-là. Et on va revenir tout à l'heure dans la lutte à la pauvreté, particulièrement.

Le Président (M. Copeman): Je viens d'apprendre, M. le ministre et chers collègues, que les chronomètres ont souvent des petites alarmes à la fin. Alors, on vient d'apprendre tous quelque chose.

Financement de l'École orale de Montréal pour les sourds

C'est à mon tour de poser quelques questions au ministre de la Santé, et en particulier, M. le ministre, sur un dossier qui est particulier, qui est celui de l'École orale de Montréal pour les sourds. Je vois déjà M. Rodrigue sourire parce qu'il est bien au fait du dossier. Là, encore une fois, c'est un dossier que j'ai soulevé à plusieurs reprises dans l'opposition. Je vous situe rapidement, M. le ministre, parce que j'aime ça déclarer des intérêts immédiats: je suis membre du conseil d'administration de ladite école et je suis président par intérim de sa Fondation. Alors, toutes les cartes sont sur la table. Qu'on se comprenne bien.

M. le ministre, il y a une situation particulière avec l'École orale de Montréal pour les sourds. L'École est une école privée conventionnée, c'est-à-dire il rentre... c'est une école privée qui a des contrats de services avec des commissions scolaires publiques pour fournir des services à des enfants qui ont des déficiences auditives soit dans les classes régulières des commissions scolaires ou, même, l'École a également des enfants qui fréquentent des classes à l'école même dont les difficultés... la déficience auditive est plus élevée.

L'École, par contre, fournit d'autres services, et c'est là où s'en vient la difficulté. L'École a également un programme qu'ils appellent parents-enfants, qui touche les enfants 0-2 ans. Et ce programme fait de la stimulation précoce, des visites à la maison, à des familles qui ont des enfants avec déficience auditive. Ils ont un groupe de jeu et ils font des... ils donnent des services audiologiques aussi. Vous n'êtes pas sans savoir, M. le ministre, que, si on peut découvrir chez les enfants et intervenir chez les enfants qui ont des déficiences auditives en très bas âge, rapidement on peut pallier à cette déficience dans le plus long terme et on peut les épargner... à des difficultés rendus à l'âge scolaire.

Compte tenu qu'il s'agit des enfants zéro à deux ans, le ministère de l'Éducation du Québec, qui est le bailleur de fonds normal et principal de l'École, ne finance pas ce programme-là. Et je peux comprendre la logique, ils disent: Notre mandat, c'est d'intervenir auprès des âges... des enfants d'âge de quatre ans et plus. Même, il y a une exemption pour l'École orale, ils reçoivent du financement, pour les enfants de trois ans, du ministère de l'Éducation, mais rien pour les 0-2. La valeur de ces services-là qui sont rendus à une vingtaine

d'enfants se situe autour de 125 000 \$ par année. C'est-à-dire que l'École débourse 125 000 \$, avec aucun financement gouvernemental, afin de donner des services à ces enfants-là.

En parallèle avec ça, l'École fournit également des services qui sont vraiment propres à un centre de réadaptation, à vrai dire. Et ils fournissent des services de réadaptation suite à un implant cochléaire. Et là l'École est rendue à peu près une quarantaine d'enfants. Ils font le «mapping» suite à une implantation cochléaire qui se fait ici à Québec. Mais, pour les enfants de Montréal, c'est l'École orale de Montréal pour les sourds qui fournit ces services de réadaptation.

À chaque fois que j'ai posé des questions à vos prédécesseurs titulaires, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le ministre délégué aux Services sociaux, et/ou les prédécesseurs du ministre actuel de l'Éducation, je me suis toujours fait dire: L'École étant un établissement d'enseignement, une école, le ministère de Santé et des Services sociaux a beaucoup de difficultés à financer. Quand je vais au ministère de l'Éducation, au ministre de l'Éducation, par le passé, le ministre de l'Éducation m'a toujours dit: Ce sont les enfants de 0-2, le ministère de l'Éducation ne finance pas les programmes pour les enfants 0-2.

Quand on s'en va voir l'OPHQ, le président-directeur général nous dit qu'il travaille le dossier, fait le suivi, travaille avec la Régie régionale. Quand on s'en va voir la Régie régionale, eux autres, ils nous disent: Bien, effectivement, c'est le Centre Mackay qui a le mandat de faire de la réadaptation auprès des enfants avec difficultés... avec déficience auditive. Sauf que le Centre de réadaptation Mackay n'a pas autant d'expérience dans le domaine de la langue orale. Et je fais la distinction pour vous, M. le ministre. Le Centre Mackay a développé beaucoup d'expérience dans la langue de signes mais a très peu d'expérience dans la langue orale, c'est-à-dire essayer d'apprendre aux enfants à utiliser ce qui reste de leurs capacités auditives pour communiquer avec des gens verbalement. Parce qu'on sait bien que, si on est malheureusement limité à la langue de signes, ça limite beaucoup, à moins qu'on ait un interprète avec nous à temps plein, ça limite beaucoup la capacité d'interagir, d'agir avec d'autres personnes.

Alors, avec le programme d'implantations cochléaires et avec le programme parents-enfants, l'École est obligée de faire des levées de fonds et de déboursier à peu près 200 000 \$ par année pour fournir des services qui, normalement, devraient être déjà fournis par l'État. Et je ne vous demande pas de corriger une situation qui existe depuis fort longtemps. Ça m'aurait étonné même que vous me disiez aujourd'hui: J'ai la réponse à ça. Mais je dois vous dire, M. le ministre, que, en tant que député, en tant que personne intéressée, je commence à avoir une certaine impatience pour la même réponse que j'ai eue depuis maintenant six ans, c'est-à-dire: Ce n'est pas mon problème, c'est le problème de l'autre. C'est le problème de quelqu'un d'autre. C'est le problème du Centre Mackay. C'est le problème de la Régie régionale. À vrai dire, là, ça n'avance pas beaucoup le cas des enfants qui sont aux prises avec cette situation.

Alors, moi, je partage l'enthousiasme de mon collègue le député de Nelligan. Je suis convaincu qu'il y a une solution à cette situation-là et je suis convaincu

que, d'ici un certain temps, nous serons capables de travailler ensemble pour trouver la solution qui, malheureusement, nous a échappé depuis un certain nombre d'années, dans le passé récent. Alors, à vous, M. le ministre.

M. Couillard: Merci, M. le Président...

Le Président (M. Copeman): Ça me fait plaisir.

M. Couillard: ...pour cette présentation fort éloquente. Je vois trois aspects dans le problème que vous discutez aujourd'hui... ou que vous nous décrivez aujourd'hui, et je pense qu'il faut être prudent dans la façon dont on aborde le problème, de façon à ne pas poser, encore une fois, de gestes inconsidérés ou de prendre position dans une situation qui n'est pas l'objet actuellement d'un consensus d'un côté ou de l'autre.

Il y a le premier, là, ce que j'appellerai la querelle de chapelles ou d'écoles en général, dans le sens plus large du mot «école», pour ce qui est de la réadaptation des personnes malentendantes, entre ce qu'on appelle l'école oraliste puis l'école gestuelle. Alors, l'école dont vous parlez, je pense, a une approche surtout vers l'approche oraliste, tandis que le Centre Mackay a une approche double: oraliste ou gestuelle. De sorte que, là, il y a une querelle... ou je ne sais pas s'il y a vraiment une querelle mais une opposition de méthodes, que je ne pense pas être en mesure aujourd'hui de trancher puis que je ne pense pas qu'il soit le but d'ailleurs du gouvernement non plus de trancher actuellement.

Deuxièmement, il y a la question du bassin de desserte. On a une population là qui est en nombre limité. Est-ce qu'il est nécessaire d'avoir deux institutions qui offrent les services? Donc, la duplication de services, c'est un élément également à considérer.

Troisièmement, puis là je réalise que, pour vous, ça peut être la poule et l'oeuf, c'est-à-dire que ce que je vais vous présenter comme un problème peut être le résultat du problème que vous me soulevez, c'est qu'il y a souvent des interruptions de services pendant la période estivale à l'École orale de Montréal pour les sourds, qui fait que les gens qui sont suivis particulièrement dans un contexte d'implants cochléaires, bien, se trouvent en interruption de services pendant la période estivale.

● (16 h 10) ●

Mais je réalise que tout ça, aucune de ces objections n'est une objection fondamentale et absolue. Je pense que, compte tenu du fait que vous nous décrivez que le problème évolue depuis des années et que vous n'avez jamais eu de réponse satisfaisante, moi, ce que je pourrais vous dire, c'est que je vais faire le point sur la question avec et la Régie régionale de Montréal et l'OPHQ pour évidemment comprendre, là, parce que, je comprends, jusqu'à maintenant, la Régie régionale de Montréal vous a toujours refusé le financement demandé. C'est ce que je comprends de votre intervention. Alors, je veux comprendre les raisons pour lesquelles cette position a été prise et s'assurer comment elle s'inscrit dans les trois éléments

que je vous ai décrits. Par la suite, on verra quelle est la solidité de ladite décision. Puis je ne voudrais pas présumer actuellement de l'orientation définitive qu'on prendra dans ce dossier-là.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, pris en vase clos, tous les obstacles dont vous nous avez mentionnés sont très logiques, c'est-à-dire la Régie nous dit encore une fois: C'est une école, et la Régie a une certaine réticence, qu'on peut comprendre, de vouloir financer une école quand leur mandat est de faire affaire avec les établissements de santé, incluant les établissements de réadaptation. Les deux ministères, je peux comprendre également leur réticence: une du côté de la Santé qui me dit: Ce n'est pas vraiment mon rôle de financer une école; l'autre bord, on a le ministère de l'Éducation qui dit: C'est mon rôle de financer une école, mais ce n'est pas mon rôle de financer les enfants de 0-2 ou les enfants qui reçoivent des services de réadaptation.

Oui, il y a un aspect de... moi, je ne dirais pas duplication mais au moins il faut s'assurer la complémentarité des services. Et, à date, je peux vous assurer que les services sont pas mal complémentaires, dans le sens que le Centre de réadaptation Mackay, qui a le mandat de donner des services aux anglophones avec des déficiences auditives, a une expérience dans la langue gestuelle mais n'a pas nécessairement la même expérience dans la tradition oraliste.

Et ce n'est pas peut-être à nous de trancher, mais, d'une certaine façon, beaucoup de parents ont déjà tranché, c'est-à-dire ils sont exposés... Dès le diagnostic de difficulté... de déficience auditive, ils sont orientés, dans la plupart des cas, vers les deux établissements, parce que, effectivement, on veut donner le choix aux parents. Ce n'est pas... Et, souvent, le diagnostic, la référence vient de l'Hôpital de Montréal pour enfants, qui dit: Allez voir au Centre Mackay, aller voir à l'École orale de Montréal pour les sourds et décidez vous-mêmes quel est le programme qui est le plus... qui répond plus à vos préoccupations et à vos besoins. Et je dois vous dire qu'un grand nombre de parents avec enfants avec déficience auditive font le choix d'utiliser les services de l'École orale de Montréal pour les sourds.

Et là, je termine là-dessus et je mets mon chapeau de président par intérim de la Fondation, ça revient à l'École et à la Fondation d'aller chercher 200 000 \$ par année pour continuer à donner ces services-là. Vous avez une certaine expérience dans les levées de fonds, M. le ministre. Nous avons tous de l'expérience dans les levées de fonds. Ce n'est pas quelque chose qui est facile, qui se fait à l'École orale de Montréal pour les sourds et la Fondation presque exclusivement par des bénévoles. Et le résultat de tout ça, c'est que l'État québécois, l'État québécois, comme on dit en anglais, «writ large», a le beau jeu, parce que ces services sont fournis, mais ils ne sont pas payés par l'État, pour l'instant.

Alors, ça aussi, ça a un certain attrait pour le président du Conseil du trésor, pour, peut-être, le ministre de la Santé, peut-être pour le ministre de l'Éducation, peut-être pour le président-directeur général de la Régie régionale, mais je vous signale que le

fardeau de fournir ces services-là reste sur une école privée conventionnée qui, à vrai dire, n'a pas le mandat de faire ce qu'on fait dans sa mission mais qui le fait parce que la demande est là pour donner ces services-là. Et je pense que c'est le but qu'on recherche, tout le monde ensemble, c'est de s'assurer une bonne livraison de services par les moyens les plus efficaces pour les gens qui sont dans le besoin.

Alors, je vous remercie beaucoup de votre ouverture. Je suis persuadé que nous pouvons travailler ensemble pour tenter de trouver un dénouement à cette situation. M. le ministre.

M. Couillard: Alors, je partage effectivement votre préoccupation puis, je dirais, la sympathie que je ressens pour les parents qui sont devant la situation où un enfant est identifié comme ayant un problème d'audition, là, la détresse profonde dans laquelle ça doit les plonger, puis bien sûr la recherche de solutions pour améliorer le sort de leur enfant. Ce que je retiens de votre dernière explication, et puis là je dirais que c'est l'élément que je vais vouloir faire clarifier par le ministère et la Régie régionale, c'est le fait que, d'après vos dires, il y a un hôpital public qui réfère les gens là pour obtenir des services.

Le Président (M. Copeman): Bien sûr.

M. Couillard: Et là j'ai un problème avec la cohérence entre cette référence et l'attitude de la Régie régionale que je vais vouloir clarifier plus spécifiquement, probablement, pour la question des implants cochléaires.

Le Président (M. Copeman): C'est un bon point, M. le ministre. Je pense que ce serait un moment opportun de prendre une petite suspension de cinq minutes, êtes-vous d'accord? Ça pourrait permettre au ministre de continuer à réfléchir sur la question. Alors, à 16 h 20.

(Suspension de la séance à 16 h 16)

(Reprise à 16 h 25)

Le Président (M. Copeman): Si vous voulez bien prendre place, la commission reprend ses travaux. Je vous avise, suite à cette suspension de cinq minutes qui est devenue 10, que nous avons maintenant un retard de 13 minutes. Et, selon l'entente prévue ce matin, en principe, on va le reprendre aujourd'hui, c'est-à-dire que nous allons dépasser, de consentement avec les membres de la commission, 18 heures, jusqu'à 18 h 13. Alors, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles, la parole est à vous.

Centres jeunesse

Diminution des listes d'attente (suite)

Mme Léger: Merci, M. le Président. Chiffre 13, c'est inquiétant. Je veux discuter avec M. le ministre, M. le Président, particulièrement des services aux jeunes en

difficulté. On a abordé les centres jeunesse tout à l'heure, je vais poursuivre encore dans ce sens-là. Les services aux jeunes sont aussi, encore une fois, de deux ordres, celui préventif, qui se vit particulièrement dans les écoles ou au sein des familles, avec un support qu'on peut avoir des CLSC ou des centres jeunesse, mais il y a aussi le volet curatif, que le député de Nelligan avait un petit peu abordé tout à l'heure, les ordonnances du Tribunal de la jeunesse, et ainsi de suite.

J'aimerais revenir... Dans votre programme Partenaires pour la santé, vous engagez à réinvestir afin d'augmenter le nombre d'intervenants dans les centres jeunesse et de réduire aussi les délais d'attente. C'est une de vos priorités. Quelle est... Pouvez-vous me dire, m'indiquer quelle cible de diminution vous voulez... vous avez en tête, particulièrement, en tout cas, pour 2003-2004, là?

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

M. Couillard: Alors, pour les intervenants, évidemment ça va à plus long terme que 2003-2004, là, la cible qu'on s'est donnée, c'est le nombre d'enfants ou de jeunes par intervenant, qui est actuellement à 27, en moyenne, là, c'est une moyenne, selon les régions, ça peut varier. On voudrait descendre ce chiffre-là, diminuer ce chiffre-là à 16 enfants. Alors, ça, c'est la cible pour, je dirais, la lourdeur de la tâche des intervenants.

Pour la liste d'attente... puis c'est difficile pour moi de chiffrer les objectifs. Ce que je penserais faire plutôt, qui me semblait plus logique de faire, Mme la députée, c'est de voir les résultats que notre action de cette année va avoir en termes de diminution des attentes, d'avoir une sorte de relation entre l'investissement puis l'effet sur la liste d'attente. Parce que, comme il n'y a pas eu d'effet vraiment concentré... Je suis d'accord qu'il y a déjà eu des choses de faites dans les centres jeunesse et je ne suis pas en train de nier ce que vous avez dit tantôt, mais il y a rarement eu une action aussi isolée et concentrée sur la liste d'attente, de sorte que c'est difficile d'établir une adéquation entre l'investissement et l'effet sur la liste, comme on peut le faire par exemple pour les réadaptations physiques.

Alors, je verrai à la fin de l'année quel effet notre investissement a eu sur la liste d'attente et là je me chifferrais à ce moment-là un objectif pour les prochaines années. Parce que c'est difficile pour moi de vous dire déjà, de vous prédire, puis je risquerais de me tromper en le faisant, que l'investissement pour les listes d'attente, le 50 % qu'on met sur les listes d'attente cette année va diminuer les listes d'attente de combien exactement, parce que, simplement, ça va varier énormément selon les régions, je pense.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Augmentation du nombre d'intervenants

Mme Léger: Alors, il y a une diminution au niveau des listes d'attente que vous allez regarder la résultante de ça au fil des prochains mois. Mais combien d'intervenants de plus vous allez y mettre? Parce que ce n'est pas tout de descendre les listes d'attente, il faut aussi... Vous parlez de 27 à 16. Vous allez attendre les

prochains mois pour faire cet investissement-là de ressources?

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

M. Couillard: Oui. L'investissement nouveau pour les intervenants va s'ajouter. Cette année, on a décidé d'intervenir spécifiquement pour deux choses: les listes d'attente et l'inéquité interrégionale.

L'investissement pour les intervenants... Parce que c'est certain que, si on diminue le ratio, il faut soit agir sur le numérateur soit sur le dénominateur. On ne diminuera pas nécessairement le nombre de signalements, on est d'accord là-dessus, de sorte que ce qu'il faut avoir, c'est plus d'intervenants, donc plus de formation. C'est des formations au niveau universitaire en général, de sorte qu'il y a certainement un délai entre le moment où on décide d'augmenter le nombre de gens en formation puis le moment où ces gens-là sont en fonction. Donc, il faudrait que, dès l'an prochain, on se fixe une cible pour le nombre d'intervenants de plus qu'on veut former, de sorte que, d'ici trois ou quatre ans, on ait descendu notre nombre d'enfants ou de jeunes par intervenant au niveau que j'ai indiqué tantôt.

Mais, encore une fois, je pense qu'il était important, dès cette année, de corriger la question de l'équité interrégionale. Moi, j'ai été frappé, là... — puis je sais que madame qui est assise à côté de vous vient de la région en question. Quand j'ai visité plusieurs régions du Québec pendant la campagne, je suis allé au Centre jeunesse de Lanaudière. Puis je savais que ça allait mal, mais voir ça, c'est très difficile de voir ces jeunes-là, comment ils sont pris actuellement. Puis j'espère qu'avec ce qu'on fait, au moins avec l'argent que Lanaudière, Montérégie reçoivent, on va au moins améliorer la qualité des services à court terme.

● (16 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, Mme la députée de Terrebonne.

Répartition du budget entre les régions

Mme Caron: Juste très brièvement. Effectivement, au niveau de la région de Lanaudière, quand on parle de financement au niveau de l'équité, ça touche l'ensemble des services de santé et services sociaux. Mais je tiens à préciser qu'à deux reprises, au moins, au cours des dernières années, dans le dernier mandat, je dirais, parce qu'il y en a eu, des investissements, aussi dans le mandat précédent, directement au niveau des centres jeunesse, nous avons investi à deux reprises 5 millions de dollars. Cette année, vous nous parlez d'un investissement de 1,7 million, mais il y a eu des investissements de 5 millions.

Ce qu'il ne faut pas oublier, dans la région de Lanaudière, c'est que c'est une région en croissance démographique constante. Depuis la fin des années soixante-dix, début des années quatre-vingt, c'est une croissance démographique constante. Donc, même si on réinjecte des montants, notre croissance étant tellement grande, tellement forte, c'est évident qu'on se retrouve toujours avec un problème d'inéquité.

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

M. Couillard: Lorsque je suis allé à Lanaudière — malheureusement, on n'a pas gagné autant de comtés dans cette région que nous l'euissions espéré, ce sera peut-être mieux la prochaine fois...

Mme Caron: Vous n'en avez aucun.

M. Couillard: ...mais on va se reprendre, là, on est des gens déterminés puis persévérants, vous savez — j'ai rencontré une coalition de citoyens qui a un fort joli nom, à Joliette, qui s'appelle Tannés d'attendre, là, des gens, effectivement, qui agissent sur l'équité inter-régionale. Et ce qu'ils me disaient, c'était exactement ce que vous dites, tout à fait juste: l'augmentation de la population qui n'arrive jamais à être compensée par l'augmentation d'investissement qu'on fait. Cependant, la logique qu'on leur sert ou qu'on leur servait jusqu'à maintenant lorsqu'ils se plaignaient de l'inéquité inter-régionale, c'est de leur dire: Écoutez, vous n'êtes pas si en inéquité que ça parce que, dans le fond, votre monde va se faire traiter à Montréal. Alors, comprenez-vous le double langage ou le langage accéléré?

Mme Caron: Non, ils ne se faisaient pas dire ça. Ils ne se faisaient pas dire ça.

M. Couillard: Alors, bien, c'est ce que les gens se faisaient répondre. Et puis là je transmets ce que la Coalition tannés d'attendre me disait, puis vous pourrez vérifier auprès d'eux, je suis certain que vous êtes familière avec ce groupe-là.

Mais, moi, je comprends que ça leur a été dit, parce que c'est effectivement la logique historique dans laquelle on est actuellement: les régions urbaines à forte densité surfinancées par rapport aux régions, même périphériques ou très proches, à cause de la logique qui dit que, de toute façon, les gens qui sont là vont se faire traiter à Montréal, de sorte qu'on perpétue l'inéquité en continuant ce système-là. D'où l'urgence d'introduire un mode de financement et d'allocation des ressources basé sur la population.

Et là vous avez raison, Lanaudière, qui est une des deux régions cibles, si effectivement la démographie est galopante à ce point-là... D'ailleurs, il faudrait donner la recette aux autres régions du Québec pour qu'on rattrape le retard de naissances qu'on a ailleurs. Il y a peut-être quelque chose dans l'air ou dans l'eau, là, vous nous le direz. Mais certainement que c'est la beauté naturelle des sites de Lanaudière qui incite les gens à venir s'y installer.

Mme Caron: Ah! c'est la chaleur des gens.

M. Couillard: Oui. De sorte que, là, on pourra effectivement vérifier si les investissements qu'on fait en termes populationnels vont être suffisants. Parce que, là, il faut bien vérifier la population en question. Puis il peut y avoir un «gap» — passez-moi l'expression anglaise — entre le moment où on fait l'évaluation initiale de la population, une croissance de la population qui perpétue encore le sous-financement. Mais je ne vois pas de solution vraiment, là, à moins de pouvoir compter les gens en temps réel, ce qui ne m'apparaît, là, pas réaliste. Ça me paraît peu probable qu'on puisse faire ça. Peut-être

avec un satellite, on pourrait, là, compter les gens dans Lanaudière de façon quotidienne ou presque.

Mais, trêve de plaisanterie, là, je pense qu'il est essentiel de ramener... C'est un argument très fort, ça, pour montrer qu'il est essentiel de ramener notre philosophie de financement, à partir de la position historique qu'elle est actuellement, vers une position plus basée sur la population, en faisant bien soin par contre d'éviter les biais. Parce que les biais sont connus, parce qu'il y a beaucoup d'autres pays puis d'autres régions qui ont essayé... pas essayé, qui ont implanté le mode de financement per capita, puis les biais en sont connus maintenant. On n'a pas tenu compte du vieillissement... de l'âge moyen de la population. On n'a pas tenu compte de l'état socioéconomique, le niveau de pauvreté, qui est un élément constant de détermination du niveau de santé. On n'a pas tenu compte de l'éloignement, de la densité de population. On n'a pas tenu compte du fait qu'on a assuré ou non des services suprarégionaux. Alors, tout ça, il faut vraiment l'intégrer dans le mode de financement.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Oui. Je ne voudrais pas crever la bulle du ministre, dans le sens que ça fait bondir un peu l'ancienne chef de cabinet de votre prédécesseur le ministre de la Santé et des Services sociaux, concernant le rétablissement, que vous dites, de l'équité interrégionale, comme si, parce qu'il y a un gouvernement libéral qui arrive, il y a une équité interrégionale qui... un plan qui vient... du jour au lendemain, comme ça, là, qui arrive. Je tiens à vous rappeler que ça a été commencé par le gouvernement précédent. Alors, ça va calmer un peu l'ancienne directrice de cabinet, à côté, qui bondit à chaque fois que vous dites que «nous allons maintenant faire». Ça a déjà commencé. On n'a pas terminé évidemment parce que, bon, effectivement, il y a une tradition, il y a des positions historiques, et puis ça doit se faire graduellement.

M. Couillard: Il est arrivé un petit incident. Le 14 avril, il s'est produit un petit incident également qui fait que vous n'avez pas pu continuer beaucoup, là.

Mme Léger: Que vous considérez un gros incident, là. Mais on va être là pour vous rappeler qu'on existe toujours.

Le Président (M. Copeman): Je partage cette analyse, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles. Allez-y avec votre intervention, s'il vous plaît.

Mme Léger: Vous n'avez pas votre droit de veto tout de suite, là, vous, là.

Le Président (M. Copeman): Non, pas tout de suite, madame.

Aide aux CLSC pour le suivi des jeunes en difficulté

Mme Léger: Alors, je veux poursuivre. Tout à l'heure, ce qu'on parlait pour les cibles de diminution,

est-ce que, dans vos prévisions par rapport aux jeunes, il y a... vous allez octroyer aux CLSC, d'une part, qui agissent, dans le fond, en prévention, d'une part, puis qui vont venir faire le suivi dans la communauté pour aider les jeunes en difficulté? Alors, est-ce que vous avez une préoccupation aussi à venir en aide aux CLSC à ce niveau-là?

Le Président (M. Copeman): Alors, les préoccupations du ministre.

M. Couillard: Bien, c'est certain qu'encore une fois on se ramène au rôle des CLSC. Nous, on a l'intention de consolider et de confirmer tout le rôle psychosocial des CLSC à l'intérieur de notre nouveau mode de fonctionnement. Ce n'est certainement pas l'ambition ni du ministre, ni du sous-ministre, ni de tout l'appareil, actuellement, gouvernemental qui travaille sur la régionalisation de retirer ce mandat-là aux CLSC. Même, au contraire, on va le consolider. On pourrait même y ajouter des éléments, comme, par exemple, la certification des résidences privées et d'autres éléments de ce type-là qui sont encore un peu vagues. Mais là je tiens à rassurer encore une fois le réseau des CLSC que son mandat, à mon avis, va être renforcé et pérennisé, si je peux passer l'expression, par notre mode de gestion.

Mme Léger: Votre sous-ministre sera là, vous m'avez rassurée tout à l'heure. Ça fait que...

M. Couillard: Bien, vous lui demanderez des histoires sur la naissance des CLSC, il pourrait certainement vous en conter des vertes et des pas mûres là-dessus.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Effets des coupures dans les commissions scolaires sur l'aide aux jeunes en difficulté

Mme Léger: Vous savez que, agir en prévention pour les jeunes, c'est aussi à l'école que ça se passe. Le ministre de l'Éducation, votre collègue, avait annoncé des compressions importantes de près de 100 millions, ce qu'on a vu dans le dernier budget du ministre des Finances, ce que vous pouvez contester, mais particulièrement pour les commissions scolaires, donc près de 90 millions, là, pour les commissions scolaires, cette année. Ça a fait bondir le président de la Fédération, évidemment, des commissions scolaires du Québec, M. Caron, qui, lui, voit dans cette coupure-là pas loin de 1 500 postes, et particulièrement des professionnels en éducation. Ces postes de professionnels sont souvent occupés par des orthophonistes, des orthopédagogues, des psychologues, bon, des gens qui viennent soutenir... des professionnels qui viennent soutenir les élèves en difficulté.

Quand on dit 1 \$ en prévention, on investit en prévention, c'est 7 \$, dans le fond, qui viennent aider au niveau de la santé. Alors, expliquez-moi comment vous allez faire ce lien-là par rapport aux jeunes en difficulté et les liens avec la commission scolaire ou avec le domaine de l'éducation s'il y a des coupures en éducation. C'est la santé qui va venir combler les coupures?

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

M. Couillard: Alors, évidemment, pour l'analyse des budgets alloués à l'Éducation, on me dit que c'est demain l'étude des crédits du ministère de l'Éducation. Je suis certain que vous y participerez de façon active, ou d'autres personnes.

Mme Léger: Non.

M. Couillard: J'ai de la difficulté à comprendre qu'il y a eu des coupures, alors qu'on a augmenté le budget de plus de 4 % en éducation. Mais ça, ça reste à analyser de façon fine, là.

Je suis d'accord par exemple avec votre déclaration sur le fait qu'il y a eu... que 1 \$ en prévention est très rentable à long terme. Puis, vous savez, je pense que c'est ça, le malheur fondamental du réseau de réadaptation au Québec, c'est que, dans l'action politique — puis, moi, je suis un nouveau venu dans cette arène-là — fondamentalement, le système est fait pour qu'on voie à court terme les résultats de ce qu'on entreprend. On fait des actions dont on veut voir les résultats rapidement pour pouvoir les présenter rapidement à nos électeurs, alors que, dans le cadre d'un investissement en prévention ou en réadaptation, le bénéfice est beaucoup plus tardif et s'étale sur des années. De là l'importance d'accorder, là, toute la priorité nécessaire à ces actions-là, autant la prévention que la réadaptation. Et c'est ce que j'ai voulu faire, d'une part, en maintenant dans le mandat du ministre en titre la question de la prévention de la santé publique, ce qui, traditionnellement, dans les gouvernements précédents, avait été affecté à un ministre délégué, d'une part, et, d'autre part, en rencontrant les gens des centres de réadaptation, de façon à me faire une tête et une orientation assez rapides, je dirais, pour la définition des priorités de l'an prochain.

Mais, encore une fois, on est dans une logique, là, qui, par sa nature même, s'oppose à des visions à long terme. Il faut vraiment renverser cette logique-là. Puis là je ne fais pas de procès de partis politiques là-dedans, c'est tous partis confondus. C'est une sorte de tendance de société où on a de plus en plus tendance à regarder les actions posées et jauger les résultats d'après les résultats à de plus en plus court terme. Et c'est toujours plus difficile à expliquer aux gens qu'on a investi des millions de dollars dans quelque chose qui va donner des résultats dans quatre, cinq, six ans que dans quelque chose dont on peut constater les mérites immédiatement. Et je pense que c'est notre défi, comme politicien, autant d'un côté que de l'autre, d'expliquer à la population que les investissements qu'on fait parfois n'auront pas de résultats mesurables à court terme mais qu'il faut voir ça dans une perspective beaucoup plus longue que ça. Mais ce n'est pas toujours facile de le faire.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Mais je vous invite fortement, M. le ministre... si M. le Président me le permet, je vous invite vraiment à regarder, à vous asseoir avec le ministre de l'Éducation. Même si vous m'envoyez ça au

ministre de l'Éducation, il reste que vous êtes toujours au Conseil des ministres et que vous avez le mandat d'aider les jeunes en difficulté, particulièrement.

● (16 h 40) ●

Et il y a des coupures en éducation et il y a 90 millions de coupures, particulièrement, entre les commissions scolaires. Alors, si vous assoyez avec le ministre de l'Éducation, il va vous faire cette démonstration-là, même s'il le nie présentement. Et, quand on sait qu'il y a des coupures dans les commissions scolaires, c'est particulièrement toutes les interventions psychosociales, particulièrement aux enfants, qui vont être coupées. Alors, est-ce que le ministre reconnaît que son gouvernement va reculer sur cet engagement-là de venir en aide aux jeunes en difficulté présentement?

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

M. Couillard: Non, je ne reconnais pas qu'on va reculer sur cet engagement-là et non plus je ne reconnais pas qu'on a coupé vraiment les services en éducation, compte tenu des conversations que j'ai eues avec mon collègue. Mais je vous inviterais à poursuivre ces conversations avec lui.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Bien, ce n'est pas parce qu'il y a des augmentations dans un budget en éducation que vous avez pu voir que votre collègue des Finances, qui... Ces augmentations-là ne font qu'investir pour les coûts de système. Il reste qu'il n'y a pas d'investissement qui se fait ailleurs, là. Alors, on a eu de la difficulté en période de questions à lui faire comprendre ce que coûtaient les coûts de système. Mais, en tout cas... Alors, comme vous dites, je vais aller revoir le ministre de l'Éducation, mais je pense que c'est de votre responsabilité, particulièrement, l'intervention psychosociale dans les milieux scolaires puis d'aider les jeunes en difficulté dans les milieux scolaires pour toute la partie de la prévention, d'une part.

Je pourrais revenir sur bien d'autres aspects, mais j'aimerais ça qu'on entreprenne... Je ne sais pas combien de temps qu'il nous reste, là, pour... parce que j'ai plusieurs...

Le Président (M. Copeman): Dans votre bloc, je dirais, quelque chose qui s'approche à cinq minutes. Oui, en somme, oui... 4 minutes.

Mme Léger: Merci. Peut-on revenir sur le jeu pathologique?

M. Couillard: Pardon?

Harmonisation de la recherche de profits de Loto-Québec et de l'aide aux joueurs compulsifs

Mme Léger: Le jeu pathologique. Comment vous allez vous assurer que les profits additionnels ne seront pas à l'encontre des orientations sur l'aide qu'on donne aux joueurs compulsifs?

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

M. Couillard: M. le Président, je vais m'en assurer en faisant état de cette préoccupation. Et ça a déjà été fait, je dois vous dire, cette préoccupation-là a été énoncée clairement auprès de nos collègues des Finances. Et il y a un comité, encore une fois, biministériel qui veille au grain, qui veille à la surveillance de cet aspect particulier entre, donc, la relation entre un retour financier anticipé d'argent de Loto-Québec et l'augmentation — qui ne serait pas souhaitable du tout — du jeu pathologique, une activité qu'il faut certainement contrôler.

Et ça, je dois répéter, j'avais apprécié la remarque de l'ex-premier ministre, aujourd'hui chef de l'opposition, qui était questionné là-dessus à l'époque et qui disait que, finalement, oui, il s'agissait d'une facette de la nature humaine qu'il était difficile de nier, qui est existante, mais qu'il s'agissait de la contrôler de façon la plus efficace possible. Et ce qu'on remarque, c'est que le retrait du nombre de machines, par exemple, vous savez, les machines à loterie, là, le retrait du nombre de ces machines n'a pas amené, semble-t-il, une diminution nette de la pratique du jeu. Les gens ont juste joué plus avec les machines qui étaient là, plutôt que d'avoir diminué leur consommation de ce type d'activité là.

Maintenant, pour ce qui est de la prévention, puis on revient tantôt à notre discussion sur la prévention, ce qu'il nous apparaît important de faire, et on s'est engagés à le faire, c'est de dissocier tous les mécanismes publics de prévention, que ce soit la publicité ou autres, de l'organisme Loto-Québec, qui bien sûr établit, là, l'industrie, là, du jeu actuellement au Québec. Alors, ça, c'est quelque chose qu'on veut faire. Et on veut également continuer d'avoir des conversations interministérielles pour augmenter la cohérence et la cohésion de ces actions-là pour être certains qu'une action financière n'a pas d'effet imprévu sur la santé publique, qui, elle, entraînerait, à moyen et à long terme, plus de dépenses dans le réseau de santé et services sociaux.

Et je répète à la commission et à Mme la députée qu'on va s'assurer pour que l'augmentation prévisible des profits de Loto-Québec de 75 millions de dollars ne soit pas liée à une augmentation du jeu ou d'activités de jeu et certainement pas du jeu pathologique. J'y exercerais pour ça une vigilance particulière, et je suis certain que madame fera de même également, et je serai prêt, donc, à remplir mon mandat de protection de santé publique au cas où je trouverais que la situation sort des balises qu'on lui a imposées.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, pour une dernière question dans ce bloc-là.

Intentions du gouvernement au sujet des jeux de loterie vidéo

Mme Léger: Oui. Je suis contente de vous entendre parce que, effectivement, votre collègue des Finances a augmenté... bien, en tout cas, augmente les revenus de Loto-Québec à un montant de 111 millions. C'est sûr que ça nous interroge sur la corrélation entre les joueurs compulsifs et l'augmentation pour Loto-Québec, d'une part.

Est-ce que vous avez des orientations, particulièrement, sur la diminution, quand même, du nombre de jeux de loterie vidéo au Québec? Vous m'avez comme à moitié répondu tout à l'heure, là, vous avez fait la corrélation que la diminution des appareils de loterie vidéo n'a pas un impact direct nécessairement avec le jeu pathologique. Donc, est-ce que vous comptez augmenter le nombre... Dans votre esprit, est-ce que votre gouvernement va augmenter le nombre de jeux de loterie vidéo?

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

M. Couillard: Non, M. le Président, certainement pas. Mais je remarque que, lorsque le plan d'action du gouvernement avait été déposé en novembre 2002, c'est le plan qu'on appelle communément le plan Frigon, là, 2003-2006, à l'époque, le ministère de la Santé et Services sociaux n'avait pas été consulté pour ledit plan, qui n'a finalement pas été implanté. Alors, je pense que d'avoir une action en amont, de prévention et de conversations, efficace entre les ministères va certainement aider.

Mais, pour revenir à votre question principale, il n'y ait pas lieu de tout d'envisager une augmentation du nombre de machines, je ne pense pas que ce soit une tournure désirable pour notre société de faire ça.

Le Président (M. Copeman): Alors, merci. À ma droite, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, et peut-être juste un bref commentaire sur le dernier commentaire. Je suis étonné de savoir que l'ancien gouvernement n'a même pas vérifié avec le ministère de Santé et Services sociaux l'impact social du plan Frigon, comme nous avons appelé. Je suis étonné d'entendre ça et je suis très heureux d'entendre la réponse du ministre sur cette question, parce qu'il sait que c'est quelque chose que l'opposition officielle, à l'époque, a suivi avec beaucoup d'intérêt, et, maintenant, on continue de suivre avec beaucoup d'intérêt.

Office des personnes handicapées (suite)

Programme d'adaptation des domiciles

Je retiens une question que nous avons commencée, ce matin, particulièrement avec la présence de l'Office des personnes handicapées du Québec, c'est un peu... et vous avez vous-même mentionné ça, en discours, pour la Journée internationale des personnes handicapées, la question d'adaptation des domiciles. Si ma mémoire est bonne, vous avez parlé même d'une liste d'attente qui peut aller jusqu'à neuf ans. Je me souviens, ici, en cette commission parlementaire, dans le passé, nous avons soulevé la question d'adaptation de domicile soit sur la liste d'attente, sur les coûts mais aussi sur le fait que, si vous avez les moyens — et ce n'est pas tout le monde qui ont les moyens de faire de l'adaptation eux-mêmes — si quelqu'un fait le travail avant qu'il a le permis de faire, ils n'ont pas le droit de réclamer cette rénovation. Je sais que ce n'est pas nécessairement facile pour tout le monde, mais, si vous

êtes parmi quelqu'un des chanceux qui ont les moyens de faire ça... Et il y a une liste d'attente de x noms.

Et peut-être que vous pouvez expliquer un peu une ventilation des listes d'attente. Mais aussi, je pense, M. le Président, vous-même a questionné, dans le passé, l'ancien ministre sur la question, dit: Est-ce qu'on peut avoir un système plus flexible?

Il y a un autre exemple. Et je regroupe toutes mes questions, M. le ministre, ensemble, M. le Président, afin de donner une chance au ministre de donner une réponse complète. Il y a une autre problématique. Après la rénovation, souvent quelqu'un demande une certaine adaptation de leur domicile, mais, après vérification, l'Office et le service insistent qu'il fait toutes leurs rénovations à 100 %. Comme exemple, si vous avez quelque chose, une déficience progressive, vous n'avez pas besoin de tous les services tout de suite, mais le programme oblige toutes les rénovations. Mais, si on veut peut-être aller par étapes, la personne peut avoir quelques services.

Avec ça, il me semble qu'il y a tout un ménage qu'on doit faire dans le programme. Je ne veux pas donner l'idée que j'ai le monopole sur la vérité comment nous allons prendre ça, mais je pense que ça prend encore une augmentation de budget. Mais, encore une fois, ce n'est pas juste de l'argent, il me semble qu'on peut être peut-être plus souples, plus flexibles. Je voudrais vous entendre. Je sais que la députée de Pointe-aux-Trembles a commencé avec ça, mais je voudrais aller un peu plus loin. Je voudrais vous entendre sur ça.

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

M. Couillard: Alors, pour l'aspect financier, je suis d'accord que le problème ne se limite pas à l'aspect budgétaire ou financier. Je vais donner quand même quelques chiffres qui permettent de voir l'évolution des fonds publics qui ont été dévolus à l'adaptation des logements pour personnes handicapées depuis quelques années.

En 1997-1998, le budget de cette fonction de l'État avait été augmenté à 10,7 millions; les années subséquentes, 1998-1999 et 1999-2000, on a même amélioré encore plus le budget avec des ajouts ponctuels, jusqu'à 20 millions de dollars et, à ce moment-là, on a assisté à une diminution rapide du nombre de dossiers en attente et, je dirais, à beaucoup d'espoir dans le milieu des personnes handicapées. Cependant, en 2001-2002 et 2002-2003, le budget est retourné à 4,2 millions de dollars, de sorte qu'on n'a pas pu maintenir ou soutenir le rythme. Je pense qu'on s'est un peu satisfaits des résultats importants qui avaient été liés à l'augmentation du budget, et on se retrouve aujourd'hui essentiellement devant la même situation.

Moi, sur le plan financier, ce que je peux dire, c'est que c'est une question prioritaire pour moi, au niveau ministériel, pour l'année prochaine, cette question d'amélioration de la modification des logements pour personnes handicapées. Je retiens votre remarque sur le fait qu'on demande souvent plus que le client en demande, qu'on offre souvent plus que le client en demande et, d'autre part, les remarques de Mme la députée, ce matin, pour les gens qui sont porteurs de

maladies dégénératives à faible espérance de vie qu'il faudrait peut-être traiter de façon prioritaire, compte tenu de leur situation particulière.

● (16 h 50) ●

Pour ce qui est des aspects plus techniques de la sélection des dossiers puis des plans, je laisserais peut-être M. Rodrigue, avec le consentement de la commission, donner quelques éclaircissements.

Le Président (M. Copeman): Une précision. Le consentement ayant été déjà donné pour l'intervention du président, il n'est pas requis à chaque occasion. Alors, allez-y, monsieur. Vous avez juste à manifester votre intérêt, M. le président, et la parole sera à vous accordée.

M. Rodrigue (Norbert): Alors, merci. Bien, comme je prêche la coordination puis la concertation, j'essaie de me concerter avec le responsable du ministère de la Santé pour ne pas intervenir seulement à mon goût ou au moment où je souhaiterais.

Pour revenir à ce que M. Couillard disait, les ajouts de budget, juste un exemple, sur les durées moyennes des délais d'attente, en 2001, 31 mars, le délai d'attente était de six mois et, au 31 mars 2003, il est de neuf ans, à cause du phénomène, là, qu'on a souligné, de l'ajout et du retrait, bon... pas du retrait, mais où on a ramené le budget à 4,2 millions. Je voudrais juste souligner, M. le Président, avec votre permission, que c'est un programme qui n'est plus sous la responsabilité de l'Office. On veille à ce programme-là, mais c'est la SHQ qui a la gestion du programme. La SHQ cette année prévoit... à un budget ou des crédits de 4,2 millions, mais ils ont une réserve non dépensée de l'année dernière, selon nos informations, qui mènerait la dépense à peu près à 8 millions, pour 2003-2004. Mais 8 millions, c'est à moitié du besoin, en quelque sorte. Il faudra donc poursuivre les interrogations.

Deuxièmement, pour répondre plus précisément à M. Williams, nous travaillons aussi pour convaincre la SHQ d'essayer de voir si, dans un territoire, avec une demande qui correspond à des besoins, par exemple, en bas de 5 000 \$, si on ne pourrait pas autoriser la communauté ou le territoire, une institution responsable pour chercher une adaptation plus rapide, plus efficace, sans aller dans les grandes rénovations ou les grandes demandes. On nous parle des fois du raisonnable et du non-raisonnable. Effectivement, dans le processus, la demande se fait, la SHQ la reçoit, transfère au CLSC, à un ergothérapeute, l'évaluation des besoins, l'ergothérapeute évalue les besoins, revient, etc. Alors, c'est un processus qu'on pourrait peut-être alléger.

Le Président (M. Copeman): Si vous me permettez, M. le député, je pense, entre autres, M. Rodrigue, que vous avez mis votre doigt sur une autre partie du problème. C'est-à-dire que, souvent, les CLSC n'ont pas... les ergothérapeutes qui travaillent dans les CLSC n'ont pas assez de temps pour évaluer les dossiers. Alors, non seulement les dossiers sont retardés faute de budget du programme, mais, le fait que le CLSC étant limité dans la capacité de l'ergothérapeute d'analyser le dossier, l'analyse du dossier même retarde beaucoup. Alors, je pense que c'est un autre élément

important des efforts pour tenter d'éliminer le... on dirait en anglais «the backlog» des problèmes. La flexibilité ou une autre façon de voir est-ce que les ergothérapeutes peuvent prendre en charge le dossier plus rapidement seraient peut-être un autre élément, également. Oui, allez-y monsieur, s'il vous plaît.

M. Rodrigue (Norbert): Si vous me le permettez, il y a aussi le fait que... Si vous avez une situation qui se présente chez vous ou chez moi où vous devez faire adapter votre domicile en partie ou totalement, il y a le fait que vous devez être autorisé avant de faire quelque dépense que ce soit, sinon vous n'êtes pas remboursé, hein, en fonction du programme. Alors, il arrive qu'il y a des communautés qui... Moi, j'ai aidé, par le budget de l'Office, des groupes, par exemple, dans le Bas-du-Fleuve — un petit montant, là, presque pas... 300 \$, 400 \$ — où des ouvriers bénévoles de la construction, des gens d'associations ont acheté de l'épingle puis ils ont construit une rampe pour sortir de la maison: il n'avait rien, le monsieur. Alors, des choses comme ça où on pourrait peut-être travailler, et c'est ce qu'on propose, nous, à la Société d'habitation du Québec, travailler à voir comment on pourrait assouplir les règles et permettre aux communautés de répondre plus vivement et promptement à certaines demandes.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Nelligan, oui, allez-y.

Délai et mode d'autorisation des aménagements

M. Williams: Oui. Je voudrais juste savoir... Merci. Merci pour cette ouverture. Et, je pense, on cherche la flexibilité, on veut assurer qu'il y a un contrôle des coûts, etc., mais, il me semble, pour les choses très simples, on peut aller beaucoup plus vite. Mais aussi il y a... Je sais qu'un ergothérapeute doit faire beaucoup d'évaluations, mais il y a quelques adaptations qui sont assez évidentes, que nous n'avons pas besoin vraiment de faire une évaluation aussi. Je voudrais savoir où c'est rendu, ces discussions.

Parce que la dernière chose que j'ai comprise, M. le Président, c'est qu'on pourrait faire ça, je voudrais qu'on fait ça dans le plus bref délai. Où sont les négociations? Où sont... Est-ce que... Au moment qu'on parle les règles ne sont pas changées, selon... Et quand est-ce qu'on peut prévoir que des règles administratives comme ça, sans changer le budget, sont changées? Et aussi, ça m'intéresse, et j'ai vu les yeux du ministre que ça l'intéresse, que, effectivement, peut-être, il y a de l'argent qui est resté de l'année passée. On va faire le suivi de ça, là.

Le Président (M. Copeman): M. le président.

M. Rodrigue (Norbert): Écoutez, je ne peux pas parler au nom de la SHQ, M. le Président. Je suis informé de cela, alors je vous transmets l'information.

Deuxièmement, si vous me permettez, dans la question des ergos, souvent les ergos, pour expliquer un peu ce qui se passe, sont à demi-temps. Ça dépend aussi des ressources au niveau municipal, parce que n'oubliez

jamais que la MRC a un rôle à jouer dans ce processus décisionnel, et des fois il y a certaines rigidités là aussi. Puis, bon, on me dit, certains témoins — que je n'identifierai pas — me disent que les ergos sont forts sur le crayon de temps en temps. Forts sur le crayon dans le sens qu'on veut prévenir pour longtemps d'avance. Si je suis en fauteuil manuel puis j'ai un fauteuil électrique, il y a des gens qui ont la tentation de dire: Bien, il faut prévoir pour dans 10 ans, tout d'un coup tu n'es plus capable de te servir de ton manuel puis il faut que tu te serves de l'électrique, il faut adapter ton domicile. Ça, ça ne veut pas dire la même adaptation.

Alors, il y a plein de questionnements comme ça. Et, à cet égard-là, l'état des situations ou des négos et actuellement des discussions, il est à l'amorce, hein, c'est à l'amorce. Nous, on a des territoires qui ont fait des représentations. On a fait quelques représentations à la SHQ, on amorce des discussions avec eux et on va poursuivre ça. Et, là-dedans, on va avoir besoin d'une action multisectorielle ou interministérielle pour voir si on peut trouver des réponses.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Dernier point sur ça. Je pense, s'il y a une chose que ça ne coûte absolument rien, c'est la question du droit de faire ça et prendre le risque que ça va être accepté ou non. Comme... Rien ne fâche plus la communauté que si un club Optimiste, comme exemple, qui a ramassé les fonds, il veut... ils sont prêts de construire une rampe — un peu comme vous avez mentionné — ils sont prêts, mais le fait est que, si on fait la construction de cette rampe avant que c'est accepté, ils n'ont pas le droit de soumettre ça pour le programme.

Moi, je pense qu'on peut tout de suite changer les règles et dire: Si vous êtes prêts de vivre avec le risque que peut-être ça ne tombera pas dans les critères, on peut au moins pas en avance interdire le monde de faire ça. Ce n'est pas aucune garantie que ça va être accepté, mais je ne vois pas pourquoi c'est un problème si on dit: Ils vont avoir les critères; avant que c'est accepté, on va étudier ça comme il faut. Mais je trouve que c'est incorrect qu'un groupe communautaire, ou même les personnes elles-mêmes, ne peut pas faire ça selon... basé sur son propre risque. Est-ce qu'on peut changer ça plus vite que ça, plus vite que la liste d'attente?

Le Président (M. Copeman): M. le président de l'Office.

M. Rodrigue (Norbert): Sur cette question-là, je pense... Nous, on peut vous dire qu'on a une bonne collaboration de la SHQ. Ce n'est pas une question de mauvaise collaboration, au contraire, il y a une bonne collaboration. C'est une question de règles et de normes et de processus qu'il faut, à mon avis, discuter.

● (17 heures) ●

Il y a une autre chose que je voudrais vous sensibiliser aussi, c'est toute la question du travail nécessaire à faire au niveau du Code de construction. Parce que, dans ce domaine-là, M. le ministre, il y a

aussi de la prévention possible. Et on fait des représentations, nous, auprès de la Régie du bâtiment, qui s'inscrivent dans une démarche de négociations avec... pour le Code canadien de la construction. Il faut absolument qu'on change les mentalités de ce côté-là pour qu'on puisse prévenir, minimalement. Vous savez, un interrupteur, lors de la construction, 1 pi plus bas, 1 pi plus haut, ça ne coûte rien de plus; une porte 3 po plus large au moment de la construction, ça ne coûte rien de plus. Alors, dans ce sens-là, juste un dernier mot, c'est: Il faut sensibiliser ces acteurs-là absolument.

Et j'aimerais, M. le ministre et M. le Président, si vous me le permettez, profiter... être délinquant pour deux secondes puis profiter de ce moment-là pour vous dire que, à Québec, le 2 août, du 2 août au 12 août, vont se tenir les Jeux mondiaux des malvoyants. 1 000 athlètes et plus sont attendus, 400 accompagnateurs, 47 pays. Je voulais juste vous dire ça. Vous allez entendre parler de ça dans les prochains jours, alors ouvrez vos oreilles.

Le Président (M. Copeman): Merci pour cette annonce classifiée. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Et ce n'était pas du tout délinquant, continuez, M. le président, de passer les messages pour les personnes handicapées.

Ressources résidentielles adaptées utilisées par des personnes d'âge moyen

Un autre dossier mais toujours dans le résidentiel, c'est la question des ressources résidentielles adaptées. Et nous avons, avant, parlé de l'adaptation des CHSLD pour les communautés culturelles et pour les autres minorités, le ministre a répondu à ces questions, mais une autre chose que nous avons discuté, M. le ministre, dans le passé, en commission parlementaire, c'est la problématique des CHSLD qui sont utilisés pour les personnes qui ont besoin d'hébergement de longue durée mais qui sont d'âge moyen ou jeunes. Je ne sais pas si vous avez eu une chance, avec l'OPHQ, de discuter de cette problématique. Encore une fois, ce n'est pas nécessairement, selon moi, que c'est un problème d'argent. Ça peut être une question d'argent, mais ça peut être aussi, M. le ministre, peut-être une question d'organisation du travail.

Je voudrais savoir: Est-ce que vous avez eu une chance de discuter de ça ou est-ce que, vous, avec l'OPHQ, avez-vous quelques idées qu'on peut commencer à travailler sur ça? Et ce n'est pas nécessairement une question d'augmentation de budget, selon moi.

Le Président (M. Copeman): Oui. Évidemment, l'annonce du président n'était pas une annonce classifiée, même pas une annonce classée mais plutôt une annonce publicitaire. Mais allez-y, M. le ministre.

M. Williams: Et nous n'avons pas chargé la...

M. Couillard: Publicité gratuite.

Le Président (M. Copeman): Exact.

M. Rodrigue (Norbert): On manque d'argent.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, les ressources résidentielles adaptées, oui, effectivement, on en a discuté, M. Rodrigue et moi-même, parce que... toujours dans cette même optique de pouvoir sortir les patients, souvent des patients jeunes, des CHSLD pour leur permettre de vivre dans la communauté. Et il y a des projets de développement qui ont été démarrés avant l'élection, qui sont soutenus actuellement puis qu'on veut poursuivre dans les régions de la Mauricie, du Bas-Saint-Laurent et du Centre-du-Québec, en particulier, où on a le concept d'îlots, c'est-à-dire un bâtiment où les gens habitent dans des chambres individuelles mais où les services sont en commun, de façon centrale, la cuisine, par exemple, ou les autres services connexes. Et l'Office a été très impliqué dans le soutien de ces groupes-là. Et je veux vraiment, là, continuer cette expérience-là et planifier les étapes de réalisation de tous ces projets-là encore une fois dans le but de sortir les gens des institutions. Je ne sais pas si M. Rodrigue veut ajouter quelque chose.

Le Président (M. Copeman): M. le président.

M. Rodrigue (Norbert): Juste ajouter que l'Office, depuis... À ma connaissance, depuis que je suis président-directeur général, on a financé des groupes communautaires importants qui se spécialisent dans justement l'adaptation des résidences, du résidentiel, et la promotion dans les milieux de cette importance concernant l'adaptation.

Maintenant, ce que M. le ministre vient de souligner, on en a discuté aussi dans certains territoires. Je prends un territoire, les Laurentides, on a discuté avec les autorités municipales, les autorités de la régie régionale de l'importance de voir à faire en sorte que les 180 personnes en bas de ou autour de 40 ans hébergées dans les CHSLD puissent vivre ailleurs. Et, pour ça, ça prend des résidences, ça prend du logement. Et il y a des municipalités qui acceptent de faire des bouts de chemin. Sainte-Thérèse, ma dernière rencontre avec les autorités municipales, on construisait un bloc-appartements, comme on dit communément chez nous, où ce ne seraient que des personnes déficientes physiques et, l'autre, des personnes, des citoyens ordinaires avec une clientèle de déficients intellectuels. Et là on fait des expériences comme ça qui permettent de voir les résultats, les effets d'intégration ou d'inclusion dans la communauté.

Le Président (M. Copeman): Je pense qu'également c'est un point très important. J'ai connaissance d'une situation où une personne qui est atteinte de la paralysie cérébrale était obligée d'être placée dans un CHSLD — elle a à peine 40 ans — parce que ses parents ne sont plus capables de s'occuper d'elle. Et il n'y a rien de plus difficile, je pense, pour une personne qui a une perte d'autonomie physique mais aucune perte d'autonomie mentale, d'être placée dans un CHSLD où la vaste majorité des bénéficiaires sont des personnes âgées souvent qui souffrent de déficience en capacités mentales, du Alzheimer ou autre chose. Et on voit une personne, à

40 ans, hébergée dans un type d'institution, d'établissement pour la simple cause que ses parents ne sont plus capables, en raison de leur vieillissement, de s'occuper de ses besoins physiques. Je pense que, comme société, il faut amorcer une certaine réflexion sur ces genres de questions là qui, je pense, vont simplement s'aggraver dans les années à venir.

Alors, ça termine l'échange de ma droite. Alors, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: À votre gauche. C'est bien.

Le Président (M. Copeman): C'est bien.

Crédits alloués aux services aux personnes souffrant de troubles mentaux graves

Mme Léger: Merci, M. le Président. En matière de santé mentale, M. le ministre, on a toujours en tête les deux grands types d'intervention possibles, soit l'intervention pour les troubles transitoires tels quels, c'est-à-dire les dépressions, les burnouts, etc., mais les interventions aussi à l'égard des troubles sévères qui sont, par exemple, la schizophrénie ou autres maladies mentales plus graves.

Est-ce que le ministre peut nous dire les montants qui seront spécifiquement accordés aux services destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères?

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

M. Couillard: Les montants pour ces vocations-là continuent d'être reconduits dans les budgets précédents. Ce qui est ajouté maintenant en santé mentale, comme je l'ai indiqué plus tôt, c'est beaucoup d'interventions nouvelles en prévention du suicide et en interventions en situation de crise parce qu'on s'est rendu compte effectivement que les besoins sont immenses en santé mentale. C'est, je dirais, un aspect des services de santé qui a été gravement délaissé au cours des dernières années. Puis là non plus je n'en fais pas une question de parti, je dirais que c'est une question de société où a mis beaucoup d'emphase sur les problèmes très visibles, tels que les engorgements à l'urgence et les listes d'attente, pour laisser de côté malheureusement beaucoup de problèmes de ces populations-là. Et on en assume, je pense, collectivement la responsabilité, de ça, là.

Donc, ce que les observateurs du milieu ont jugé prioritaire cette année, c'est qu'on dégage plus de ressources pour les interventions en périodes de crise, de façon qu'on évite aux gens d'être hospitalisés en psychiatrie pour des raisons inadéquates. On sait qu'une hospitalisation en psychiatrie, si elle persiste plus que quelques jours, risque d'entraîner un séjour prolongé en institution puis des récurrences de séjour en institution. Alors, il faut absolument agir en amont.

Mais la santé mentale, comme je l'indiquais dans mon intervention d'introduction ce matin, si j'avais... Je me suis dit en commençant ce mandat ministériel que le premier ministre m'a confié: Qu'est-ce que j'aimerais léguer à la fin de ce mandat, quelle que soit la longueur que ce mandat aura? On sait que, dans le passé, ces mandats-là ont été souvent assez courts.

J'espère bénéficier d'un mandat plus long; le premier ministre en décidera. Et ce que j'aimerais bien léguer, c'est vraiment cette amélioration notable des soins en santé mentale, autant pour la prévention que pour les soins des grands malades psychiatriques. Parce qu'on parle souvent des problèmes de santé mentale de façon ponctuelle, associés à des problèmes psychosociaux, mais on parle rarement, souvent pudiquement — on n'ose pas trop en parler — de ces jeunes schizophrènes, par exemple, qui errent dans nos rues actuellement sans services appropriés.

Et je pense que vraiment, là, il y a une action considérable à faire. Puis la première action — puis je pense que je me l'attribuerais comme ministre — c'est de communiquer avec la population le fait que les soins en santé mentale, ce n'est peut-être pas aussi spectaculaire que les urgences ou la chirurgie cardiaque mais c'est aussi important, parce qu'il y a jusqu'à 15 % de la population parmi nous qui, un jour ou l'autre, va être touchée par une forme ou l'autre de maladie mentale. Et, moi, je pense qu'on a un devoir considérable, comme gouvernement puis comme société, de s'adresser mieux à ce problème-là. Et c'est la raison pour laquelle on a indiqué, au ministère, dès les premiers jours de notre présence, que cet élément-là allait être une priorité pour nous dans les trois grandes priorités qu'on appelle nationales: santé mentale, oncologie et soins santé et services sociaux en populations autochtones. Puis, en passant, populations autochtones et santé mentale sont liées parce qu'on sait que les problèmes de santé mentale sont très fréquents dans les populations autochtones, autant dans le Nord-du-Québec que dans les autres populations plus au sud.

Alors, cette année, pour résumer, on a choisi délibérément de faire porter le gros de l'action sur le problème de la prévention du suicide puis l'intervention en périodes de crise. Mais je pense qu'il faut, pour s'adresser au reste du problème qu'est la maladie mentale sévère, recentrer un peu l'action gouvernementale en matière de santé mentale. Ce qui m'a frappé quand j'ai fait la tournée du ministère, j'ai visité les divers éléments, les divers édifices où il y a des bureaux du ministère — puis on apprend beaucoup en faisant ça parce qu'on voit comment les choses sont structurées — c'est de constater la présence de plusieurs îlots de services qui ont affaire à la santé ou à la maladie mentale mais un peu éclatés dans plusieurs directions, sans qu'on ait l'impression qu'il y ait de concentration ou d'action commune.

Alors, une des premières choses qu'on va faire, avec la collaboration de M. Iglesias et des collaborateurs du ministère, c'est faire le bilan de tout ce qui se fait actuellement en santé mentale, regrouper ça dans une direction nationale bien identifiée, faire le bilan de ce qu'on dépense en santé mentale également, voir si on ne peut pas faire mieux déjà avec l'argent qu'on dépense, et là on dégagera les budgets supplémentaires au cours des prochaines années pour ça. Mais on va s'attaquer de façon très prioritaire au problème de la santé mentale, je tiens à le répéter.

● (17 h 10) ●

Mme Léger: Est-ce que vous avez l'intention d'investir des montants supplémentaires dès la prochaine année?

M. Couillard: Oui, l'intention que j'ai, c'est d'investir dès la prochaine année, mais il ne faudrait pas, à mon avis... C'est comme... Je vous parlais tantôt de la régionalisation versus l'augmentation d'investissements en santé. Si on ne fait qu'ajouter de l'argent sans s'adresser à la racine du problème, lorsqu'il y en a une, on n'aura pas d'action significative puis on va encore se dire, collectivement, en société: Voyez, la santé, c'est un gouffre sans fond, on introduit de l'argent, là, sans arrêt puis il n'y a rien qui change. Parce que les gens commencent à avoir cette perception-là, et c'est important de la changer, cette perception-là, parce qu'on va perdre le support de nos concitoyens pour les investissements publics en santé et services sociaux. Alors, à mon avis, il ne serait pas judicieux de faire un effort d'investissement maintenant sans avoir déjà d'abord fait cet effort de recentrage, là, dont je parlais plus tôt.

Mme Léger: Je suis très contente de vous entendre parler que c'est une priorité pour vous, malgré que j'en vois aujourd'hui beaucoup, de priorités, là, vous avez beaucoup de choses à mettre en priorité, M. le ministre, d'une part, mais je suis contente de vous entendre parler que la santé mentale est votre grande priorité pour la suite des prochains mois, prochaines années qui viendront. Continuez comme ça, je vais voter pour vous.

M. Couillard: Vous auriez dû. Nous étions prêts.

Mme Léger: Je voulais vous faire sourire un peu, là.

M. Couillard: Ce n'est pas difficile.

Équité interrégionale dans le financement des services en santé mentale

Mme Léger: Moi non plus. Est-ce que, par contre, dans cette suite logique d'investir en santé mentale, vous avez... Vous avez constaté tout à l'heure... On vous a demandé, au côté ministériel, un peu plus d'éclaircissement par rapport à la disparité interrégionale, là. On en a parlé d'une façon, je pourrais dire, assez large, mais, au niveau de la santé mentale, comment vous évaluez les sommes requises pour établir cette équité-là, particulièrement en santé mentale, dans toutes les régions du Québec? Est-ce que vous l'avez évalué?

M. Couillard: On ne l'a pas évalué de façon spécifique, parce que c'est dans la grande démarche d'une nouvelle allocation des ressources puis, pour ne pas traumatiser plus avant votre voisine de droite, dans l'évolution ou la continuité des démarches d'allocation des ressources de façon régionale, mais, dans l'allocation des nouveaux crédits de cette année, je vais répéter qu'une attention particulière a été portée au problème d'équité interrégionale. Par exemple, sur 9 millions annualisés, il y a quand même plus de 2 millions de dollars qui va à la Montérégie, par rapport à 215 000 \$ dans la région métropolitaine de Montréal, dans Montréal même, l'île de Montréal. Alors, je pense que, là, c'est un effort de correction qui est substantiel.

Vous faisiez allusion tantôt au fait qu'on a beaucoup de priorités. Bien, c'est vrai qu'on a beaucoup de priorités, mais, si on les raisonne et qu'on les met en termes de concepts, il n'y en a pas tant que ça, puis elles ne sont pas difficiles à suivre. Il y a ce que j'appelle les soins à proximité, qui est l'hébergement et les soins à domicile, il y a la santé mentale puis la réadaptation. Ça, c'est les grands domaines où il faut vraiment investir de façon plus appropriée. Je pense que, là, ce n'est pas un éclatement puis ce n'est pas une accumulation de priorités, c'est le bon sens même qui le dit et puis c'est le résultat du consensus de tous les observateurs du milieu de la santé et des services sociaux depuis des années.

Alors, malgré ce que vous avez peut-être voulu faire entendre, on ne se perd pas dans nos priorités, on a une vision très claire de ce qui est prioritaire parmi les priorités, si je peux m'exprimer ainsi, et je vous invite à suivre nos actions de près au cours des prochains mois.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée.

Calendrier pour rétablir l'équité interrégionale dans le financement des services en santé mentale

Mme Léger: Oui, merci, Mme la Présidente. Quel est l'échéancier, dans le fond, que vous allez vous donner si vous avez.... Vous nous dites que vous avez... il y a un certain montant qui est déjà alloué pour faire l'effort de correction de cette inéquité-là. Pour rétablir le 100 % de l'équité, c'est quoi, votre échéancier?

M. Couillard: Alors, on pense commencer à implanter la nouvelle allocation régionale en avril 2004. Maintenant, comme je l'ai indiqué ce matin ou plus tôt dans nos délibérations, il est certain qu'à partir du moment où on aura défini l'allocation nouvelle on va se trouver devant des situations de surfinancement et de sous-financement assez grandes, et il serait très imprudent, d'après moi, de corriger ça brutalement; on risquerait d'entraîner des perturbations majeures dans le réseau. On se donne, lorsqu'on a eu des conversations là-dessus au ministère, un horizon de quatre ou cinq ans pour progressivement rétablir l'équilibre interrégional.

Mais dès cette année il y aura des différences notables, je pense, qui seront observées, de la même façon qu'on a voulu lancer le message, dans la répartition des crédits en santé mentale, par exemple, pour les jeunes en difficulté et pour les enfants autistes, qu'on tenait compte du problème de l'équité interrégionale, de la même façon qu'on en tient compte également dans la fixation des objectifs budgétaires des établissements. On ne demandera pas le même effort objectif aux gens qui sont en situation de sous-financement régional par rapport à ceux qui sont en situation de surfinancement, relatif bien sûr.

Mme Léger: Je vous invite à pas plus qu'un horizon de quatre, cinq ans, parce que c'est nous autres qui va récolter le plaisir d'annoncer la fin des investissements.

M. Couillard: Je vous trouve d'un optimisme considérable, compte tenu des tendances historiques au Québec des dernières années.

La Présidente (Mme Charlebois): Vous avez une autre question, madame...

Mme Léger: Je suis comme vous tout à l'heure quand vous avez dit que vous aimeriez rester ministre de la Santé pour un petit bout de temps. Alors, on est tous les deux optimistes.

La Présidente (Mme Charlebois): Vous avez une autre question, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles?

Plan de répartition des psychiatres dans toutes les régions

Mme Léger: Oui, effectivement. La répartition des médecins sur le territoire québécois est une problématique complexe, on le sait bien. Deux lois précédemment sont venues mettre en place les règles permettant une meilleure desserte, dans le fond, dans les régions québécoises, soit la loi n° 28, d'une part, sur la gouverne, et la loi n° 142 qui prévoyait précisément de nouvelles dispositions pour faciliter l'application des plans régionaux d'effectifs médicaux et pour augmenter aussi la disponibilité des médecins partout sur le territoire pour certaines activités particulières.

Donc, le ministre peut-il nous dire de quelle façon il compte mieux répartir les psychiatres dans toutes les régions du Québec?

La Présidente (Mme Charlebois): M. le ministre.

M. Couillard: Mme la Présidente, le problème des psychiatres n'est pas différent de la façon dont on va régler tous les problèmes d'effectifs médicaux, on va améliorer les problèmes des effectifs médicaux. Il y a effectivement une importante inéquité en termes d'accès aux services médicaux spécialisés dans le Québec. Je voyais des chiffres récemment sur les plans d'effectifs médicaux. On chiffre, si vous voulez, les pourcentages d'atteinte du plan d'effectifs dans les spécialités selon les régions du Québec et on se rend compte que les régions qu'on appelle universitaires ou centrales ont 100 % et parfois plus de 100 % de leur plan d'effectifs, alors qu'il y a des régions, même à proximité immédiate de Montréal — encore une fois, Lanaudière, la Mauricie sont des bons exemples — où le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs est beaucoup plus bas.

Alors, première chose qu'on a faite... Et, en passant, la notion de plan d'effectifs, on l'entérine tout à fait. Ce que vous avez introduit dans la loi n° 142, c'est bien, on va continuer à les appliquer, mais il faut les appliquer de façon serrée, les plans d'effectifs. Ce que les gens en région nous ont dit, la remarque qu'on nous faisait dans les tournées régionales, c'est que c'est bien beau d'avoir des plans d'effectifs, mais encore faudrait-il qu'ils soient appliqués. Et je pense que, là, c'est important, le message doit passer immédiatement, puis il va passer immédiatement, que les plans d'effectifs vont être appliqués.

Les plans d'effectifs en omnipratique sont déjà complétés. Ceux en spécialité, je pense — M. Iglesias me corrigera — seront bientôt finalisés, et on va les appliquer de façon très rigide, de sorte que la nouvelle logique également qu'on met de l'avant pour l'attribution des effectifs... Puis l'autre jour, en Chambre, Mme Harel m'a posé cette question-là, et je ne suis pas certain qu'on s'est compris l'un et l'autre dans la réponse, là. C'est qu'on a décidé de baser la répartition des médecins non seulement d'après le strict critère de distance géographique, qui était le critère historique qu'on utilisait, avec des régions éloignées, intermédiaires, très éloignées, etc., mais d'après le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs, pour la bonne raison que, par exemple pour les omnipraticiens, on peut démontrer facilement que la région du haut de la Mauricie est beaucoup moins bien pourvue que les Îles-de-la-Madeleine, par exemple, en termes d'effectifs médicaux, de sorte qu'il faut aller dans des critères beaucoup plus, je dirais, subtils que la simple distance géographique.

Deuxièmement, de façon plus accentuée, c'est la formation en région. On sait que le déterminant principal pour l'installation d'un médecin en région, ce n'est pas vraiment la provenance géographique de l'étudiant mais plutôt le fait d'avoir ou de ne pas avoir fait une partie de la formation en région. Et de là le lien avec la politique que j'annonçais ce matin, dans le discours d'ouverture que j'ai fait, sur les réseaux universitaires intégrés de santé, qui étaient, comme vous le savez probablement, une des recommandations de la commission Carignan sur le statut des hôpitaux universitaires du Québec. Alors qu'auparavant on avait décidé de centraliser la gestion de ces réseaux universitaires là au niveau des régions régionales, nous, on a considéré plus approprié de les regrouper, de les faire gérer et coordonner au niveau national, au ministériel, de façon justement à pouvoir s'attarder plus spécifiquement au problème d'effectifs médicaux.

● (17 h 20) ●

Et on a déjà fait connaître aux régions universitaires, de façon claire, qu'elles auront à assumer des responsabilités non seulement en termes d'enseignement et de recherche, comme c'est traditionnellement leur rôle, mais également pour le support aux régions et le parrainage direct des régions. En clair, chaque réseau universitaire aura à parrainer certaines régions en difficulté du Québec. Et ce parrainage-là inclut l'établissement de corridors de services d'abord, mais également le support en effectifs médicaux et l'accueil pour le ressourcement des médecins de ces régions-là. Alors, on veut que les régions universitaires assument pleinement leur rôle, qui est un rôle qui est non seulement un rôle académique d'enseignement et de recherche, mais un rôle de leadership également en organisation des soins. Et, historiquement, les facultés de médecine ont, pas toutes parce qu'il y en a certaines qui ont été plus exemplaires que d'autres à cet effet-là, certaines facultés de médecine ont reculé devant cette responsabilité d'avoir à organiser les services et les soins en plus de la responsabilité académique. Et on a été très clairs dans le fait que ceci maintenant fera partie de leur rôle et qu'ils auront à rendre compte de la façon dont ils se seront acquittés de ce mandat-là.

Il y a déjà des signes encourageants qui se développent: il y a un doyen d'une faculté de médecine du Québec, par exemple, qui va lui-même aller faire du remplacement dans une région en difficulté afin de montrer l'exemple; il y a des projets de formation en région qui sont de plus en plus étoffés; il y a même un projet qui est en voie d'élaboration pour que, à un endroit, toute la formation médicale se déroule en région. Il sera possible, on l'espère, à un étudiant en médecine de faire toute sa formation dans une région. Compte tenu des moyens technologiques dont on dispose maintenant, de communication, c'est certainement possible d'envisager ça.

Vous savez qu'on a également annoncé l'augmentation des postes d'étudiants en médecine. Donc, par définition, il y aura plus de résidents dans quelques années. Bien, ces postes-là vont être attribués par préférence aux facultés de médecine qui auront démontré une action positive de support aux régions. Alors, tout ça, c'est ce qu'on va faire avec nos étudiants puis nos médecins québécois d'origine.

Bien sûr, il y a le problème des médecins étrangers qu'on veut voir plus facilement s'installer chez nous. Et la mécanique qu'on pense utiliser pour ça, c'est la mécanique des permis restrictifs. Je ne sais pas si vous êtes familière avec cette mécanique-là. On sait que, dans les faits, puis j'en ai vécu moi-même l'expérience, il est très facile pour une faculté de médecine actuellement... je ne dis pas très facile mais (?) rapide pour une faculté de médecine de procéder à un recrutement par permis restrictif si on dispose du nombre de postes appropriés. Par exemple, et M. Iglesias, comme vice-doyen, était étroitement lié à ces recrutements-là, on a été capables de recruter en six à huit mois quatre chirurgiens généraux à Sherbrooke et de les mettre à pied d'oeuvre dans cet intervalle-là, alors que les délais requis pour les mêmes permis restrictifs en région sont énormément prolongés ou beaucoup plus longs que ceux que je viens de mentionner.

Alors, en faisant un lien, là, organique étroit entre les régions et les facultés de médecine, on va donc déterminer que, par exemple, les centres hospitaliers régionaux seront des centres affiliés à la faculté de médecine qui sera leur parrain, et donc on pourra utiliser la mécanique de permis restrictif facultaire à travers l'hôpital régional pour aller implanter des médecins en région. Et c'est en gros la philosophie qu'on poursuit maintenant.

Maintenant, il est clair que la pénurie de personnel médical qu'on vit aujourd'hui — je ne reviendrai pas sur les causes, j'en ai parlé ce matin — ça va nous prendre des années à passer au travers. Je regarde les évaluations, là, ça va de 2010 à 2020 actuellement pour qu'on ait corrigé les effets des baisses d'effectifs qu'on a eues au milieu ou fin des années quatre-vingt-dix. Cette année, par exemple, le Collège des médecins a gradué le plus faible nombre de médecins de son histoire récente. Pourquoi? Parce qu'on vit cette année, compte tenu de la longueur de la formation, le résultat de la diminution des entrées en médecine d'il y a quelques années. Alors, vous voyez, ça prend du temps pour que la correction se fasse.

Mais on est d'accord avec les grandes lignes de ce que vous aviez vous-même prévu dans la loi n° 142

pour l'affectation en région. On a l'intention de l'appliquer de façon très stricte et très attentive. Maintenant, il est clair que ce n'est pas la seule solution et qu'il faut voir à long terme également, et c'est ce qu'on essaie de faire.

La Présidente (Mme Charlebois): Je m'excuse, il reste à peine deux minutes.

Mme Léger: Je les prends. Mais, M. le ministre, est-ce que vous pouvez revenir particulièrement... Je vois toute l'approche, là, globale des médecins et des spécialistes, et tout, mais, particulièrement au niveau des psychiatres, là, comment vous allez répartir, malgré tout, au fil des années, la demande de psychiatres en région? Est-ce qu'il y a un plan d'établi? Est-ce que vous avez des estimations de comment vous allez rétablir?

M. Couillard: Alors, pour les...

Rôle des CLSC en santé mentale

Mme Léger: Et ma deuxième question... Excusez, je vais faire ma deuxième question parce que, si j'ai terminé, ça va pouvoir vous permettre... Particulièrement pour les troubles mentaux, particulièrement transitoires, par rapport aux CLSC, est-ce qu'il va y avoir des orientations précises que vous allez, que vous pouvez indiquer quant au

La Présidente (Mme Charlebois): M. le ministre.

M. Couillard: Alors, dans les sommes qu'on a envoyées pour la prévention du suicide puis les interventions en situation de crise, il est entendu que le gros de ces actions-là va être mené au niveau des CLSC. Ça nous semble l'endroit le plus judicieux pour mener ces actions-là.

Plan de répartition des psychiatres dans toutes les régions (suite)

Pour ce qui est de la psychiatrie, bien, encore une fois, c'est à placer dans le grand contexte que j'ai décrit tantôt. Les ajouts nets de psychiatres en 2001-2003 seront de 53, ce qui est un nombre, je dirais... Je parcours rapidement la liste des spécialités, ici, de base, là, et c'est le nombre d'ajouts le plus élevé actuellement de toutes les spécialités, donc 53 psychiatres de plus. Et, si on combine cette augmentation d'effectifs à la gestion serrée des PREM ou des plans d'effectifs — pour éviter les abréviations inutiles, là — je pense qu'on doit s'attendre normalement à ce que la grande majorité, sinon la totalité, de ces psychiatres vont s'installer ailleurs qu'en région métropolitaine.

Il y a également dans l'attribution des postes en résidence qu'il faut agir. Vous savez probablement qu'on a classifié les spécialités selon leur degré de pénurie, en A, B, C, D, là — D étant la spécialité en moins... niveau de pénurie, puis A étant la spécialité qui a le plus besoin d'effectifs — et la psychiatrie est certainement la catégorie prioritaire pour l'attribution des postes de résidence.

Pour vous donner une idée, cette année, on n'a aucune spécialité dans la catégorie D. La catégorie D, historiquement, c'est les spécialités où on pensait qu'on pouvait diminuer le nombre d'étudiants en formation, et la situation est telle qu'il n'y a aucune spécialité médicale au Québec qui est dans la catégorie D, on a tous des A, des B ou des C actuellement.

Mme Léger: Maintenant...

M. Couillard: Je veux juste faire un petit ajout, parce que c'est important dans la philosophie d'organisation des soins, c'est ce qu'on appelle la hiérarchisation des soins: le fait de pallier un peu au déficit d'effectifs en psychiatrie en attribuant des responsabilités de prise en charge puis de suivi à d'autres personnes qu'à un psychiatre nécessairement, par exemple l'infirmière. L'infirmière clinicienne dont on parlait ce matin pourrait certainement faire un très beau travail de suivi en santé mentale. Le médecin de famille, et on a ajusté la facturation pour ce qu'on appelle les clientèles vulnérables, en incluant les patients souffrant de maladies mentales, pour encourager, si vous voulez, les médecins de famille à suivre plus de patients psychiatriques dans leur clientèle de base. Les psychologues également.

Alors, ce qu'on veut faire, c'est vraiment rendre concrète cette notion de hiérarchisation en santé mentale, et, soyons francs, c'est la seule façon dont on va pouvoir donner des services dans un contexte de pénurie aussi marqué que celui qu'on vit actuellement.

La Présidente (Mme Charlebois): Maintenant, je vais reconnaître le député de Vimont.

Critères retenus pour la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques

M. Auclair: Merci, Mme la Présidente. Un des premiers gestes que vous avez posés, M. le ministre, fut d'établir un moratoire sur la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques. On sait qu'il y avait une grosse polémique, il y avait un gros débat. C'était, pour les familles qui ont vécu cette désinstitutionnalisation... il y avait même, on pourrait dire, dans certains cas, de la panique. Pouvez-vous nous dire en... Dans le fond, là, en ce moment, si je saisis bien, le moratoire, donc l'arrêt des procédures, maintenant, on va recommencer à nouveau à désinstitutionnaliser.

Est-ce que vous pouvez nous dire un petit peu quels sont les critères que vous allez retenir ou que vous avez retenus pour justement procéder à cette désinstitutionnalisation-là?

La Présidente (Mme Charlebois): M. le ministre.

M. Couillard: Alors, Mme la Présidente, le moratoire en question a été très court. En fait, les mouvements de désinstitutionnalisation ont débuté, je dirais, dans les jours, même, qui ont suivi l'annonce. Ce qu'on a voulu faire, c'est calmer les appréhensions des familles qui, à mon avis, se plaignaient justement d'avoir été écartées du processus de décision et d'avoir été placées dans des situations de fait accompli.

Ce qu'il faut absolument comprendre, sur le plan du concept, ici, c'est que l'hébergement d'une personne, au sens de la loi, c'est un traitement, un traitement auquel on a le droit de consentir ou de ne pas consentir comme personne. Si, soi-même, on n'est pas apte à consentir, bien, c'est le Curateur public qui doit le faire pour nous ou nos représentants légaux, notre famille proche. Alors, malheureusement, on a balayé un peu les soucis des parents dans le processus, c'est ce qui fait que la forme que l'action a prise a vraiment rendu les parents très déçus et même agressifs, vous le savez, dans certains cas.

Ce que je voudrais établir de façon claire, puis je l'ai fait également lorsque j'ai annoncé le ralentissement momentané du mouvement de désinstitutionnalisation, c'est que je crois, moi, clairement et fortement en cette notion de désinstitutionnalisation. Il est clair que la grande majorité des patients qui sont actuellement dans les hôpitaux comme Rivière-des-Prairies ou Robert-Giffard vont bénéficier d'un transfert dans un milieu plus approprié. Et j'ai eu l'occasion, puis j'encourage les membres de la commission autour de la table à le faire s'ils ou elles ont la chance de le faire, d'aller visiter des centres comme le Centre Miriam, par exemple, à Montréal ou d'autres centres semblables où on voit des gens qui étaient auparavant à Rivière-des-Prairies avec des contentions, une polymédication, qui sont maintenant libérés de leurs contentions, avec beaucoup moins de médicaments. Alors, il est clair que, pour beaucoup de patients, de personnes, la désinstitutionnalisation est l'avenue de choix.

● (17 h 30) ●

Ce qu'on a voulu faire, c'est recentrer le processus sur les droits des gens, des patients, autour de cette notion de consentement. Alors, ce qu'on fait, c'est qu'on a créé dans les deux hôpitaux des commissions d'examen des cas, où les patients... chaque cas individuel est examiné par un éducateur, par un représentant de la Régie régionale. Le parent, s'il y en a un, parce que beaucoup de ces gens-là sont représentés par le Curateur, le parent peut être accompagné de certains membres de son groupe. Le Curateur public a également un représentant sur la commission, chaque cas est examiné individuellement, et on s'assure que, lorsqu'il y a une entente pour que le patient ou la personne soit envoyé dans d'autres milieux, ça fasse l'objet d'une entente écrite, une convention entre l'institution, la Régie régionale et le parent, qui décrit clairement les services qui vont pouvoir être offerts et rendus.

Il faut également savoir qu'il y a beaucoup de parents qui attendent avec anxiété le fait que leurs enfants aient accès à ces autres services à l'extérieur. Lorsque j'ai annoncé la décision, il y avait, d'une part, les parents qui étaient heureux du fait qu'on ait temporairement cessé le mouvement mais, d'autre part, également, un groupe important de parents qui étaient inquiets, pensaient que j'allais arrêter tout ce mouvement-là, alors qu'ils souhaitaient clairement que, pour leurs enfants, cela soit possible. Alors, on a, pour ces parents-là... on les a rassurés en accélérant encore plus le processus et en laissant savoir à la Régie régionale et aux commissions d'examen que, lorsqu'il y a un consentement clair de la famille pour la sortie du patient, on ne coupe pas les cheveux en quatre et qu'on transfère

rapidement la personne à l'extérieur. Alors, le résultat final de ça, de cette démarche-là, c'est qu'elle est, à mon avis, beaucoup plus respectueuse des gens, de leur droit à consentir ou non à un traitement.

Et je rappelle que l'hébergement est un traitement au sens de la loi et qu'en bout de ligne je pense que la vaste majorité des cas aurait quitté ces deux hôpitaux. Et c'est ce qu'il faut souhaiter comme société. Restera-t-il quelques personnes qu'on jugera inaptes à un transfert dans un milieu autre? C'est possible, et, à ce moment-là, elles devront être dirigées vers un milieu de soins prolongés en santé mentale. Alors, c'est là l'essence de notre action.

Les informations que j'ai actuellement me montrent que les sorties de patients se déroulent bien, autant à Robert-Giffard qu'à Rivière-des-Prairies. Je n'ai pas eu actuellement d'incident ou de problème majeur qui m'a été signalé, et, bien sûr, on garde un oeil vigilant sur le processus. Mais, encore une fois, je pense qu'il faut que ce soit bien clair dans l'esprit du public, cette nouvelle façon d'agir n'était en rien une contradiction ou un abandon de la philosophie même de la désinstitutionnalisation. Au contraire, il s'agit de la rendre plus humaine, je pense, fondamentalement.

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, M. le député de Vimont.

Services de soutien aux familles de malades psychiatriques désinstitutionnalisés

M. Auclair: Merci beaucoup pour la réponse. En deuxième volet, on sait que, bon, le fait de désinstitutionnaliser peut également amener un certain facteur sur la famille... une certaine, dans le fond, pression sur les familles, d'un autre côté.

Est-ce qu'il y a un soutien familial qui est prévu pour... parce que, même si les familles sont heureuses de retrouver leurs proches, et tout ça, est-ce qu'il y a un soutien familial qui est prévu, soit au niveau de services, répit et autres? Parce qu'on sait qu'il y a déjà un certain manque en ce moment au niveau de cette réalité-là, dans les services disponibles.

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

M. Couillard: M. le Président, la grande majorité des gens qui sont sortis, sinon la totalité, ne vont pas vivre avec leurs familles; la grande majorité vont vivre dans des familles d'accueil ou des résidences adaptées, de sorte que les familles n'ont pas à prendre charge eux-mêmes des soins et des services. La grande inquiétude des familles lorsque j'ai parlé avec les représentants de parents était de deux ordres. Un: Qu'est-ce qui arrive si mon enfant a un problème de santé physique majeur? Où est-ce qu'on l'envoie? Parce qu'il y a eu des problèmes, effectivement, de retour de ces personnes-là, et on ne voulait pas les voir parce que c'étaient soi-disant les patients d'un autre hôpital, etc. Vous connaissez tout le genre de situations qu'on peut vivre là-dedans. Alors, on a fait, de façon claire, établir quelle serait la marche à suivre en cas de problèmes physiques concomitants, là, qui feraient que la personne devrait avoir besoin de soins médicaux.

Deuxième inquiétude, c'est que les parents s'inquiètent, à juste titre. Vous savez qu'il s'agit de personnes souvent de 40, 45 ans maintenant, parfois plus. Les parents deviennent âgés, et, finalement, l'inquiétude qu'ils ont, c'est: Qu'est-ce qui va arriver quand je vais mourir, quand je ne serai plus là? Qu'est-ce qui va arriver à cet enfant-là s'il est en dehors puis qu'on ne sait pas exactement ce qu'il a comme services? Et ça, c'est pour ça qu'on a voulu que les ententes de services soient établies de façon très claire et qu'on ait une définition absolument étanche, là, du niveau de services auquel ces personnes-là auraient droit, et je pense qu'en faisant ça on a calmé beaucoup d'appréhensions des parents.

L'autre chose qui est faite également et qui doit être faite, c'est de permettre aux parents, qui sont souvent rébarbatifs à l'idée que leurs enfants quittent l'hôpital, d'aller visiter les institutions où ces gens-là sont pris en charge et de faire la même constatation que, moi, j'ai faite, c'est que, pour la question de la qualité de vie, dans l'immense majorité des cas, les gens tirent un bénéfice considérable du fait d'être replacés dans la communauté, en termes de recours aux contentions, à la médication, etc. M. Rodrigue voudrait ajouter quelque chose.

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, M. Rodrigue.

M. Rodrigue (Norbert): Un petit point supplémentaire que je veux ajouter, parce que, pour moi, il n'est pas négligeable, c'est qu'au-delà de ce que M. Couillard vient de souligner la responsabilité de soutenir la famille, ce n'est pas qu'une responsabilité de santé et services sociaux, c'est une responsabilité plus large, je dirais, plus collective et plus gouvernementale, au sens large du terme. Et, dans ce sens-là, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'arrivera jamais tout seul... Et c'est pour ça que, nous, l'Office, on plaide fréquemment pour un travail plus interministériel ou intersectoriel devant une problématique comme ça. Je voulais l'ajouter parce que, vous savez, il y a beaucoup de choses comme ça où, seul, on ne peut pas faire beaucoup ou tout, mais, à plusieurs, on peut faire plus.

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y, M. le député de Vimont.

Nombre de personnes désinstitutionnalisées

M. Auclair: Est-ce que vous pouvez nous dire, M. le ministre, combien de personnes ont bénéficié de la désinstitutionnalisation... excusez-moi, désinstitutionnalisation?

Le Président (M. Copeman): Moi, je suis très content d'entendre quelqu'un d'autre que moi qui éprouve des difficultés — moi et le député de Nelligan — à prononcer ce mot-là. Merci. Allez-y.

M. Auclair: Désinstitutionnalisation, mais je me pratique depuis ce matin, hein?

Mme Léger: Quel mot?

Le Président (M. Copeman): Désinstitutionnalisation, pour votre information, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

M. Auclair: Trois fois de suite, Nicole. Trois fois de suite.

Le Président (M. Copeman): Alors, je ne sais pas où est-ce qu'on est rendus, mais je pense qu'on attend réponse du ministre de la Santé.

M. Auclair: Sur le nombre de personnes.

Le Président (M. Copeman): Sur le nombre de personnes.

M. Couillard: Alors, il s'agit de dire le mot très lentement: désinstitutionnalisation. Si on essaie de le dire trop vite, chaque fois, ça ne marche pas. Ou on peut dire «désins» également, c'est une façon plus rapide de le dire.

Alors, pour le nombre de personnes qui sont visées, il y a, Rivière-des-Prairies, 200 personnes qui étaient dans la... qui faisaient l'objet de l'examen et, à Robert-Giffard, 80. Mais je ne suis pas en mesure maintenant de vous dire combien, là, sont sorties. Ce qu'on me dit, c'est qu'il y a des gens qui quittent régulièrement l'institution et que le processus est très fluide, que ça se déroule bien.

Le Président (M. Copeman): Sur la même question, Mme la députée de Pontiac, allez-y.

Répartition des services en santé mentale dans toutes les régions

Mme L'Ecuyer: Sur la même question. M. le ministre, j'étais très heureuse de vous entendre tantôt affirmer que vous aimeriez être reconnu pour celui qui a tenté régler des problèmes en santé mentale. Je pense qu'on est conscients de la difficulté que ça représente pour les familles qui ont à prendre soin de gens qui ont des problèmes de santé mentale et aussi, pour l'ensemble du réseau, que ce n'est pas évident. On a ce qu'on appelle souvent... On est confrontés à une situation, moi, j'appelle ça le syndrome de la porte tournante: on les rentre, on les sort, on les stabilise, on les rentre, on les sort.

Ma question est surtout pour les personnes qui ont des problèmes de maladie mentale sévères et persistants, ces gens-là qui tentent, avec le support de la communauté, de se trouver une place dans leur communauté. Dans mon comté, on vit une situation assez particulière, où des gens qui ont des problèmes de santé mentale sévères et persistants se sont regroupés, ont des maisonnettes, et, bon, ils viennent finalement d'être acceptés par la municipalité, et l'ensemble des gens ont commencé à s'organiser pour les supporter et s'assurer qu'ils puissent demeurer à cet endroit.

Est-ce que, dans votre planification de services au niveau des gens qui ont un problème de santé mentale sévère et persistant, vous avez prévu de vous assurer que l'ensemble des territoires aient accès à ce type de ressources, qui est de l'hébergement? Moi,

j'appelle ça de type plus familial ou de maison, où, finalement, un couple peut superviser puis s'assurer que ces gens-là ne deviennent pas itinérants ou ne retournent pas dans le milieu hospitalier. Je sais qu'il y a des endroits où ça existe déjà, mais ce n'est pas l'ensemble des territoires de la province qui ont la chance d'avoir ce type de ressources là. Est-ce que, dans votre plan, c'est prévu que l'ensemble des territoires vont être desservis et supportés par le ministère de la Santé pour ces clientèles-là?

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

M. Couillard: Alors, voilà un exemple où le rôle des CLSC est essentiel, où, les CLSC existant dans toutes les régions du Québec, on va pouvoir, je l'espère, leur confier ce rôle-là.

Mais la question, outre son aspect spécifique pour votre comté, touche l'aspect plus large de l'orientation de la façon dont on dispense les soins pour la santé mentale. Évidemment, il y a deux grandes façons de donner des soins, soit en institution, soit en communauté. Puis l'exemple que vous donnez est un exemple classique de traitement en communauté, et la tendance mondiale, je dirais, très lourde actuellement est de diriger les ressources surtout vers les soins en communauté.

● (17 h 40) ●

Alors, la façon dont on raisonne ça actuellement, c'est de considérer que, disons, il y a environ 10 % des ressources qui sont affectées à la santé mentale, qu'il y a 40 % qui devraient être — en gros, là, je vous donne des ordres de grandeur — 40 % qui devraient être affectées aux soins en institution et 60 % en soins à la communauté, donnant là un signal clair d'orientation, là, précise pour le type de soins qu'on veut que ces gens-là reçoivent. Et là, encore une fois, les CLSC sont le véhicule, je pense, idéal pour assurer le suivi des personnes dans leur milieu.

Le Président (M. Copeman): Oui, allez-y. Allez-y, Mme la députée.

Niveau du budget des ressources en santé mentale dans les CLSC

Mme L'Ecuyer: En complémentaire. En parlant des CLSC, il y a aussi, dans les CLSC, des programmes intégrés de santé mentale qui sont appelés à desservir l'ensemble des clientèles qui sont à domicile ou dans d'autres types de logements. Ça aussi, ces équipes-là sont interpellées de plus en plus, compte tenu que les gens qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, les situations deviennent de plus en plus difficiles. On a aussi souvent de ces clientèles-là qui ont d'autres types de problèmes, soit des surconsommations de médicaments.

Dans vos budgets qui vont être alloués ou qui ont commencé à être alloués au niveau des services en santé mentale, est-ce que c'est prévu, des augmentations de budget pour les équipes de santé mentale qui sont dans les CLSC?

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

M. Couillard: Oui, lorsqu'on parle plus spécifiquement des équipes qui se consacrent à la prévention du suicide, ou à l'intervention de suicide, ou à la situation plus large d'intervention en période de crise.

Intéressant également, il y a des chiffres qui sont éloquentes pour le virage de soins en communauté, que notre réseau prend depuis quelques années. Il y a actuellement 300 personnes admises dans les établissements de réadaptation publics, en déficience intellectuelle. 300 personnes, c'est très peu, surtout si on considère qu'en 1980 il y en avait plus de 4 500. Alors, vous voyez l'important changement qui a eu lieu. Et, en fait, si on considère en plus les résidences privées dont on ne connaît pas évidemment toutes les circonstances, il y a probablement moins de 1 000 personnes au Québec qui sont encore hébergées en institution pour une déficience intellectuelle.

Alors, on a fait un progrès majeur dans ce côté-là, mais encore faut-il assurer la continuité des soins et des services à l'extérieur de l'hôpital, et là c'est pour ça que le rôle des organismes communautaires et des CLSC devient particulièrement important. Ce n'est pas un problème médical, ça, c'est un problème d'organisation de la communauté.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Plan d'action en matière de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale

Mme Léger: Oui, M. le Président. M. le ministre, particulièrement, concernant la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, nous avons travaillé particulièrement en étroite collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, principalement coordonnée par Emploi et Solidarité sociale, toute cette démarche de lutte contre la pauvreté, avec forums, consultations, des énoncés, des orientations, une stratégie nationale et une loi pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. La loi a été adoptée en décembre dernier — j'imagine que vous le savez — à l'unanimité, où, tous partis confondus, nous avons voté cette loi-là. L'objectif principal de cette stratégie nationale là est de réduire de 50 % la pauvreté au Québec pour d'ici les 10 prochaines années. Un défi majeur, un défi absolument phénoménal, ce qui veut dire qu'il faut mettre la main à la pâte le plus rapidement possible.

Nous avons entendu votre collègue, on a entendu votre premier ministre, nous avons entendu plusieurs autres de vos collègues dire qu'il y a un plan d'action qui viendra incessamment. Bon. On a sorti que, bon, on arrivait en élection puis que, là, on a reporté: il faut l'étudier, il faut le regarder. Bon. Peu importe tout ce qu'on a mentionné comme raisons, c'est très attendu, ce plan d'action là, pour faire la suite et boucler la boucle de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, pour commencer à travailler vraiment d'une façon, je pourrais dire, plus précise dans cet objectif-là de 10 ans.

Alors, est-ce que vous, comme ministre de la Santé et des Services sociaux... M. le Président, est-ce que le ministre va nous assurer qu'il va regarder de près et va s'impliquer dans cette démarche de lutte contre la pauvreté et s'assurer qu'il y a un plan d'action qui va être

soumis le plus rapidement possible auprès du public québécois?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, effectivement, notre collègue nous annonce le dépôt de sa politique en matière d'exclusion et de lutte à la pauvreté pour l'automne. Il faut déjà dire qu'il y a des liens importants qui sont faits, particulièrement avec les priorités nationales de santé publique, par exemple. Alors, on s'assure d'un arrimage très serré entre les deux. Et, dans les actions qu'on a déjà prises, je dois dire que ça a été quelque chose qui a été proche de mes préoccupations.

Par exemple, l'assurance médicaments. On a parlé un peu plus tôt dans la journée des augmentations de contribution qu'on a faites, là, il y a quelques semaines, à l'assurance médicaments. On a volontairement exclu, même si notre engagement de gratuité totale n'est pas encore rempli, de toute hausse les gens les plus démunis, c'est-à-dire les prestataires d'assurance emploi et les personnes âgées bénéficiant du supplément de revenu garanti. Maintenant, ceci serait assez simpliste de dire ça comme ça, parce qu'on aurait déjà l'impression de s'être déchargés d'une grande responsabilité en termes de protection des démunis. Mais, si on va un peu plus loin, et je suppose que vous apprêteriez vous-même à aller un peu plus loin dans votre question suivante, il y a d'autres groupes que ceux qui étaient nommément visés par ces catégories-là qui sont touchés par les hausses de médicaments, avec des revenus comparables. Il y a les gens qu'on appelle les adhérents ou les travailleurs autonomes, ou ceux qui ont des suppléments de revenu garanti partiels, qui ont des revenus qui ne diffèrent pas tellement, en termes de niveaux, des gens pour lesquels on a épargné ou on a évité les hausses.

Alors, ce dont j'ai voulu m'assurer avec mon collègue qui est responsable de la mise en place de la politique, c'est que les effets pour les gens à faibles revenus, on parle des gens qui ont un revenu juste un peu plus élevé que l'aide sociale, seront compensés par la politique de lutte à l'exclusion et à la pauvreté, de façon à ce qu'on maintienne un incitatif clair pour le travail plutôt qu'au fait de retourner sur l'aide sociale. Parce que vous comprendrez qu'il y a un biais facile qu'on peut introduire, là. On ne voudrait pas que les gens qui occupent un emploi à faibles revenus constatent de façon objective qu'il est beaucoup plus avantageux de retourner sur l'aide sociale parce que les médicaments sont gratuits. Alors, on veut adopter une position beaucoup plus large et qui fait en sorte que, lorsqu'on va faire la lutte... la politique-cadre de la lutte à la pauvreté et de l'exclusion... Mon collègue déjà m'a donné l'assurance qu'il y aurait des mesures qui seraient prises pour annuler ce genre d'impact, si vous voulez, et ceci, nonobstant les travaux en cours pour l'ensemble du régime d'assurance médicaments.

Alors, c'est un exemple, je pense, d'arrimage ou de préoccupation combinée, là, mais c'est certain que c'est quelque chose qu'on va suivre de près. D'ailleurs, ça va passer au Comité ministériel du développement social lorsque la politique sera établie, et on aura

l'occasion d'en discuter à ce moment-là et de s'assurer que les objectifs sont bien remplis.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Vous savez, lors de mon mandat comme ministre déléguée à la Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, ça a été deux ans de mandat où il y a eu beaucoup d'actions et beaucoup de, je pourrais dire, d'efforts de ma part et de toute l'équipe ministérielle, à l'époque, pour s'assurer de faire de cette lutte à la pauvreté une priorité nationale et que ce soit une politique gouvernementale, comme on dit, à l'horizontale. M. Rodrigue nous parlait d'horizontal tout à l'heure au niveau de toutes les personnes handicapées, d'une part, toute votre préoccupation à ce niveau-là. La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale est majeure, et majeure dans le sens pas juste pour le Québec, mais pour aussi tout ce qui se passe actuellement dans l'ensemble de l'international, au niveau de ces défis-là de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Ça a été quand même 200 000 signatures au Québec suite... avec la Marche des femmes, suite au Collectif pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Alors, je vous invite fortement à suivre de près et de vraiment vous impliquer, comme ministre de la Santé et des Services sociaux, à vraiment arriver à un plan d'action qui est attendu de nous tous. Ce n'était pas, pour nous, à l'époque, tout simplement une volonté partisane. Je pense que ça a été au-delà de ça, parce que je peux vous dire que deux ans de travail... Je vois ma collègue, aussi, à côté de moi, de Terrebonne qui a beaucoup contribué. On a été... tout le gouvernement de l'époque. Et, au-delà de la partisanerie, c'est quelque chose. Je pense que ce sont des politiques et des orientations au-delà de la partisanerie. Alors, je vous invite vraiment à poursuivre le travail et faire une continuité. Je pense que tout le monde... Je pense que toutes les Québécoises, tous les Québécois vont vous être redevants de faire la suite des choses à ce niveau-là.

Gratuité des médicaments pour les prestataires de l'assistance-emploi et les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti

Votre collègue de l'Emploi, Solidarité sociale, cette semaine, hier, j'étais avec lui en commission parlementaire, on a beaucoup parlé des assistés sociaux, des prestataires de la sécurité du revenu. Il y a beaucoup d'articles de journaux ce matin. Le Parti libéral s'était engagé dans le barème plancher et s'était engagé dans l'assurance médicaments telle quelle. Alors, j'aimerais vous entendre. Vous me l'avez glissé tout à l'heure, mais j'aimerais savoir si vous allez rétablir la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale et les personnes âgées recevant un supplément de revenu garanti. C'était une promesse libérale, et j'aimerais savoir aujourd'hui si vous allez respecter cette promesse-là.

Le Président (M. Copeman): Alors, de nouveau le ministre de la Santé.

M. Couillard: De nouveau parce que je l'ai déjà indiqué, je pense, plusieurs fois aujourd'hui qu'effectivement... Et les Services sociaux, en passant, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): ...mon collègue le député de Nelligan n'est pas présent. Oups! Je viens d'enfreindre le règlement! Je m'autodiscipline. Il est là à part de ça. Je suis vraiment dans le trouble, là. Mais mes excuses, M. le député de Nelligan. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Donc, effectivement, notre engagement d'établir la gratuité des médicaments pour les prestataires d'assurance emploi et les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti est maintenu. On peut même le chiffrer. Ça représente un coût d'environ 22 millions de dollars pour cette clientèle spécifique. Alors, j'ai bon espoir que notre politique du médicament entre en vigueur. Le Conseil du médicament d'ailleurs, dont on a peu parlé aujourd'hui, on en parlera peut-être demain avec votre consœur, là, qui a déjà eu des actions, je dirais, très prometteuses en termes de contrôle puis de profil d'utilisation des médicaments, devrait nous permettre de dégager des économies qui nous permettraient de financer au moins cette partie-là de notre engagement pour les prestataires d'assurance emploi et les personnes âgées, encore une fois, spécifiquement recevant le supplément de revenu garanti.

On veut faire bien attention cependant, comme j'ai dit tantôt, de ne pas établir un biais qui fait que ça devient plus intéressant d'être sur l'aide sociale qu'occuper un emploi à faibles revenus. Il faut être très, très prudent à cet effet-là, parce qu'on envoie un message de découragement ici si on dit aux gens: Bien, écoutez, vous sortez de l'aide sociale, vous abordez un emploi qui est très peu payant, parce que c'est la façon dont on recommence l'accès au marché du travail. Puis ces gens-là calculent vite, ils se rendent compte qu'ils étaient mieux quand ils étaient sur l'aide sociale. On n'a pas beaucoup amélioré la situation.

Alors, effectivement, là, pour répéter encore une fois, et je répéterai probablement encore demain, je sens que c'est une question qui va revenir souvent, cet engagement est maintenu, ne fait pas de doute et sera accompli au cours de notre mandat.

● (17 h 50) ●

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Ce n'est pas maintenu... maintenu depuis hier ou avant-hier, mais parce que c'est quand même... Ils ne l'avaient pas, la gratuité, présentement, là. Alors, vous engagez à avoir la gratuité.

Commissaire à la santé

Rôle

Sur, particulièrement, le travail... Je vais sur un autre sujet, celui de l'ombudsman. Vous en avez parlé un peu. J'ai regardé dans votre programme puis dans ce que vous avez dit particulièrement sur le rôle. J'aimerais que vous nous en parlez un petit peu plus. Vous avez

glissé ce matin... J'ai entendu dans votre discours que vous en avez parlé. Mais quel serait vraiment son rôle... que vous voulez qu'il puisse rentrer en fonction? Je crois que vous avez parlé que ce soit nommé par l'Assemblée nationale. Donc, est-ce que c'est cet automne qu'on voit ça ou si vous voyez ça un petit peu plus tard? Le processus va commencer quand?

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

M. Couillard: Alors, je suis content, M. le Président, qu'on me parle de ce sujet-là, parce que j'ai toujours considéré que c'est un élément de notre programme qui n'avait pas reçu toute l'attention qu'il méritait, puis, bien humblement, un des meilleurs éléments de notre programme santé, je suis obligé de le dire aujourd'hui, pour plusieurs raisons.

D'abord, il y a beaucoup d'acteurs de la scène politique et des intervenants du milieu de santé et services sociaux qui déplorent la trop grande politisation, entre guillemets, du réseau de la santé et des services sociaux, qui fait qu'on peut prendre des décisions, apparemment, souvent, je crois, pour des raisons essentiellement politiques qui vont en deçà des intérêts plus larges de la population.

Ma réponse à ça, c'est qu'il y a deux façons d'enlever la politique de la santé. Mais il ne faudrait pas enlever toute la politique de la santé et des services sociaux. Enlevons la politique avec un petit p, si vous me permettez d'en parler ainsi, et essayons d'y conserver la politique avec les grands P, c'est-à-dire la définition des grandes orientations de société. Et la façon de faire ça, à mon avis, c'est de deux façons: d'une part, avec une véritable régionalisation puis une représentation de la population au niveau des actions locales puis, d'autre part, la création de ce poste de Commissaire à la santé. Je préfère le terme de «commissaire à la santé» plutôt que d'«ombudsman», ça me paraît plus approprié.

Alors, quel sera le rôle de ce Commissaire à la santé...

Je ne sais pas, les gens semblent avoir des conversations parallèles, voulez-vous que j'interrompe quelques secondes? Je peux arrêter si vous voulez, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Non, comme vous voulez, M. le ministre. Vous êtes libre de vos paroles.

M. Couillard: Donc, le Commissaire à la santé sera effectivement désigné par l'Assemblée nationale et il fera rapport à l'Assemblée nationale, ce qui est déjà un élément très important. Quel sera son rôle? Bien, d'abord, celui de veiller à l'application de ce qu'on appelle, dans notre programme également, la Charte des droits et responsabilités des patients, qui sera incluse dans notre cadre et qui fera l'objet d'un examen du Commissaire pour vérifier que les objectifs de cette Charte sont bien accomplis. D'autre part, il s'agit d'établir un mécanisme de conseils, je dirais, guidé surtout par les considérations éthiques, sur le choix des nouvelles technologies et même des nouveaux médicaments pour le ministère de la Santé et des Services

sociaux afin vraiment d'écartier toute considération politique partisane des décisions difficiles, je le dis tout de suite, des décisions très difficiles qui auront à être prises au cours des prochaines années. Je vais donner quelques exemples.

Il y a une technologie en cardiologie qui s'appelle le coeur mécanique — on installe une pompe, là, pour soutenir le coeur — ou d'autres technologies qui sont des défibrillateurs internes — des machines qu'on implante de façon permanente dans le corps pour empêcher le coeur d'avoir des troubles du rythme qui peuvent être mortels. Alors, si on faisait une revue rapide des articles parus dans la littérature scientifique, là, puis qu'on décidait d'implanter ces machines-là ou ces technologies-là à tous les gens potentiellement éligibles, bien, on n'aurait plus aucun développement dans le système de santé autres que ces nouvelles technologies là.

Alors, il faut que quelqu'un porte un regard éclairé sur la valeur de ces nouvelles technologies là et sur tout l'aspect éthique du choix et de la façon dont on attribue les nouvelles priorités. Et, moi, à mon avis, je pense qu'il est fondamental que cette réflexion-là soit dissociée le plus possible du jeu politique partisan. Ça me paraît, là, clairement majeur comme façon d'agir. Donc, c'est de se servir de conseils ou de recommandations fortes à ces effets-là et, en fait, de vérifier la performance financière ou la performance globale du système de santé: comment est-ce qu'on investit, qu'est-ce qu'on en reçoit, comme citoyen, comme bénéficiaires réels.

Moi, comme citoyen, puis j'étais encore jusqu'à il y a quelques semaines un électeur comme les autres, ce qui me surprenait toujours, chaque année, dans le jeu politique, c'est de voir qu'on disait que les listes d'attente, par exemple, étaient épouvantables. D'un autre côté, le ministre de la Santé répond qu'elles ne sont pas si pires, dans le fond, les listes d'attente. Puis ça continue comme ça pendant des années. Puis le citoyen, là-dedans, il ne sait pas qu'est-ce qu'il en est, il ne sait pas c'est quoi, la véritable situation. Alors, on va avoir quelqu'un qui va venir nous dire de l'extérieur, qui va nous dire à tous, comme parlementaires et à la population, à travers nous: Voici la situation cette année. Voici les objectifs que, comme gouvernement, vous étiez fixés. Voici votre performance en tant qu'atteinte de ces objectifs pour cette année. Et voici la façon dont, je pense, on pourrait mieux remplir les objectifs pour l'année suivante. C'est un rôle qui se rapproche un peu de celui du Vérificateur général, vous voyez, mais appliqué spécifiquement à la santé et services sociaux.

Et je suis content qu'on ait l'occasion d'en discuter parce que, sur le plan de la chronologie, vous m'adressiez cette question-là, on aimerait bien également, à l'automne, présenter un projet qui regrouperait la Charte des droits et responsabilités des patients et le Commissaire à la santé, encore une fois le soumettre à la consultation publique pour le voir, nous l'espérons, entériné au printemps par l'Assemblée nationale.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Support administratif

Mme Léger: Donc, si je comprends bien, donc c'est cet automne que vous allez le présenter, donc, en consultation en commission parlementaire, et tout ça. Vous allez préparer les choses pour que ce soit au printemps, à la suite des...

Est-ce que son rôle... Bon, il va examiner... Il va falloir que le ministère de la Santé et des Services sociaux puisse avoir un bureau de l'ombudsman? Vous allez avoir de l'administratif relié à ça, là. Pouvez-vous me l'expliquer un peu?

M. Couillard: Ce qu'on veut faire le plus possible, on ne veut pas créer une nouvelle structure, là, énorme certainement, on va essayer de rapatrier le plus possible des organismes actuels sous le giron ou dans le giron du Commissaire à la santé. Par exemple, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, compte tenu du rôle que j'ai évoqué tantôt, devrait normalement être placée sous le Commissaire. On peut penser la même chose du Conseil du médicament par exemple, du conseil... de la Protectrice des usagers. Toutes ces fonctions-là qui existent déjà vont être placées dans le domaine du Commissaire à la santé, avec l'appareil bureaucratique et de fonctionnaires qui est nécessaire pour le faire, sans qu'il soit nécessaire formellement d'ajouter beaucoup de ressources supplémentaires. Il y a, par contre, un aspect qui n'est peut-être pas actuellement suffisamment développé, c'est l'aspect de l'éthique. On a actuellement peu d'activités organisées au niveau gouvernemental pour des réflexions d'ordre éthique sur les technologies et les médicaments. Et là je pense qu'il va falloir amener quelques personnes de l'extérieur pour nous aider à remplir... ou pour aider le Commissaire à remplir cette partie-là de son mandat.

Mme Léger: Donc, c'est l'ajout d'expertises, probablement, pour venir...

M. Couillard: Pour l'éthique, spécifiquement. Pour le reste, je pense que les expertises sont toutes là et nécessitent juste d'être recentrées ou récupérées.

Mme Léger: Est-ce que...

Le Président (M. Copeman): Allez-y, madame. Allez-y, oui.

Rôle du Conseil de la santé et du bien-être

Mme Léger: Il veut m'enlever des secondes. Est-ce que le lien avec le Conseil de la santé, du bien-être... Est-ce qu'il va... le Conseil va rester tel quel ou il va être modifié, son rôle, ou modifiées, ses fonctions?

M. Couillard: Ce n'est pas encore défini. J'aurais tendance à dire que le Conseil va rester comme tel, parce que le mandat essentiel de ce Conseil de la santé et du bien-être, c'est veiller aux intérêts de représentation de la population, aux intérêts fondamentaux de la population et de sa représentation, encore une fois, dans le système actuel. Et, ça, je ne pense pas

que ça devrait être mis dans le domaine d'un organisme comme le Commissaire à la santé. J'aurais tendance, actuellement, là — mais la réflexion se poursuit, puis on pourrait échanger là-dessus lorsqu'on déposera le projet — j'aurais tendance à conserver au Conseil national de la santé et bien-être son mandat actuel à l'extérieur de la mécanique du Commissaire. Mais il y aura peut-être des arguments que vous pourriez trouver qui sont à l'inverse, on verra, vous pourrez échanger là-dessus, là. On ne veut pas non plus en faire une immense machine, là, nouvelle, dans le ministère. Puis on veut quand même conserver un peu le rôle au ministre de la Santé et des Services sociaux, quand même.

Mme Léger: On l'espère tous. En terminant, je pense que je n'aurai pas l'occasion de revenir probablement, là...

Le Président (M. Copeman): Bien, moi, je suis disposé à vous laisser un peu de jeu, Mme la députée. J'ai une demande d'intervention du député de Nelligan, vers la fin de l'échange. Alors, avant votre remarque à mon égard, j'étais disposé à vous laisser passer 20 minutes, là. Mais allez-y! Soyez bien à l'aise. Je vais vous arrêter, juste le temps de laisser passer le commentaire, un petit échange avec M. le député de Nelligan. Soyez bien à l'aise. Allez-y! Continuez!

Centres jeunesse (suite)

Mise à jour des règles de contribution parentale

Mme Léger: Alors, je continue? Bon, merci. Je veux revenir au niveau des centres jeunesse. Tout à l'heure, par rapport, particulièrement, dans tout un autre ordre d'idées, dans les centres jeunesse, la contribution parentale exigée lors du placement d'un jeune, d'une part, dans un centre jeunesse.

Vous savez que ça a été grandement critiqué dans le dossier du démantèlement du réseau de prostitution juvénile au Québec. Les parents doivent contribuer effectivement selon leurs revenus aux frais de subsistance de leur enfant tant qu'ils n'ont pas été déchés de leur autorité parentale.

Alors, le ministre va-t-il réviser en fin de compte cette contribution parentale? Est-ce que vous avez déjà fait des avancées à ce niveau-là ou les choses vont rester telles quelles? C'est peut-être une question très précise, là, mais il y a quand même beaucoup d'éléments puis de...

● (18 heures) ●

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

M. Couillard: Alors, quand on parle des contributions parentales, il y a une partie qui est un équivalent de la contribution parentale, c'est les barèmes pour les familles d'accueil, autant les familles d'accueil pour les adultes que surtout, là, quand on parle des jeunes plus spécifiquement. Alors, on a rehaussé cette année les barèmes pour les familles d'accueil, autant le barème de base que le barème qu'on appelle éclaté, c'est-à-dire l'argent pour les dépenses des jeunes ou des enfants qui sont en famille d'accueil. Alors, on a alloué comme

nouveaux crédits cette année, pour l'augmentation par jour par place de la rétribution de base, un crédit de 4,8 millions de dollars et, pour le barème éclaté, qui est l'allocation de dépenses, etc., une enveloppe de 3,5 millions, pour une enveloppe totale nouvelle de 8,3 millions de dollars. Donc, on a rehaussé, je dirais, de façon assez significative ce qui est donné aux familles d'accueil. Maintenant, je veux juste prendre quelques secondes, si vous me permettez, pour consulter un document, là.

Oui, effectivement, comme vous le dites, la contribution des parents est significative, et on me dit ici qu'en 2001-2002 ils ont contribué pour 8,4 millions de dollars au processus dont vous parlez, et donc on doit certainement lever une question quant à l'équité, la cohérence des règles ici, ce qui amène le ministère à être interpellé, autant mon prédécesseur que moi-même, là, sur la question. Alors, ce que je pourrais vous dire là-dessus, c'est qu'on va essayer de corriger ces inéquités-là, on va mettre à jour les règles de contribution parentale en faisant suite aux recommandations du Protecteur des usagers sur le dossier. Et par ailleurs, bien, il y a l'augmentation des barèmes des familles d'accueil que je vous ai indiquée tantôt, qui, à mon avis, est un message positif qu'on envoie, là, dans le milieu.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, oui.

Mme Léger: Je vais revenir aux familles d'accueil, mais vous ne m'avez pas répondu, M. le ministre... M. le Président, le ministre n'a pas répondu tout à fait, là. Par rapport à la contribution parentale telle que déjà exigée, est-ce que vous allez la maintenir, la contribution parentale?

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

M. Couillard: On vient de recevoir un avis de la Protectrice des usagers sur cette question précise. On va me permettre de prendre acte de cet avis et de revenir ultérieurement pour les orientations ministérielles à ce sujet-là.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Objectifs gouvernementaux en matière de familles d'accueil

Mme Léger: Est-ce que le ministre... J'aimerais qu'on revienne aux familles d'accueil, on n'en a pas beaucoup parlé, on a glissé un peu à ce niveau-là. On a pu voir... Bien, en tout cas, dans les recommandations du rapport Cloutier, on a pu voir, en tout cas, que le rapport nous amenait à revoir, en collaboration avec les partenaires, le nombre maximal d'enfants que peut accueillir une famille.

Est-ce que vous avez déjà des orientations à ce niveau-là? Est-ce que vous avez déjà pris acte du rapport? Est-ce que, pour vous, vous avez des éléments précis à nous dire aujourd'hui à ce niveau-là? Est-ce que vous avez des objectifs, dans le fond, à cet égard-là?

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

M. Couillard: Outre l'augmentation des barèmes et l'indexation, là, des dépenses des familles d'accueil, là, pour ce qui est du rapport Cloutier et de ses conséquences, là, je mettrais ça avec le rapport du Protecteur des citoyens. Je vais en prendre connaissance, là, pour avoir une réponse cohérente à donner. Je n'ai pas beaucoup d'autres choses à ajouter que ce que je vous ai dit là-dessus.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée.

Mme Léger: Parce que le rapport Cloutier, ça fait quand même un petit bout de temps, là, mais je vois que vous voulez mettre d'autres éléments. En cela, vous prendrez le temps de... Bien, ça va, moi, M. le député, d'abord, je veux dire... M. le Président, je vais... je pourrais revenir pour conclure tout à l'heure, on va avoir un petit deux minutes, non?

Le Président (M. Copeman): Aujourd'hui?

Mme Léger: Oui, une minute pour conclure?

Le Président (M. Copeman): Bien, je n'avais pas l'intention parce qu'on revient au même programme jeudi matin, n'est-ce pas? Ma compréhension des choses, c'est que, de façon générale...

Mme Léger: L'action communautaire.

Le Président (M. Copeman): ...on revient aux services sociaux jeudi matin, de 9 heures et demie à 11 h 30. Mais, si vous voulez bien conclure une petite minute, je vais... Oui. On va s'entendre là-dessus. Alors... Bien, je vais aller à M. le député de Nelligan, je vais permettre une petite minute à Mme la députée puis une petite minute au ministre de la Santé, puis après, à la fin de toutes ces petites minutes là, on va avoir épuisé le temps. Allez-y, M. le député de Nelligan, pour un échange d'à peu près cinq minutes.

M. Williams: Est-ce que je peux avoir la même flexibilité de mon temps, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): On verra, dépendamment de la qualité de vos interventions, M. le député.

M. Williams: Je prends comme acquis que j'ai plus que cinq minutes, là, comme ça.

Le Président (M. Copeman): Ça, c'est un commentaire qu'on se permet entre de bons amis. Allez-y, M. le député.

Office des personnes handicapées du Québec (suite)

M. Williams: Oui. Merci beaucoup, M. le Président, et merci au ministre pour ses réponses. Et je voudrais profiter des quelques minutes qui restent avec la présence du président de l'Office des personnes handicapées de retourner sur la question des personnes handicapées.

Sans entrer dans la partisanerie à la fin de la journée, je suis content que la députée ait demandé quelques questions sur les personnes handicapées parce que j'ai vu que l'opposition officielle n'a pas nommé officiellement un de ses critiques comme personne responsable pour l'Office des personnes handicapées du Québec, comme nous avons... Quand nous étions en opposition, nous avons toujours eu au moins un Russell en charge du dossier, soit Copeman — je m'excuse de briser les règles, M. le Président — ou Williams — c'est la deuxième fois que je vais briser les règles. Nous avons toujours eu, parmi les autres... Et je ne mets pas en doute l'intérêt de la députée, mais souvent en politique on doit passer des messages, et notre parti a toujours voulu passer le message qu'on prend les personnes handicapées comme des personnes très importantes dans nos politiques.

De plus, M. le ministre, vous avez glissé un mot gentiment sur ça, que le comportement de l'ancien gouvernement était de déposer un avant-projet de loi ou un projet de loi la veille d'une élection, soit en 1998, c'était un avant-projet de loi, et, quelle grande surprise, en 2002, nous avons eu le dépôt de la loi n° 155 avec aucune chance de passer la loi. Même, le gouvernement n'a pas, quelque part, fini la consultation de quatre jours.

Mais j'arrive quand même très optimiste aujourd'hui, avec un nouveau gouvernement et un ministre qui est pratique, qui comprend les dossiers, qui est prêt à agir. Il me semble... Je vois que... Je trouve assez intéressantes les dernières questions. Comme exemple, une petite parenthèse, l'ancienne ministre, elle a demandé des questions sur le rapport Cloutier. L'ancien gouvernement n'a même pas suivi le rapport Cloutier. Franchement, j'étais obligé de m'assurer que les familles d'accueil étaient toutes ici pour pousser le gouvernement à agir. Avec ça, je m'excuse pour la leçon cet après-midi, Mme la députée.

Modèle d'analyse des coûts-bénéfices dans la mise en œuvre du Programme des aides auditives

J'arrive à la question, parce que je sais qu'il n'y a pas beaucoup de temps qui reste, sur les questions que j'avais demandées dans le passé sur le Programme des aides auditives. Je sais que nous avons discuté ça un peu. Et, dans le passé, un bref rappel, M. le ministre, j'ai eu un engagement ferme de deux anciens ministres de la Santé pour un 3 millions de dollars pour les aides auditives. Et ça avait pris même, je pense, une intervention vers 3 heures le matin pendant le bâillon, qui arrivait souvent par l'ancien gouvernement, pour convaincre le gouvernement à enfin agir sur le Programme des aides auditives.

Il y a un problème spécifiquement sur les nouvelles technologies. Je voudrais vous entendre un peu sur votre façon de procéder sur les changements des programmes, soit d'aides auditives et d'autres. Parce que, M. le ministre, il y a toujours des demandes, il y a toujours une augmentation des coûts, il y a toujours, on espère que nous allons avoir toujours une nouvelle technologie qu'on peut améliorer les services, mais ça coûte de l'argent.

Est-ce que vous avez commencé une étude sur les coûts-bénéfices comme approche avant qu'on avance? Parce que souvent, quand on donne une aide, une prothèse, un support, oui, ça coûte de l'argent, mais on peut sauver de l'argent. La même question peut arriver pour les centres de déficience physique avec les différences de listes d'attente entre les clients de la SAAQ et la CSST, qui peuvent entrer beaucoup plus vite à cause que, eux, ils ont compris qu'il y a un coût-bénéfice.

Je voudrais vous entendre sur la façon que vous allez procéder. Spécifiquement sur le Programme d'aides auditives mais plus généralement, est-ce que vous avez installé un nouveau système qu'on peut commencer à demander et défendre que ce n'est pas une dépense, c'est plus un investissement: si on donne un peu de l'aide à quelqu'un, à long terme, on peut augmenter la qualité de vie et on peut sauver de l'argent pour l'État québécois?

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

M. Williams: J'espère que vous avez accepté la qualité de ma question, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): C'est le haut calibre auquel on s'attendait de vous, M. le député de Nelligan. Alors, M. le ministre, pour une courte réponse.

● (18 h 10) ●

M. Couillard: Bien, la démarche de raisonner ces dépenses-là comme des investissements est la bonne démarche. La même façon pour les dépenses en ajustement de domicile, adaptation de domicile. Si on réfléchit aux coûts qu'entraîne le fait de maintenir des gens en CHSLD, on s'aperçoit rapidement que c'est excessivement rentable de faire l'adaptation des domiciles.

Pour ce qui est des prothèses auditives, bien, il y a eu un groupe de travail qui a été fait — probablement que le collègue député est au courant de ce groupe de travail là — qui était administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et les groupes associatifs en question, qui a fait des recommandations dont le coût est évalué à près de 3 millions — c'est ce à quoi vous faisiez allusion tantôt; en fait, 2,8 millions pour être plus exact.

M. Williams: ...le 3 millions, c'était pour un autre problème avant, là.

M. Couillard: Mais, pour les prothèses auditives, nous, on est favorables à la mise en oeuvre des recommandations de ce groupe de travail là. C'est certain que ce n'est pas dans les crédits cette année, mais on le considérera et on aura un oeil favorable à ça pour les crédits de l'année prochaine.

Le Président (M. Copeman): Très brièvement, M. le député de Nelligan.

M. Williams: L'approche des coûts-bénéfices, est-ce que nous avons un système? Parce que c'est une chose de dire ça, c'est une autre chose de trouver la

façon de faire l'évaluation. Est-ce que l'OPHQ, comme exemple, a commencé à étudier... Sur le niveau technique, est-ce que ça existe, les modèles où on peut étudier ces questions? Parce que, selon moi, ça va être évident sur certains niveaux, mais je pense qu'on doit aller plus profondément dans la question. Est-ce qu'il y a un modèle qu'on peut suivre pour faire les études de coûts-bénéfices pour les prothèses comme ça?

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

M. Couillard: Bien, moi, j'ai fortement encouragé M. Rodrigue à bâtir ses dossiers dans cette optique-là. Puis le modèle n'est pas compliqué. Moi-même, comme gestionnaire à l'hôpital, j'ai rapidement constaté que la seule façon de faire progresser les demandes d'équipements, par exemple, c'est de les établir dans un rapport coûts-bénéfices, une sorte d'annulation de dépenses éventuelles et d'autofinancement, entre guillemets. Alors, c'est la façon dont il va falloir bâtir ces dossiers-là, et je pense que M. Rodrigue aurait des précisions à donner à cet effet-là.

Le Président (M. Copeman): Rapidement, M. Rodrigue, s'il vous plaît.

M. Rodrigue (Norbert): Très rapidement. Le souci existe déjà, nous avons déjà été en appel d'offres auprès de chercheurs pour faire faire ce type d'analyse et nous allons poursuivre, mais on n'a pas trouvé beaucoup de chercheurs qui étaient prêts pour faire ça. Je dirais, M. le Président, en terminant, que, pour moi, j'ai un rêve encore plus large un petit peu, parce que, si on pouvait calculer et mesurer l'apport économique des personnes handicapées dans la société québécoise, on aurait des maudites surprises, parce que je considère que c'est un apport économique beaucoup plus important qu'on pense. Alors, on va regarder ça avec intérêt.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Rodrigue. Alors, on est à la veille d'emprunter sur l'avenir, mais je vais laisser une minute à Mme la députée de Pointe-aux-Trembles, par la suite une minute au ministre. Mais, je regrette, M. le député de Laval-des-Rapides, ça va aller à demain. Allez-y, Mme la députée.

Mme Léger: Merci, M. le Président. En fin de compte, c'est pour conclure, parce que, évidemment, vous dites que, jeudi, je reviendrai, mais je remplace ma collègue qui est la députée de Marie-Victorin, parce que c'est elle qui devait être là jeudi, pour l'action communautaire particulièrement. Alors, ça va me faire plaisir de revenir, mais, particulièrement pour les services sociaux, ça a été... le grand pan était aujourd'hui particulièrement.

Je remercie toute l'équipe du ministère, d'ailleurs. C'est beaucoup de gens mais c'est beaucoup de dossiers, c'est un gros mandat, particulièrement les services sociaux, alors j'apprécie ce que vous avez apporté. Je vois beaucoup de priorités, ce qui... C'est sûr que je vais les renoter, toutes les priorités, et m'assurer que, l'année prochaine, quand on se reverra, il va y avoir des résultats encore plus concrets, parce qu'il y a une

bonne volonté de votre part, et on va espérer que les résultats seront là et qu'il y aura des actions encore plus concrètes pour l'année prochaine, mais je vais vous suivre de près. Merci, M. le Président, merci à toute l'équipe.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles et porte-parole de l'opposition officielle pour les services sociaux. Alors, M. le ministre, en quelques secondes.

M. Couillard: Très brièvement, M. le Président. Je remercie Mme la députée et ses consœurs et confrères pour leur attitude constructive, pour la participation au débat. Je ne doute pas qu'on aura des discussions assez serrées à l'occasion. Je sens que, pour la question de la régionalisation, il va y avoir un petit peu de discussions, mais, moi, j'aime ça, et il ne faut pas avoir peur des opinions conflictuelles, c'est de ça que la société se nourrit. Et je la remercie encore une fois pour son travail aujourd'hui, à la commission, et j'espère de tout coeur la revoir jeudi matin dans un autre dossier.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, sur ça, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à 9 h 30, demain matin, en cette même salle.

(Fin de la séance à 18 h 14)

