



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 9 juillet 2003 — Vol. 38 N° 6

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

**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 mercredi 9 juillet 2003 — Vol. 38 N° 6

Table des matières

Santé	
Remarques préliminaires	1
Mme Louise Harel	2
M. Philippe Couillard	5
Discussion générale	7
Intentions du gouvernement concernant l'abolition des régies régionales	8
Mesures visant à éliminer l'engorgement des salles d'urgence	12
Rôle du coordonnateur médical à l'urgence	13
Objectifs en matière de réduction du nombre de patients en attente de soins pendant plus de 48 heures dans les salles d'urgence	13
Directeur du Centre national de coordination des urgences	14
Représentation de la population au sein des instances régionales de santé	14
Fusion administrative d'établissements régionaux de santé	14
Création d'agences unifiées d'administration sur les territoires de Québec, de Montréal et de la Montérégie	14
Objectifs en matière de réduction du nombre de patients en attente de soins pendant plus de 48 heures dans les salles d'urgence (suite)	14
Directeur du Centre national de coordination des urgences (suite)	15
Représentation de la population au sein des instances régionales de santé (suite)	15
Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)	15
Création d'agences unifiées d'administration sur les territoires de Québec, de Montréal et de la Montérégie (suite)	15
Approche de gestion envisagée afin d'atteindre l'équilibre budgétaire	18
Priorité des investissements en santé	20
Déficit des établissements de santé en 2002-2003	20
Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)	21
Financement du déficit des établissements de santé	21
Diminution des crédits alloués aux établissements de santé et de services sociaux	22
Nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine	22
Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)	23
Nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine (suite)	23
Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval	24
Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)	24
Nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine (suite)	24
Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval (suite)	25
Bilan des contrats de performance avec les hôpitaux	25
Analyse comparative des coûts de fonctionnement des hôpitaux	26
Planification et suivi à long terme du système de santé et de services sociaux	27
Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval (suite)	29
Augmentation du budget consacré au système de santé et de services sociaux	29
Bilan des contrats de performance avec les hôpitaux (suite)	29
Représentation de la population au sein des instances régionales de santé (suite)	29
Augmentation du budget consacré au système de santé et de services sociaux (suite)	29
Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval (suite)	30
Rôle des agences régionales	30
Étude des coûts-bénéfices de la réorganisation des structures du système de santé et de services sociaux	32
Stratégie en vue d'inciter les jeunes médecins à s'installer en région	33
Recrutement et reconnaissance de la formation des médecins étrangers	34
Parrainage des médecins	34
Incentifs financiers afin de stimuler l'installation de médecins en région	35
Intentions du gouvernement concernant les maisons de naissance	35
Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval (suite)	37
Règles d'attribution de primes aux médecins	37
Signature des plans régionaux d'effectifs médicaux	38
Coût de l'entente avec la Fédération des médecins spécialistes	39
Rémunération maximale des médecins spécialistes	39
Utilisation de sondages auprès de la clientèle des soins de santé	40
Budget discrétionnaire du ministre	42

Table des matières (suite)

Commissaire à la santé (suite)	
Mandat	43
Rôle des organismes-conseils existants	44
Dépôt du projet de loi créant ce poste	44
Charte des droits des patients	
Modèle du Nouveau-Brunswick	45
Ajouts à la Loi sur les services de santé et les services sociaux	45
Délais d'intervention et sanctions prévus	46
Imputabilité dans le secteur des services sociaux et communautaires	47
Délai d'attente pour recevoir un implant cochléaire	47
Mesures visant à contrer la pénurie d'orthophonistes et d'audiologistes	49
Financement du centre de réadaptation physique en Chaudière-Appalaches	49
Projet de construction d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée à Sainte-Adèle	50
Évolution de la part des crédits consacrée à la prévention	51
Liste des éléments comptabilisés sous le thème prévention	52
Crédits alloués au Programme de soutien aux jeunes parents et au programme Naître égaux — Grandir en santé	53
Concertation ministérielle en regard des effets de l'appauvrissement de la population sur les budgets en santé	54
Rôle des centres universitaires dans l'amélioration des services en région	54
Augmentation des stages en région des étudiants en médecine	55
Mandats spécialisés des grands centres hospitaliers	56
Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)	57
Plans de pratique pour les médecins des hôpitaux universitaires	58
Le point sur le projet de Centre universitaire de santé McGill	60
Financement des centres hospitaliers universitaires de Montréal, de McGill et de Québec	62
Décision gouvernementale au sujet des nouveaux centres hospitaliers universitaires de Montréal	63
Participation du privé au financement des nouveaux centres hospitaliers universitaires de Montréal	64
Vocation des hôpitaux Notre-Dame, Saint-Luc, Hôtel-Dieu, Royal Victoria et Montréal General Hospital	64
Élaboration et arbitrage des plans de pratique	65
Mesures visant à contrer le virus du Nil occidental	66
Critères de recours au privé pour certains services de santé	67
Crédits alloués aux services de maintien à domicile	68
Intentions du gouvernement concernant la politique de soutien à domicile Chez soi: le premier choix	69
Crédits alloués aux services de maintien à domicile (suite)	69
Plan d'investissement dans les équipements médicaux	73
Système de planification du renouvellement des équipements médicaux	74
Intentions du ministre concernant les groupes de médecine de famille	75
Subventions gouvernementales accordées au magazine <i>Médecine/Sciences</i>	77
Comptabilisation de la vente de sang par Héma-Québec aux établissements de santé	78

Autres intervenants

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

M. Karl Blackburn
 M. Alain Paquet
 M. Pierre Descoteaux
 M. Vincent Auclair
 M. Russell Williams
 Mme Diane Leblanc
 M. Claude Cousineau
 M. Camil Bouchard

Le mercredi 9 juillet 2003 — Vol. 38 N° 6

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (2)*(Neuf heures trente-trois minutes)*

Le Président (M. Copeman): Alors, bonjour, tout le monde. 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 ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2003-2004.

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. Blackburn (Roberval); M. Charbonneau (Borduas) est remplacé par M. Thériault (Masson); Mme L'Ecuyer (Pontiac) est remplacée par M. Descoteaux (Groulx); Mme Léger (Pointe-aux-Trembles) est remplacée par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); et M. Valois (Joliette) est remplacé par M. Dufour (René-Lévesque).

Le Président (M. Copeman): Très bien. Je vous donne mon avertissement quotidien de bien vouloir, s'il vous plaît, fermer les téléphones cellulaires ou s'assurer à tout le moins que vous pouvez prendre les appels mais sans que ça sonne. On me dit que la technologie est assez avancée, en l'an 2003, qu'on est capable de recevoir des appels sans entendre la sonnette, imaginez-vous. Alors, ça, on fait référence à d'autres modes d'avertissement de téléphonie.

Je pense que c'est utile de passer à travers qu'est-ce qui s'est passé hier. Nous avons étudié l'élément 2 du programme 1. Il reste donc à examiner les éléments 1 et 3 de ce programme, c'est-à-dire du programme 2. Et nous avons également examiné les crédits dévolus à l'Office des personnes handicapées du Québec, soit le programme 3, ça a été fait. Demain, nous procéderons à l'étude des éléments 3 et 4 du programme 2 et à l'examen du programme 4 sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Et, en ce qui concerne le mode de fonctionnement, je vous rappelle également, sur proposition du député de Nelligan adoptée de consentement par les membres de la commission... de procéder à une discussion d'ordre général par blocs de 20 minutes, incluant les réponses du ministre — questions et réponses; de faire la mise aux voix des programmes à la fin de la période de 20 heures allouée à l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est-à-dire, en principe, à 18 heures demain soir... demain après-midi; et de reprendre tout retard accumulé dans la journée même, à la fin de la journée, c'est-à-dire à 18 heures.

Alors, il est, je pense, préférable, pour le bénéfice de tout le monde, qu'on soit le plus discipliné possible, parce que tout temps qu'on accumule en retard

est repris à 18 heures, et il fait tellement beau et il y a tellement d'événements ici, à la ville de Québec, qu'on souhaite tous, je pense, être capables d'aller voir le Festival d'été de Québec, comme, par exemple, à partir de... le plus vite possible après 18 heures.

Santé**Remarques préliminaires**

Alors, étant donné qu'on a changé de porte-parole de l'opposition officielle, j'imagine, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, que vous souhaitez faire des remarques préliminaires. Et, de consentement, on va poursuivre et on va permettre au ministre de la Santé de faire également des remarques préliminaires à la suite de l'intervention de Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Alors, Mme la députée et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, je vous cède la parole pour une première intervention à la commission des affaires sociales de la Trente-septième Législature. Mme la députée, la parole est à vous.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. M. le Président, je crois comprendre que le ministre a pris une demi-heure hier pour faire ses remarques préliminaires — j'ai ici le texte des galées de l'enregistrement de ces remarques préliminaires. Alors, est-ce que vous nous indiquez que vous lui accordez un deuxième temps de parole pour faire des remarques préliminaires?

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, ma compréhension des choses, c'est que, dans la tradition, on permet des remarques préliminaires une fois lors de l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui a été le cas hier matin. On a permis au ministre de faire des remarques préliminaires de 20 minutes, la même chose pour votre collègue le député de Saint-Hyacinthe. Par la suite, étant donné que l'opposition officielle a décidé d'impliquer plusieurs porte-parole dans le même dossier, ce qui est, à mon avis, souhaitable, on a par la suite permis à Mme la députée de Pointe-aux-Trembles de faire d'autres remarques préliminaires mais sur consentement de la commission. Et on fait la même chose avec vous. J'imagine qu'on va le faire possiblement avec les organismes communautaires demain matin. Mais là c'est des remarques de 20 minutes parce que c'est ça que le règlement prévoit, et, compte tenu que l'opposition officielle a déjà utilisé plusieurs blocs de 20 minutes en remarques préliminaires, ma compréhension des choses, c'est qu'on va permettre au ministre de faire également des remarques suite à vos remarques.

Mme Harel: Alors, regardez, M. le Président, le ministre pourra intervenir s'il le veut bien, là, mais, je

rappelle, j'ai devant moi l'enregistrement des travaux de la commission des affaires sociales hier, et le ministre a donc eu 30 minutes, de 9 h 30 à 10 heures exactement, pour faire ses remarques préliminaires. Je comprends qu'il puisse intervenir à nouveau, mais je dois vous dire, M. le Président, que le règlement prévoit qu'on puisse intervenir 20 minutes; j'ai bien l'intention de les prendre. Alors, je vous remercie de me les donner, mais je les prendrais même sans que vous ayez cette amabilité. Alors donc...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, on va se comprendre, là. Le règlement, par tradition, prévoit des remarques préliminaires à l'ouverture des études des crédits budgétaires du ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est ça que le règlement prévoit. Oui, Mme la députée, je peux vous assurer que, quand on commence une étude détaillée, le règlement prévoit qu'on débute par des remarques préliminaires. De consentement des membres de la commission, nous sommes entendus hier de permettre à l'opposition officielle de faire des remarques préliminaires de l'ordre de 20 minutes — de l'ordre de 20 minutes — pour chacun des porte-parole qui se présentent devant la commission. Alors, c'est vrai que vous avez des remarques préliminaires de 20 minutes à faire.

● (9 h 40) ●

Et la secrétaire m'informe: hier matin, le ministre, dans ses remarques préliminaires, a parlé précisément 20 min 30 s. Alors, il y avait un dépassement hier de 30 secondes, Mme la députée, et non pas de 10 minutes comme vous avez sous-entendu. Alors, le ministre, dans ses remarques préliminaires d'hier, selon la secrétaire de la commission, a parlé 20 min 30 s.

Alors, dans l'ordre, je vous demande de procéder à vos remarques préliminaires, pour un maximum de 20 minutes, et on va permettre... je vais permettre au ministre de faire également des remarques préliminaires, compte tenu que c'est la troisième série de remarques préliminaires qu'on va faire. On peut faire toute la journée en remarques préliminaires, si vous voulez, mais je ne pense pas que c'est le but de la commission.

Mme Harel: Alors, allons-y.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Mme Louise Harel

Mme Harel: Voilà. Je voudrais d'abord vous saluer ainsi que tous les collègues qui participent à cet exercice, indispensable en démocratie, de contrôle des fonds publics. Et c'est, je le rappelle, ce que l'étude des crédits nous permet, c'est-à-dire une des grandes victoires de la démocratie parlementaire, celle d'exercer du contrôle législatif sur l'exécutif. C'est donc cet exercice de contrôle du législatif sur l'exécutif auquel nous sommes conviés, en espérant qu'il ne soit pas d'aucune façon détourné.

Alors, le ton est certainement différent de celui de l'examen des comptes publics qui était mené par Maurice Noblet Duplessis à l'époque du régime Taschereau, mais nous en sommes quand même une

émanation, puisque les commissions parlementaires, lors de l'étude des crédits, ont comme objectif d'amener l'exécutif à rendre compte de l'usage des fonds publics, n'est-ce pas?

Alors, je voudrais saluer le ministre, le personnel de son cabinet ainsi que l'équipe du ministère qui l'accompagne. Je souhaite que nos échanges soient fructueux et courtois et j'indique immédiatement que je n'ai pas l'intention d'adopter en commission parlementaire le ton hystérique et partisan qui a été celui de la formation politique dont le ministre est issu. Pour le bénéfice des membres de la commission et pour le bénéfice du ministre, pour son édification en fait, je l'invite à prendre connaissance, comme je l'ai fait, des travaux de l'examen des crédits lors de l'étude de l'an dernier. Il verra, comme tous les membres de cette commission, que les paroles que j'utilise ce matin sont fort modestes en comparaison du haut niveau de — comment vous dire, donc? J'ai dit, à bon terme, à bon escient, le mot «hystérique» — des propos qui ont été tenus l'an dernier.

Je sais que le ministre est un homme neuf, mais il a accepté une fonction qui l'oblige, en matière de santé et de services sociaux, à répondre des positions, des promesses, des engagements des membres de sa formation politique et, en premier lieu, des promesses, des engagements et des positions adoptés par son chef. Et je voudrais, pour m'assurer que nous allions, tout au cours de cet examen ainsi qu'au cours du présent mandat, bien garder en mémoire ces engagements de campagne électorale et justement pour ne pas qu'ils s'effacent au fur et à mesure du temps qui passe... j'ai fait préparer, M. le Président, pour le bénéfice des membres de notre commission ainsi que pour votre bénéfice personnel et celui du ministre, un florilège — le mot est joli, n'est-ce pas? Il s'agit en fait d'un bilan de toutes les déclarations et promesses du député de Sherbrooke et premier ministre en matière de santé et de services sociaux. Alors, je souhaiterais qu'avec le consentement de la commission nous puissions en faire la distribution aux membres de la commission.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, vous êtes une parlementaire expérimentée, un ancien président de l'Assemblée nationale, vous savez qu'en commission parlementaire le dépôt de documents est autorisé par le président. Alors, je vais en prendre connaissance, et on verra au dépôt à la fin de vos remarques.

Mme Harel: Alors, je souhaite, M. le Président, que... Je souhaite donc, M. le Président, que vous en fassiez cette étude attentive pour permettre à vos collègues de bénéficier de ce florilège de déclarations et de commentaires du premier ministre actuel en matière de santé et de services sociaux. Et je crois que leur lecture serait appropriée, puisque cela permet de corriger une première interprétation, qui est astucieuse mais qui est une interprétation erronée et qui, à force d'être répétée, pourrait s'accréditer, une interprétation voulant que tout est décalé d'un an et que, en 2004 seulement, nous verrions l'application des engagements du nouveau gouvernement. Alors, c'est là une interprétation que ce florilège dément bien évidemment,

vous le verrez en faisant la lecture, puisque les promesses libérales en santé, clairement annoncées comme s'appliquant en toute priorité prioritaire dès cette année, ces promesses libérales ont donc... devraient donc avoir un effet immédiat, et l'exemple le plus probant de cet engagement étant l'injection d'argent neuf immédiatement.

Alors, j'en veux à témoin la déclaration faite par le député de Sherbrooke, à l'époque chef de l'opposition officielle, accompagné par les porte-parole de l'opposition de l'époque, la députée de Laviolette et l'actuel ministre des Affaires municipales et de la Métropole. Et le député de Sherbrooke, et je le cite lui-même, cette déclaration ayant été faite solennellement ici, à l'Assemblée, lors d'une rencontre avec la tribune parlementaire, et... Lors de cette déclaration, le député de Sherbrooke disait ceci: «Mais pour nous — et je le cite intégralement — il est clair que les 800 millions provenant du gouvernement fédéral vont s'ajouter au 1,2 milliard d'argent neuf que nous investirons dans le système de santé dès la première année d'un gouvernement libéral.» Fin de la citation.

Et je continue donc, et je cite encore: «On a voulu vous l'illustrer avec un tableau qui exprime de façon claire et limpide le choix que fait le gouvernement libéral: en bleu, ici, vous avez le 800 millions de dollars qui vient du gouvernement fédéral, d'argent neuf, et en rouge, c'est le 1,2 milliard de dollars que le gouvernement libéral ajoute dès la première année d'un premier mandat.» Et il ajoutait encore: «Alors, pour nous, donc, il est très clair que ce 800 millions de dollars là s'ajoute au 1,2 milliard de dollars. Ce 1,2 milliard de dollars vient des budgets existants du Québec et qui sont le fruit des choix que nous proposons.»

Et, pour ne pas être en reste et être bien compris, le chef de l'opposition officielle, l'actuel premier ministre, rajoutait en anglais, et je le cite: «And I'm very focussed on the longer term solutions. Now, the longer term solutions for a Liberal Government mean that the \$800 million that you see here, in the blue squares, should be added to the \$1.2 billion that we would add in the first year of our first mandate.» Et, pour être encore plus sûr d'être bien compris, il a réitéré à nouveau, avant la fin de la rencontre avec la tribune de presse: «Well, we are going to add the \$800 million to the \$1.2 billion that we would add in the first year of a first mandate to the health care services.»

Alors, voilà donc cet engagement ferme que le député de Sherbrooke prenait après la réunion des premiers ministres alors que le gouvernement fédéral avait annoncé sa contribution additionnelle.

Où en sommes-nous? Les crédits que nous étudions aujourd'hui et que le gouvernement veut faire adopter en plein été indiquent pourtant exactement le contraire. La démonstration est simple. Alors que ce devait être la priorité absolue du gouvernement Charest et que le gouvernement précédent mettait dans ses crédits 529 millions d'argent neuf du Québec, le gouvernement libéral ne met pas un sou. Rien, absolument rien, aucun effort budgétaire en santé du nouveau gouvernement québécois, alors que ce devait être la priorité. En plus, le gouvernement libéral utilise, dans son budget, dès cette année, les 809 millions de

fonds fédéraux en santé prévus pour l'an prochain. Et, pire encore, il détourne à d'autres fins que la santé 360 millions de ces fonds fédéraux prévus pour la santé l'an prochain et qui sont utilisés à d'autres fins dès cette année.

● (9 h 50) ●

En clair, ce que cela signifie, c'est que la hausse de 1 287 000 \$ par rapport aux dépenses probables de l'an dernier dont a parlé le ministre hier, et je le cite, en disant respecter, et je cite, «notre engagement de faire de la santé et des services sociaux notre grande priorité», eh bien, cette hausse qui est proposée dans les crédits que nous étudions aujourd'hui vient entièrement des fonds fédéraux, sans aucun effort budgétaire de l'actuel gouvernement du Québec, contrairement aux 529 millions d'effort budgétaire qui étaient injectés par le gouvernement précédent dans ces crédits, en utilisant même une partie de ces fonds fédéraux à d'autres fins que la santé, soit 360 millions, et en hypothéquant les 809 millions de réserve qui étaient prévus pour la santé l'an prochain. Alors, cette démonstration qui est faite par l'examen *prima facie* des crédits que nous étudions aujourd'hui en fait nous permet de voir à quel point cela n'est pas une priorité du gouvernement comme il l'a pourtant prétendu et comme il le prétend encore maintenant.

Alors, nous allons maintenant examiner le détail des crédits libéraux consentis à la santé et aux services sociaux en regard des crédits du gouvernement précédent. De prime abord, quand on regarde ces crédits, cela semble du pareil au même: hausse de 1,3 milliard pour atteindre les mêmes taux de croissance des dépenses de programmes, donc 19,1 milliards de budget alloués à la santé et aux services sociaux, équivalant aux 19,1 milliards alloués par le gouvernement précédent dans ses crédits déposés, M. le Président; même pourcentage, 41 %, du total des dépenses de programmes du gouvernement. Et, en fait, cela semble du pareil au même.

Et même, malgré des apparences de nouveauté, bien d'autres choses sont en continuité avec l'action déjà entreprise par soit le député de Rousseau ou le gouvernement précédent. Par exemple, gouverner, c'est faire des choix; alors, le ministre de la Santé l'a dit, et le choix qu'il a fait dans bien des domaines, c'est de poursuivre là où le gouvernement précédent avait amorcé des réformes: par exemple — ce n'est pas une liste exhaustive — en donnant suite au rapport Carignan sur les réseaux universitaires intégrés en santé; par exemple, en reconduisant la table de concertation et de coordination sur l'allocation interrégionale des ressources qui a été mise en place en novembre dernier par le gouvernement précédent; par exemple, en maintenant les contrats de performance mis en place par le député de Rousseau; par exemple, en appliquant la loi n° 107, Loi portant sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, que l'opposition de l'époque avait pourtant violemment dénoncée; par exemple, en reconduisant la réforme amorcée des services préhospitaliers d'urgence portant sur le transport par ambulance; par exemple, en reconnaissant le bien-fondé de la politique *Chez soi: le premier choix* portant sur le maintien à domicile et annoncée par le député de Rousseau; par exemple, en reconduisant l'élaboration

des plans régionaux d'effectifs médicaux convenue par le ministre précédent; par exemple, en appliquant la loi n° 98 sur l'assurance médicaments; par exemple, en donnant suite au parrainage d'établissements convenu en février dernier par une lettre d'entente avec les fédérations portant le numéro 130; par exemple, en donnant suite aux nouveaux forfaits de disponibilité, convenus par une lettre d'entente, signée avec le gouvernement précédent, portant le numéro 133; par exemple, en reconduisant, pour la cinquième année, un montant de 25 millions pour le désengorgement des urgences pour la période estivale; par exemple, en reconduisant, pour la deuxième année, un montant de 15 millions pour contrer les pénuries de personnel durant les quarts de travail qui sont moins attrayants l'été; par exemple, en reconduisant le plan pour réduire les listes d'attente dans certaines chirurgies.

Et la liste, M. le Président, pourrait s'allonger. Je ne veux pas le faire indûment, mais je constate que la situation qui est... laissée dans tous ces dossiers par le gouvernement précédent est suffisamment intéressante et attrayante pour que l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux ait choisi, hein, de poursuivre dans le sens de l'action déjà amorcée. D'ailleurs, bon nombre de commentaires sont venus confirmer que ces réformes déjà amorcées donnaient les résultats escomptés. J'en veux à preuve la déclaration du président de la FMOQ, le Dr Renald Dutil, président de la Fédération des médecins omnipraticiens, qui disait que la situation est moins difficile cette année et qu'il attribue cela au fait, et je cite, que «nous sommes beaucoup mieux outillés qu'à l'été 2002 grâce à une série de mesures qui ont été négociées l'automne dernier et en février de cette année avec le précédent gouvernement du Parti québécois». Et il donnait un certain nombre d'exemples de cela. De même, les commentaires furent similaires... Lorsque interrogées, les régies régionales, notamment celle de Québec, ont fait valoir que les situations se sont améliorées, et je cite: «C'est le blitz lancé cet hiver par l'ancien ministre de la Santé, François Legault, pour réduire les listes d'attente qui permet de garder ce volume d'activité cet été», signale Éric Lavoie, porte-parole de la Régie régionale de la santé de Québec, et ainsi de suite.

J'en veux même comme exemple les listes, c'est-à-dire le plan d'action déjà amorcé pour réduire les listes d'attente à l'égard de certaines chirurgies et pour contrer les délais d'attente induits. En fait, la phase 1 a été amorcée en avril dernier et avait consisté à autoriser une hausse des volumes d'activité en chirurgie dans la plupart des établissements montréalais. Et la Régie régionale de la santé à Montréal avait alors attribué 15 millions de dollars afin que soient effectuées, d'ici le 31 mars 2004, 2 100 chirurgies avec hospitalisation, 2 885 chirurgies d'un jour, et ainsi de suite. Et c'est la phase 2, qui, avec raison, a été très, très bien accueillie, qui a été mise en place par le directeur régional de Montréal, M. David Levine, et donc c'est cette phase 2 qui a été annoncée en juin dernier et qui se poursuit.

C'est donc dire que, oui, il y a finalement une continuité qu'il faut certainement signaler, à défaut de quoi on va penser que tout commence, tout débute maintenant, mais c'est différent. Alors, en quoi est-ce différent? Essentiellement, les différences dans les

crédits se situent à deux niveaux, à savoir l'abandon du plan qui avait été annoncé par le député de Rousseau en février dernier, plan unanimement bien accueilli et portant sur les services de proximité et les services de première ligne... Essentiellement, c'est la grande différence.

Le ministre va peut-être me dire qu'il aura choisi de budgéter tout de suite dans ses crédits les ententes avec les fédérations, avec les deux grandes fédérations, mais il sait très bien que cela l'aurait été par des crédits supplémentaires. On sait très bien qu'à chaque année... Ce fut le cas l'an passé, comme toutes les années précédentes, et sans doute cela le sera encore cette année. L'an dernier, c'étaient 285 millions de crédits supplémentaires qui ont été adoptés en décembre. C'est donc autour relativement de ce niveau de crédits supplémentaires qui ont bénéficié au ministère de la Santé et des Services sociaux au cours des dernières années, et il est bien certain que c'était un choix.

Si gouverner, c'est un choix, le choix qui a été fait, c'est le choix d'abandonner ce qu'on appelle le plan *Pour faire les bons choix*, qu'on appelait, dans notre formation politique, du nom du ministre et député de Rousseau, donc le plan justement *Pour faire les bons choix*. Donc, gouverner, c'est faire des choix. Quels choix a-t-on faits? On a fait le choix d'abandonner les efforts qui étaient consentis en matière de services de première ligne et de services de proximité. Notamment, je voudrais signaler qu'il y avait eu pourtant de très, très, très nombreux engagements, au contraire. J'aurai l'occasion certainement, dans le courant de nos 11 heures de travaux, de rappeler toutes ces déclarations qui ont été faites par des membres de l'actuel gouvernement et ces engagements fermes d'ajouter des fonds substantiels, notamment en termes de maintien à domicile.

● (10 heures) ●

Alors, on a laissé tomber. Oui, on a laissé tomber en prétextant que l'argent était virtuel. En quoi l'était-il, virtuel? C'est un choix. C'était un choix de mettre de l'argent, c'est-à-dire d'en mettre plus dans le maintien à domicile. Oui, c'était un choix de mettre plus d'argent, et j'aurai l'occasion d'ailleurs de vous signaler ces montants substantiels. De mettre plus d'argent dans les groupes de médecine familiale, de mettre plus d'argent dans les services offerts par les CLSC sept jours-semaine, 24 heures par jour. Oui, c'était un choix de mettre plus d'argent pour le soutien et les services aux personnes vulnérables. Alors, oui, il y avait un choix: mettre 20 millions de plus dans les groupes de médecine de famille, 90 millions de plus dans le soutien à domicile, 30 millions de plus dans les services aux personnes âgées en centre d'hébergement, 90 millions de plus dans le soutien des services aux personnes vulnérables, et 50 millions de plus dans l'accès aux services des CLSC et Info-Santé. Et puis, évidemment, il y avait là un choix important, et on voit que, finalement, ce choix a été mis de côté.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, il vous reste une minute.

Mme Harel: Alors, j'utiliserais un adage qui dit: «Put your money where your mouth is.» On voit très bien que l'argent n'a pas été mis là où il aurait dû l'être,

puisque l'objectif, qui est unanimement celui que l'on retrouve dans tous les rapports des grandes commissions qui ont siégé sur ces questions: la commission Clair, commission Romanow, et toutes les autres grandes commissions, quel est-il, l'objectif? Déplacer le centre de gravité, le déplacer vers les services de première ligne et vers les services de proximité, services... le centre de gravité qui est au niveau hospitalier. Et il y a... c'est une formule dont j'ignorais l'existence, mais il y a cette formule d'hospitalocentrisme, n'est-ce pas, qui est très, très utilisée dans ce milieu de la santé et des services sociaux — que j'ai donc dû apprendre à utiliser aussi — mais justement quitter cette espèce d'hospitalocentrisme pour pouvoir aller dans les communautés, là où les services de première ligne et de proximité doivent se donner. Alors, voilà, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. Je cède maintenant la parole au ministre de la Santé pour un maximum de 20 minutes. M. le ministre, la parole est à vous.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. J'aimerais débiter mon intervention en saluant Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. J'ai eu l'occasion de l'indiquer dans mes remarques d'introduction à l'Assemblée nationale, elle fait partie, je dirais, des grandes figures politiques de l'histoire du Québec, et c'est un honneur pour moi de siéger en sa compagnie dans cette salle superbe, partie essentielle de notre patrimoine québécois. J'ai également relevé récemment qu'elle avait été élue, je crois — elle me corrigera si ce n'est pas exact — pour six mandats consécutifs, et, pour une femme, on dit également que c'est unique en Amérique du Nord. Alors, je pense que c'est quelque chose qui doit être souligné. Et, comme Québécois et Québécoises, quelle que soit l'appartenance politique, il faut avoir beaucoup d'admiration et de respect pour une carrière parlementaire aussi bien rendue. Et je ne doute pas, effectivement, qu'on aura des échanges très constructifs malgré les adjectifs dont elle a, je remarque au passage, qualifié ma formation, mais pas ma personne, d'hystérie et autres choses semblables. Je l'assure que je n'adopterai pas ce ton-là et que je vais m'en tenir aux arguments, je dirais, de niveau élevé, et je pense qu'en sa compagnie ce sera certainement possible de le faire. Je salue également mes collègues députés de l'Assemblée nationale qui auront l'occasion également d'enrichir nos échanges aujourd'hui.

On a déposé des engagements et des déclarations du député de Sherbrooke et premier ministre. C'est une excellente occasion... Oui?

Le Président (M. Copeman): Une précision, M. le ministre. Je m'excuse. Ce document n'est pas encore déposé.

M. Couillard: D'accord, excusez-moi.

Le Président (M. Copeman): Il est soumis pour la considération de la présidence pour dépôt.

M. Couillard: De toute façon, c'est une bonne idée, ça permet de rétablir et de représenter notre programme électoral. On en trouve également un fort bon résumé dans ce volume passionnant qui, je suis certain, a été déjà parcouru par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

L'injection d'argent neuf dont on parlait, effectivement, dès la première année, il faut réaliser d'abord que, dans toutes les occasions où on a établi notre programme de façon claire, le cadre financier du Parti libéral débute en 2004-2005. Je pense que là il faut le rappeler de façon répétée.

Deuxièmement, les déclarations auxquelles fait allusion la députée d'Hochelaga-Maisonneuve sont bien sûr antérieures à la découverte de l'impasse budgétaire massive qui a été laissée en place par le gouvernement dont elle... j'allais dire «dont elle faisait partie», non, elle était présidente de l'Assemblée nationale, mais dans le gouvernement qui nous a précédés. Et cette impasse budgétaire incluait également — et je pense que c'est important de le noter, si Mme la députée veut des précisions, elle pourra en parler avec son collègue le député de Rousseau — incluait également une impasse budgétaire spécifique à la santé de 572 millions de dollars, pour laquelle il y a eu, à ma compréhension, des échanges très approfondis entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Conseil du trésor de façon à la régler. Et, bien sûr, ce n'était pas apparent lors du dépôt des engagements du gouvernement précédent, évidemment, les crédits n'ayant jamais été votés par l'Assemblée nationale.

On parle de priorités pour la santé. Je pense qu'effectivement, devant la situation actuelle, le fait qu'on ait augmenté les dépenses en santé de 7,2 % est assez éloquent pour ce qui est de la priorité qu'on accorde à la mission santé et services sociaux du gouvernement du Québec. Pour ce qui est de l'allocation des fonds fédéraux, bien, c'est un peu un jeu de règles coulissantes, on peut les placer où on veut, les fonds fédéraux et les fonds provinciaux. Moi, je suggère une autre interprétation, qui est de dire que notre rehaussement de 1,3 milliard de dollars cette année est constitué d'une part du 838 millions du gouvernement fédéral, plus d'un investissement du gouvernement provincial pour la différence, le reste des avances prises auxquelles Mme la députée fait allusion ayant été placé dans l'ensemble du fonds provincial pour l'ensemble des missions du gouvernement, et on ne peut donc pas dire qu'elles aient été affectées spécifiquement à la santé.

Replaçons le réinvestissement que nous avons annoncé dans son contexte et, je dirais, dans son contexte historique. Jusqu'en décembre 2002, il était assez désolant, dans le milieu de la santé et des services sociaux, d'entendre le gouvernement de l'époque mentionner qu'il n'y avait pas de problème de financement en santé et services sociaux, ce n'était qu'un problème de gestion, il y avait amplement d'argent dans le système, etc., et les gens n'avaient qu'à être plus disciplinés et tout serait corrigé. D'ailleurs, si on regarde l'évolution des crédits depuis 1994-1995 en santé, jusqu'à cette année, ce qu'on constate sur ces huit ans-là,

c'est six ans de compressions et de coupures, deux ans de rehaussement partiel, jusqu'à l'engagement subit, en décembre 2002, à l'approche des élections générales, par coïncidence, qu'effectivement il y avait un problème de sous-financement en santé, qu'il fallait faire un effort budgétaire massif. Et, soudainement, après neuf ans de gouvernement, le Parti québécois notait qu'il y avait effectivement un sous-financement.

On a les chiffres précis, année après année, je peux en donner quelques exemples: 1994-1995, 13 072 000 000; 1995-1996, 13 040 000 000, coupure donc; année suivante, 12 865 000 000, une coupure encore plus importante, alors qu'on mettait les gens à la retraite, on en reparlera tantôt; l'année suivante, 12 926 000 000, montant identique, donc, dans les faits, coupure; année suivante, 14 600 000 000, une indexation minime; année suivante, 14 831 000 000, même pas 230 millions de plus, donc, dans les faits, coupure, compte tenu de l'augmentation des coûts. L'année suivante, il y a eu... les deux années suivantes, il y a eu deux rehaussements minimes pour couvrir les déficits d'hôpitaux — on reparlera des déficits d'hôpitaux tantôt, c'est un sujet très intéressant — jusqu'à, finalement, cette annonce de 19 115 000 000 qui a été faite par le précédent gouvernement. Et je pense que c'est important, donc, de mettre ça dans le contexte historique des accomplissements de ce gouvernement, dont j'ai vécu moi-même les effets pernicieux dans le milieu de la santé au cours de ces années-là. Je peux vous dire que ça a été extrêmement difficile, les hôpitaux, dans les faits, et les CLSC, les organismes ont été amenés à diminuer les services pendant toutes ces années-là. Ça a été, je dirais, une période extrêmement dure.

En plus, parallèlement à ça, bien, il y a les mises à la retraite. Je vais être obligé de le mentionner encore parce que je répète, comme je l'ai fait hier, qu'il s'agit, à mon avis, de l'erreur historique la plus considérable faite par un gouvernement depuis l'avènement de l'assurance maladie publique et universelle au Québec, où on a, rappelons-nous, incité 1 500 médecins et 4 000 infirmières à prendre leur retraite. On en vit actuellement les effets. Cette année, le Collège des médecins a licencié le plus... pas licencié, a donné des permis, pardon, au plus bas niveau, au plus petit nombre de médecins de son histoire récente, parce qu'on vit le résultat, justement, de ces mauvaises décisions, qui sont la combinaison des mises à la retraite et des diminutions plus importantes d'entrées en facultés de médecine.

Quant au détail du développement et des autres mesures qu'on a annoncées, je suis satisfait de voir que Mme la députée emploie le mot «continuité». Je pense que c'est important, effectivement notre action se situe dans la continuité. On ne veut pas déstabiliser le réseau, on ne veut pas créer de désordre et d'impact négatif, autant sur la clientèle que sur le personnel, qui est déjà à bout de souffle. Et je constate que le ton qu'elle a employé en nous rappelant que nous agissions en continuité contraste fortement avec son intervention lors du discours du budget, où on dit que le gouvernement ne se préoccupe pas de refaire à sa manière mais est totalement investi à défaire. Alors, je constate qu'au contraire elle reconnaît qu'en santé on agit dans la continuité, et je m'en félicite personnellement.

● (10 h 10) ●

Elle a fait brièvement allusion à la loi n° 107, à la loi antidéficit. Dans les faits, la façon dont cette loi a été conçue et appliquée a conduit les hôpitaux à réduire les services — et, ça encore, moi, je l'ai vécu en première ligne — la preuve étant... Si on regarde l'évolution des déficits hospitaliers — puis c'est un autre sujet intéressant sur lequel on reviendra — en 2000, il y a eu un coup d'éponge qui a été passé sur les déficits — puis on reviendra brièvement sur le message négatif que ça envoie dans le réseau — où on a effacé pour environ 600 millions de déficits accumulés, qu'en est-il trois ans plus tard? On en est exactement au même point, malgré la loi antidéficit. Alors, exercice futile s'il y en est, d'autant plus qu'à ce moment-là, en faisant ça, on se trouve à annuler ou à minimiser l'effort des quelques centres hospitaliers qui faisaient vraiment preuve de discipline et essayaient de maintenir l'équilibre budgétaire. Il y en a plusieurs dans le Québec, vous savez. C'est actuellement la minorité des centres hospitaliers au Québec qui sont en situation déficitaire. Et ce qu'on disait à ces gens disciplinés, c'est que: Regardez, ça ne vaut pas la peine d'être disciplinés, de toute façon, éventuellement, on va éponger vos déficits et on repart la carte de crédit à zéro.

Pour ce qui est des actions sur les listes d'attente, effectivement elles se situent dans la continuité, mais il y a un élément extrêmement distinct dans la façon dont les sommes ont été allouées et envoyées. Ce que nous avons fait, c'est d'envoyer les sommes aux régies régionales en leur laissant entière liberté pour la façon dont elles les utiliseraient, les sommes, plutôt que de les encarcanner dans une chape de plomb, là, et de dire: C'est exactement de cette façon que vous allez dépenser l'argent, et il n'y a pas d'autre façon connue ou acceptable.

Et je m'explique avec la déclaration d'un ancien collègue de cabinet, M. Levine, qui est maintenant un P.D.G. de régie régionale, d'ailleurs très efficace, avec lequel on a d'excellentes relations: «Alors, en plus de débloquer les fonds, Québec — je cite M. Levine — a donné à la Régie toute la latitude qu'il fallait pour négocier avec les hôpitaux et les médecins. Il y a maintenant un consensus sur le regroupement et la concentration des soins dans certaines activités.»

Deuxième déclaration, madame a cité en anglais tantôt, je vais faire la même chose: «I think it's got to do with moving towards decentralization while there's room for more decisions in healthcare to be made locally. The cataract program is a good start. I think it's a change in attitude.» Un changement d'attitude, je pense que c'est principalement ce qu'on retient suite à nos interventions.

Citation de *La Presse* du 19 juin: «David Levine est convaincu que les régies régionales devront être remplacées par une structure régionale capable de piloter des projets semblables à celui présenté hier — on parle des centres chirurgicaux à haut débit — M. Levine participe d'ailleurs avec enthousiasme à la réflexion sur la réforme des soins entamée par les libéraux.»

Je pense que la chose parle par elle-même, res ipsa loquitur. C'est intéressant, c'est un argument légal qu'on peut utiliser ici. Il fallait démontrer qu'on agit dans la continuité, et je remercie Mme la députée de l'avoir mentionné et je pense qu'on le démontre de façon plus éclatante encore.

Pour ce qui est des crédits qu'on a débloqués pour l'investissement nouveau en mai, je suis satisfait de voir que Mme la députée emploie le terme «hospitalocentrisme» en l'attribuant à d'autres — elle ne le met pas dans sa bouche — parce que, effectivement, l'analyse fine des investissements qu'on a faits montre qu'il y a plus de 50 % des sommes qui sont appliquées en dehors des centres hospitaliers, de sorte que le terme d'«hospitalocentrisme», à mon avis, n'est pas bien choisi.

Parlons maintenant de la façon dont l'argent est ventilé dans cette augmentation de crédits de 1 309 000 000 \$, et vous allez voir que, là, c'est un exercice assez simple, que certains peuvent trouver ésotérique. En gros, je vais essayer d'expliquer ce qu'on fait. On prend l'argent qu'on a, on regarde combien ça coûte, on fait une soustraction puis on obtient l'argent qu'on peut investir.

Alors, je vais prendre quelques minutes pour le faire de façon détaillée. Je vais vous parler lentement de façon à ce que vous puissiez suivre et prendre des notes. Alors, le développement annoncé, 240 millions; une allocation additionnelle qui s'ajoute aux 240 millions pour les autistes, 8 millions; fonctionnement des installations nouvelles — quelle déception pour les dernières années où de nombreuses installations étaient bâties au Québec sans budget de fonctionnement, et les exemples sont tellement nombreux qu'on en aurait pour quelques minutes à les citer — 45 millions de dollars; les ajustements salariaux, alors l'indexation des salaires, 174 millions; la progression des salaires, des échelons, 73 millions; l'équité salariale, 56 millions; le forfaitaire, 0,5 %, 44 millions; la part des employeurs, 13 millions; total des ajustements, 360 millions. On soustrait le montant inclus aux crédits 2002-2003 pour l'équité, 34 millions, on arrive donc à 326 millions.

Service de la dette, 37 millions de plus; années bissextiles, 30 millions de plus; indexation des dépenses non salariales: chauffage, etc., des établissements, 95 millions; ajustements suite aux ententes avec les fédérations, les ententes globales sont de 320 millions moins 138 millions attribués à l'année 2002-2003, ce qui donne 182 millions; coûts de système spécifiques à la santé — pour la première fois depuis de nombreuses années — 50 millions; croissance des coûts du programme des médicaments, 194 millions; évolution des coûts de la gestion et de l'approvisionnement, 139 millions; et d'autres dossiers pour 63 millions, pour un total de 1,3 milliard.

Donc, il n'y avait tout simplement pas d'argent pour remplir les engagements que notre prédécesseur... dont je ne nie pas qu'il ait pris certaines décisions fort judicieuses, et je lui ai dit l'autre jour à l'Assemblée nationale, notamment pour les lettres d'entente avec les médecins pour les urgences. Et il aurait été, en passant, préférable d'adopter cette attitude dès le début, plutôt que de faire adopter la loi n° 114, qui a eu des effets extrêmement pernicieux sur le système de santé.

Alors, je pense que l'exercice parle en lui-même. Il s'agit tout simplement de faire une addition simple et une soustraction. Il faut également s'en tenir à une rigueur budgétaire. Je pense que c'est ce que la population nous demande. Et on devra à l'avenir faire comme ça: dépenser l'argent que nous avons, et je pense que c'est le début d'une saine gestion.

Notre prédécesseur, le député de Rousseau, a également, je pense, implicitement reconnu le fait que les crédits pour remplir ces engagements n'étaient pas tout à fait au rendez-vous, puisque, au cours du mois de mars, il mentionnait de façon claire qu'il fallait songer à augmenter les impôts pour remplir les engagements en santé. Et on a même envisagé la création d'une caisse santé, c'est une idée qui flottait depuis quelque temps. D'ailleurs, c'est intéressant, la caisse santé, ça me permet de faire l'illustration d'une méthode comptable assez particulière où, lorsqu'on est allés en crédits supplémentaires, on a inclus dans les crédits supplémentaires 112 millions de revenus non réalisés par la non-réalisation de la caisse santé. Alors, il y a une sorte de logique, là, comptable qui était assez intéressante.

Alors, en résumé, M. le Président, je pense que, effectivement, les actions parlent par elles-mêmes. Nous avons rempli notre engagement de prioriser la santé dès cette année. Les investissements en santé des prochaines années seront encore plus considérables. Ils doivent cependant s'accompagner d'une restructuration et d'une réorganisation de notre réseau, et nous entendons le faire année après année. Et je suis certain que nous aurons d'autres débats intéressants avec Mme la députée à cet effet. Je vous remercie, M. le Président.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, pour débiter un premier bloc d'échange de 20 minutes, incluant les questions et les réponses du ministre, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, je vous cède la parole.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Juste quelques remarques brèves, là, avant que nous entreprenions les dossiers que je souhaite que nous examinions ce matin et qui sont essentiellement les trois dossiers dont le ministre a parlé hier en vue de leur examen l'automne prochain, soit le dossier de l'abolition des régies régionales, celui de la création d'un commissaire à la santé de même que le dossier portant sur la formation académique.

Mais je voudrais revenir sur quelques remarques brèves, parce que le ministre a terminé en disant qu'il y aurait des investissements encore plus considérables l'an prochain. C'étaient là les propos...

M. Couillard: Les années prochaines.

Mme Harel: Dans les années prochaines, donc des investissements encore plus considérables. Et je lui suggère une lecture, celle du rapport de son collègue, intitulé le rapport Séguin, portant sur le déséquilibre fiscal, parce que cette lecture nous permet bien de comprendre que l'impasse budgétaire, elle est annuelle. Cette impasse budgétaire, elle est systémique, c'est un mot avec lequel on devient familiers, parce que ça signifie qu'elle n'est pas conjoncturelle, elle n'est pas due à un gouvernement plutôt qu'à un autre. Elle est structurelle, c'est-à-dire qu'elle fait partie du déséquilibre des rapports, au sein de la fédération canadienne, entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Et j'en veux évidemment à preuve cet examen qui avait été fait et qui s'intitulait *Pour un nouveau partage des moyens financiers au Canada*, et notamment aux pages 12 et suivantes, aux indications que l'on retrouve à l'effet que, dans le cas du Québec, les moyens financiers qui sont manquants sont évalués, annuellement, à 2 milliards de dollars à court terme, donc chaque année, c'est à peu près l'équivalent de 50 millions par semaine, et 3 milliards de dollars à moyen terme. Alors, oui, il y a une impasse budgétaire, elle est là, la véritable impasse budgétaire. Elle n'est pas ailleurs, l'impasse budgétaire. Le gouvernement actuel n'avait pas besoin d'une astuce pour créer l'impasse budgétaire, elle est inscrite au cœur même du système fédéral actuel.

D'autre part, je voudrais aussi, puisqu'il a fait état des échanges approfondis entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Conseil du trésor, lui rappeler que déjà la moitié de ce montant de 580 millions, je pense, qu'il a...

M. Couillard: 572.

Mme Harel: ...572 millions, là, dont il a parlé, déjà la moitié avait été résolue, comme il le sait déjà, j'imagine, puisque, s'il parle des échanges approfondis, il en connaît l'alpha et l'oméga. Et donc, c'est autour de ce 300 millions qu'il aurait fallu aller en crédits supplémentaires.

● (10 h 20) ●

D'autre part, je rappelle également au ministre que... C'est peut-être un peu simplifier, mais je pense que ce n'est pas trop s'éloigner de la réalité que de dire que la grande différence dans les engagements de campagne électorale était à peu près les suivants: soit des baisses d'impôts avant les services ou soit des services avant les baisses d'impôts. Et les services avant les baisses d'impôts, ce sont tous les services auxquels les citoyens peuvent s'attendre.

Intentions du gouvernement concernant l'abolition des régies régionales

Et, quand je dis et que je pense, à bon droit, que c'est la première fois depuis toutes ces années que je suis à l'Assemblée que je vois un gouvernement qui veut tant défaire plutôt que faire, je pense que ça vaut aussi en regard notamment de l'abolition des régies régionales. Pourquoi je le dis? Parce qu'on ne sait pas ce qu'ils veulent, on ne sait pas ce que le ministre veut en faire puis on ne sait pas ce que le gouvernement veut en faire. J'ai tout de suite, une fois nommée responsable du dossier de la santé et services sociaux, écrit au ministre pour obtenir les études qui lui permettaient, ou celles faites par son ministère, qui lui permettaient d'aller de l'avant avec l'abolition des régies régionales, et la lettre en réponse... du responsable, là, de la Loi d'accès à l'information du ministère que j'ai reçue m'a indiqué qu'il n'y avait... en fait, qu'il y avait deux études, qui n'étaient pas disponibles, une s'intitulant *Document de réflexion sur la gouverne* et l'autre s'intitulant *Orientations préliminaires*. Heureusement, j'ai l'étude portant sur le document de réflexion sur les enjeux et la mise en oeuvre de la réforme de la gouverne annoncée

dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le fait est qu'elle n'est pas rédigée par le ministère mais bien par les directeurs et directrices des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec.

À l'occasion de l'étude des crédits, l'opposition officielle a fait une demande écrite d'obtenir les études coûts-bénéfices de l'abolition des régies régionales. Et la réponse que nous avons obtenue, ma foi, nous la retrouvons dans les Réponses aux questions particulières, tome II, page 174, je pense, ou 173, et qui dit: «Le ministère ne détient pas d'étude coûts-bénéfices sur l'abolition des régies régionales.» C'est ça, l'exemple de défaire sans savoir ce qui va se faire. C'est ça, le problème. Un nouveau gouvernement a le droit de refaire à sa manière. C'est autre chose quand on dit qu'il va défaire sans qu'on sache ce qu'il veut faire. Et c'est là, en fait, la difficulté dans laquelle on se retrouve présentement.

Alors, aussi, je voudrais vraiment dire au ministre que le mot «hystérique partisan» que j'ai utilisé ne s'applique ni à sa formation ni à lui, mais ni à sa formation, mais aux propos qui ont été tenus durant l'étude en commission parlementaire, notamment lors des crédits, mais aussi des propos qui ont été tenus. Et j'en veux à preuve, par exemple, le sort qui avait été fait à l'ancien ministre de la Santé et des Services sociaux. Je ne souhaite pas que l'actuel ministre en titre, et je ne le ferai pas, subisse le même sort que le précédent avait subi et qui était presque ignominieux.

Alors, ceci dit, si on aborde la question justement du document de réflexion sur les enjeux et la mise en oeuvre de la réforme de la gouverne annoncée dans le réseau de la santé et des services sociaux, alors, ce document préparé par les directeurs et directrices de régies régionales, j'imagine que le ministre en a pris connaissance. Bon. Alors, j'aimerais bien que nous puissions, pour le bénéfice de la commission, ensemble répondre aux questions qui se retrouvent dans ce document. Alors, j'inviterais le ministre à, peut-être avec moi... sinon j'ai une copie pour lui, là, je pourrais la lui faire parvenir. Non, la déposer, M. le Président, là. Vous avez déjà un document à lire, un deuxième, c'est peut-être trop. Mais je pourrais lui faire parvenir cette copie en lui demandant... en lui proposant de répondre aux questions qui y sont posées.

Alors, on apprenait ce matin, en première page du... ou, en fait, dans le journal *Le Soleil*, que le ministre s'est rendu en Alberta, qu'il a voulu s'inspirer de la réforme Klein, la réforme sur les services de santé et les services sociaux. Et ce que je voudrais lui demander, c'est ceci: Est-ce qu'il entend répondre à toutes ces questions qui sont soulevées dans ce document de réflexion, notamment ces questions qui portent sur la gouvernance à deux paliers? Est-ce qu'il entend s'engager dans une gouvernance à deux paliers? Nous avons un mode de régionalisation à trois paliers.

Je voudrais simplement rappeler ce qu'en disent les directeurs et directrices des régies régionales, qui disaient ceci — je pense qu'on devrait s'en inspirer — à la page 21...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, si vous me permettez, là, je veux préciser vos intentions. Est-ce que vous souhaitez le dépôt de ce document-là ou est-ce que vous souhaitez qu'on...

Mme Harel: Bien, c'est tellement complexe, déposer...

Le Président (M. Copeman): Si vous me permettez...

Mme Harel: Je lui transmettrais, ce serait plus simple.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, si vous me permettez de terminer ma phrase: Est-ce que vous souhaitez le dépôt du document ou est-ce que vous souhaitez transmettre le document au ministre?

Mme Harel: M. le Président, je souhaite le transmettre au ministre, à moins qu'il ne m'indique qu'il l'a déjà par-devers lui, si c'est le cas présentement, parce que je voudrais qu'on puisse avoir réponse à ces questions qui sont posées.

Alors donc, à la page 21, on nous dit ceci dans ce document de réflexion: «Peu importe la notion de réseau de services locaux retenue, tous les citoyens, où qu'ils vivent au Québec, ont droit à des services publics respectant les principes d'accessibilité, d'équité et de qualité.» Il s'agit d'un des engagements de mai 2002 du Parti libéral. C'est aussi l'un des objectifs qui étaient visés par les travaux ministériels les trois dernières années et par les modifications à la régionalisation qui ont été vécues depuis 2001. Alors donc, comment s'assurer de la réalisation de ces objectifs?

Et ce qu'on nous indique, c'est que le ministre voudrait s'engager dans une gouverne à deux paliers, c'est-à-dire établissements-ministère, plutôt qu'à trois paliers, avec les établissements. Donc, il y aurait des agences. Est-ce qu'il va y avoir des superagences? Les superagences seront-elles installées dans la Montérégie, à Québec et à Montréal? Le niveau de gouverne des agences, puisque le ministre semble indiquer qu'il y aurait donc remplacement des régies par des agences, ce niveau de gouverne des agences en est-il un d'intégration de la gestion? On peut parler de l'intégration des services, mais qu'en est-il de l'intégration de la gestion? Alors, y aura-t-il intégration de la gestion?

Et, à l'égard des questions qui sont posées et qui sont considérées par les directions des régies régionales comme devant être répondues, qui sont des questions préalables... Par exemple, quelles vont être les bases de référence? Quels sont les bassins de desserte? Ce sont les bassins, disons, équivalents aux territoires des CLSC? équivalents à d'autres types de territoires? territoires de régions administratives? Est-ce que... Qu'en sera-t-il pour ce qui est, donc, de la prestation directe des services? Qui va avoir l'autorité requise pour décider de la prestation directe de ces services? Et question incontournable: Envers qui ces réseaux locaux de services, ou agences, en fait — le ministre nous dira quel est le qualificatif qu'il utilise — envers qui seront-ils imputables? imputables à l'égard du ministre? à l'égard des élus locaux? à l'égard d'instances intermédiaires? à l'égard de tables de concertation? Où finalement se prendra... Où se fera la reddition de comptes? Devant qui seront-ils imputables?

Troisième enjeu évidemment, et c'est très, très, très bien documenté dans ce document, il s'agit de

l'ensemble des questions concernant les mouvements de personnels, les changements législatifs requis, l'échéance, la durée des transformations et le financement des coûts de transition, parce qu'il y aura beaucoup de transitions, la transformation, une telle transformation, comme on y indique, dans ce contexte où pourtant on devrait notamment retenir l'essentiel vers des services alors qu'on va faire des changements de structures, vont générer, n'est-ce pas, un certain niveau de stress, de difficulté, dont on fait bien état dans ce document.

Et puis je voudrais entendre le ministre sur les budgets. Qu'est-ce qui va être budgété: le réseau des services locaux comme un tout ou chacun des établissements? Est-ce qu'il y a maintien des établissements? Et la question qui était posée au ministre est de savoir comment va se faire la répartition équitable des ressources. Comment va se faire la répartition équitable des personnels? Les dangers de concurrence, il y en avait déjà entre les régies régionales, imaginez qu'avec la multiplication des agences on multiplie la concurrence entre ces instances locales pour le recrutement.

● (10 h 30) ●

Alors, il y a une série de questions, là, qui sont posées, une liste de toutes les responsabilités et fonctions qui devront être partagées entre les paliers de gouverne retenus, des questions sur la participation de la population, sur celles... des questions relatives à la santé publique, aux ressources financières intrarégionales, aux ressources financières interrégionales, aux ressources matérielles, aux ressources humaines pour éviter la concurrence, à la coordination des activités médicales, aux ressources... aux mésentesentes entre les établissements — comment vont-ils être gérés? — aux organismes communautaires, à leur financement, aux technologies de l'information, aux services préhospitaliers d'urgence, à la sécurité civile, à la reddition de comptes, etc.

Pourquoi s'engager dans une réforme de structures comme celle-là à ce moment-ci où, pourtant, il y a tant de défis simplement en termes de services de proximité, de services de première ligne à la population?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, une série de questions qui a pris 14 minutes à poser; il vous reste donc six minutes pour la réponse. Bien, allez-y.

M. Couillard: Bien là j'aurais tendance à protester, M. le Président. Est-ce que je pourrais disposer d'un temps de réponse symétrique, là?

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, le règlement est très clair. Mme la députée est maîtresse d'un bloc de 20 minutes. Si, elle, elle décide de poser des questions pendant 19 minutes, il vous reste un temps de réponse d'une minute. Il faudrait s'entendre peut-être, si on veut vraiment un processus transparent et intéressant pour tous les députés, que les questions soient peut-être un peu plus concises pour permettre un échange peut-être plus intéressant.

Mais, à ce moment-ci, M. le ministre, il vous reste cinq minutes. Je vais aller à ma droite par la suite. Peut-être qu'une collègue à ma droite va vous permettre de répondre à cette série de questions par la suite. Alors, il vous reste cinq minutes, M. le ministre.

M. Couillard: Oui, je vais prendre les cinq minutes, mais j'aimerais qu'on ait des échanges peut-être plus rapides. Ce serait plus intéressant, je pense, pour la...

Mme Harel: M. le Président.

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

Mme Harel: Bon. M. le Président, je verrai là s'il y a lieu de consentir également, avec l'accord de la commission, pour que le ministre puisse compléter la réponse. Mais il comprendra que je ne lui ai, dans le fond, lu que les questions qui lui sont posées par le réseau lui-même. Merci.

Le Président (M. Copeman): Là, on est rendus à quatre minutes, M. le ministre.

M. Couillard: «Ô temps! suspends ton vol», disait Lamartine, hein. Mais ce n'est aujourd'hui que ça va se produire. On va parler spécifiquement...

Le Président (M. Copeman): Pas ici, M. le ministre.

M. Couillard: «Et [...] heures propices! [...] — poursuivez — votre cours». C'est ce qui est joli, dans la citation. Le deuxième vers, on l'oublie toujours.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

M. Couillard: Je vais parler des régies régionales parce que c'est le dernier élément de la présentation de ma consœur, et je suis certain que mes collègues me permettront de revenir sur la première partie, etc.

D'abord, je voulais vous dire que la lettre qui a été envoyée à nos bureaux pour les documents, je voulais l'assurer que, si elle m'écrit personnellement, je vais lui répondre personnellement également. La lettre ne m'était pas adressée personnellement d'après ce que je vois ici. Et je vous assure, Mme la députée, que, si vous voulez correspondre avec moi, en tout temps, que ce soit verbalement ou par écrit, la communication sera directe entre nous.

Effectivement, les P.D.G. de régies régionales ont émis une opinion préliminaire pour encadrer leur position sur le débat qui s'entend autour du problème de la régionalisation qui doit être, disons, améliorée, et c'est une preuve, en fait, de leur haut degré de participation au processus. D'ailleurs, suite au dépôt de leurs documents, on les a rencontrés le 29 mai, on a échangé de façon très fructueuse autour de la table. Ils participent encore plus, dans le sens qu'il y a des représentants des P.D.G. des régies régionales qui siègent au groupe de travail qui est actuellement à l'oeuvre sur ce concept-là. Alors, loin d'avoir une attitude d'opposition ou, je dirais, de schisme entre les régies régionales et le ministère, au contraire, dans un souci de continuité encore une fois, on a voulu les associer de façon très étroite au processus.

Le but de l'opération n'est pas un changement de structures stérile; ce serait la dernière chose qu'on

voudrait accomplir. C'est, en fait, de réaliser qu'il y a un consensus important depuis les dernières années sur le diagnostic qu'on peut faire dans notre système de santé, et ça, ça va au-delà des considérations partisanses. Je pense que l'ensemble des partis politiques et des observateurs font le même constat. Depuis Jean Rochon, avant même qu'il fasse de la politique, jusqu'à récemment, c'est qu'un des vices principaux de notre système, c'est le fonctionnement qu'on appelle en silo ou en parallèle, où les établissements fonctionnent d'après leur logique propre sans tenir compte de l'ensemble des activités et des services qu'ils peuvent rendre à la population.

Alors, le but de l'opération actuelle ou de la réflexion actuelle, c'est d'agir non pas dans un bris de continuité mais, au contraire, dans la continuité des réflexions qui ont eu lieu sur le système de santé et de services sociaux et d'amener le système vers l'évolution qui était souhaitée par la plupart des acteurs. Moi, je — évidemment, on peut parler d'abolition puis de destruction si on veut donner une teinte négative au processus — moi, je préfère parler d'évolution de la façon dont les services sont organisés et régionalisés, le but étant d'avoir une véritable régionalisation dans le vrai sens du mot et une véritable représentation de la population dans le vrai sens du mot, ce qui n'est pas le cas actuellement, suite à la dernière loi qui a été votée par le gouvernement précédent.

On parle de paliers de gouverne. Je dirais que la déclaration de ma consœur — avec tout respect — est inexacte. Et elle ne peut pas le savoir parce qu'elle ne participe pas, de toute évidence, aux discussions.

Notre orientation générale est de conserver un système à trois paliers, tout en donnant la possibilité aux régions qui le désireront — et, encore une fois, j'insiste, aux régions qui le désireront: il n'y aura aucune manœuvre, je dirais, pour les forcer à le faire ou pour les inciter à le faire — d'avoir un système à deux paliers s'ils le désirent. S'ils veulent regrouper tous leurs établissements régionaux dans une seule organisation, ils auront beau jeu de le faire et ils auront les outils pour le faire. Mais je m'attends, personnellement, à ce que la majorité des régions désirent conserver un système à trois paliers.

La philosophie qui est à la base de ça, c'est évidemment d'avoir la gestion la plus possible de la reddition des services, et je pense que c'est un concept général d'administration qui tient non seulement pour le système de santé et de services sociaux, mais également pour toute structure, là, constituée.

On part avec le principe que le niveau local ou le réseau d'établissements local devrait avoir le plus de pouvoirs et de moyens possible, à moins de preuves du contraire, et on dégage certains de ces pouvoirs qui seraient mieux attribués au niveau régional et, ensuite, au niveau ministériel. Donc, on fait l'élément ou la démarche inverse de la démarche qu'on peut appeler en anglais «top down», où on part du haut puis on délègue progressivement des responsabilités. On fait la démarche inverse: on assume que le niveau local est capable de prendre en charge beaucoup de responsabilités, on en dégage certaines au niveau régional et, également, on en dégage encore au niveau ministériel. Parce que l'imputabilité ou la reddition de comptes à laquelle Mme la députée faisait allusion, c'est évident

que c'est l'élu et le ministre qui est en position de reddition de comptes finale dans n'importe quel processus, dans n'importe quelle structure qu'on mettra.

Cependant, l'imputabilité et les moyens d'action, aux niveaux régional et local, seront beaucoup plus grands en raison du fait, d'une part, que la population sera représentée et en raison du fait, d'autre part, que les gestionnaires qui auront à diriger ces organisations ne seront plus, comme c'est le cas maintenant, nommés par le ministre mais feront l'objet d'un processus de nomination régional par un conseil d'administration représentatif. Et là il y a une importante différence que, malheureusement... Et ça me surprend toujours de voir que ce virage-là a été pris par un gouvernement — et je le dis avec respect — qui avait une orientation de type social-démocrate, qu'on ait retiré la représentation de la population au niveau des régions régionales au profit d'un forum des citoyens qui, avouons-le, n'est que virtuel. Pour l'avoir vu sur place, là, il ne se passe pas grand-chose dans le Forum des citoyens, en termes d'impacts réels, pour la décision des politiques.

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

M. Couillard: En conclusion, beaucoup des questions que vous posez ne sont pas encore réglées; on est en démarche actuellement de réflexion. Le PQ lui-même avait débattu il y a deux ou trois ans la question de l'abolition des régions régionales. Ce n'est pas un débat nouveau; c'est un débat qui, comme je le dis, traverse les barrières partisanses. On agit ici dans l'intérêt de la population et dans l'intérêt également d'assurer la continuité la plus grande possible au système. Et, en aucun cas, nous ne voulons ni créer de perturbations majeures ou d'impacts sur le personnel et la population.

Alors, j'espère que ces précisions aideront la députée d'Hochelaga-Maisonneuve à mieux échanger avec nous sur ce concept à mesure qu'il évoluera. Et je rappelle encore une fois que, lorsqu'il y a communication, si elle est faite directement avec moi, la réponse sera faite de la même façon, et je serai heureux de la faire.

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

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Je ne sais pas si vous m'accordez la permission, j'ai quelques questions pour M. le ministre mais, s'il désire poursuivre ses interventions auprès des remarques de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve... Je suis prête à vous concéder du temps dans mon bloc.

M. Couillard: Vous êtes bien aimable, chère consœur, je vous remercie beaucoup. J'en prendrai le moins de temps, le moins possible, pour que vous puissiez poursuivre avec d'autres sujets.

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

M. Couillard: Je vais juste mentionner que le système à deux paliers existe déjà au Québec, hein, dans

les régions du Nord et qu'il a été établi par M. Rochon lui-même en 1998. Ce n'est pas quelque chose de nouveau. Il n'y a rien de nouveau, en passant, dans ce qu'on propose là. C'est quelque chose qui est très connu.

La question de l'Alberta; effectivement, on s'en inspire, de ce qui est fait en Alberta. Mais je veux tout de suite me dissocier du biais qu'on essaie d'introduire lorsqu'on fait une comparaison avec l'approche Klein ou l'approche albertaine, comme si on voulait sous-entendre par là qu'on veut massivement privatiser le système ou le rendre assujéti aux règles du marché. Là n'est pas notre propos. On est très loin de ces concepts-là. On a un engagement très ferme sur le maintien d'un système public universel, financé par le public, alors que la prestation de certains services, à conditions précises, peut être accomplie par le réseau privé. Puis on y reviendra, là-dessus, c'est une discussion très intéressante également: à quelles conditions peut-on permettre la prestation de certains services par l'entreprise privée?

On parle du déséquilibre fiscal. Effectivement, le déséquilibre fiscal, c'est un problème réel, puis on le reconnaît. La commission Séguin, du nom du ministre des Finances actuel, est un bon exemple qui indique de façon assez claire que le Parti libéral du Québec reconnaît pleinement l'existence d'un déséquilibre fiscal. Et l'actualité de ces jours-ci montre que notre premier ministre est actuellement en réunion avec ses collègues des autres provinces, de façon à mener un front énergique des provinces pour aborder cette question-là qui touche tous les citoyens du Québec encore une fois, quelle que soit leur appartenance politique.

● (10 h 40) ●

Cependant, je dois noter que le déséquilibre fiscal, on n'est pas les seuls à en être les victimes, et pourtant, les autres provinces canadiennes qui font face aux mêmes conditions ont fait beaucoup mieux que nous en santé et services sociaux, en santé surtout parce que, en services sociaux, je vais l'expliquer, il y a une petite différence. En santé, on demeure neuvième ou dixième, selon les années, en termes de financement. Je suis d'accord qu'une partie de cet écart-là provient des coûts de main-d'oeuvre qui sont plus bas au Québec, mais il n'en demeure pas moins qu'on a beaucoup moins fait, bien fait, que les autres provinces dans les mêmes conditions objectives.

Mme la députée a parlé du dépassement de 572 millions. Effectivement, les communications entre le Conseil du trésor et le ministère faisaient état de la prise en charge moitié-moitié de cette impasse-là, d'une part, par l'ensemble des finances publiques et, d'autre part, par le ministère de la Santé, pour 286 millions. Donc, si on fait la soustraction, 572 millions moins 286, on en arrive exactement avec les sommes qu'on a annoncées le 22 mai. Donc, son raisonnement ou ce qu'elle nous dit confirme la cohérence de notre calcul budgétaire.

Elle me parle du sort des ministres de la Santé précédents. N'ayant pas été présent dans l'Assemblée, je ne peux pas juger de ce qu'elle me dit sur le ton avec lequel mon prédécesseur était apostrophé ici. Je pense que mes collègues qui étaient alors dans l'opposition pourront certainement en avoir des souvenirs plus vifs. Il y a le sort d'un ministre, cependant, passé que, moi, j'ai en mémoire, c'est le sort de Jean Rochon qui était un homme pour lequel... qui est encore un homme pour

lequel j'ai infiniment de respect, qui a énormément fait pour l'orientation du système de santé au Québec, qui a fait le virage ambulatoire qu'il fallait faire et qui a été littéralement abandonné par son gouvernement à l'époque, lorsqu'il y a eu des mises à la retraite et des désinvestissements en santé. Je pense que lui-même le reconnaît de façon implicite maintenant. Alors, je pense que, effectivement, l'histoire est un bon professeur, et il faut la voir de tous les côtés.

Je pense que je vais arrêter là pour vous permettre, Mme la députée, de poser d'autres questions qui, j'en suis sûr, seront extrêmement intéressantes.

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

Mesures visant à éliminer l'engorgement des salles d'urgence

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Alors, parmi les legs que nous a faits le gouvernement précédent, ici je ne parlerai pas de l'impasse budgétaire que nous avons héritée, mais, entre autres, nous avons hérité de salles d'urgence débordées. Les débordements aux urgences, les taux d'occupation records ont fait les manchettes à maintes reprises, et ce, dans toutes les régions du Québec. Il est vrai que gouverner, c'est faire des choix et, en matière de choix du gouvernement précédent, à ce que nous a dit dans les remarques préliminaires la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, c'était de faire les bons choix, selon vos slogans. Alors, j'ai de la difficulté à m'expliquer que le gouvernement précédent a mis à la retraite 4 000 infirmières et 1 500 médecins. En matière de bon choix... Je n'élaborerai pas sur ce point.

Alors, pour en revenir aux débordements d'urgences relatés à maintes reprises dans les médias, débordements qui ont affecté les citoyens et qui affectent encore les citoyens du Québec, vous avez annoncé, M. le ministre, le 22 mai dernier, des mesures qui visaient à contrôler ces débordements. Est-ce que vous pouvez me parler ou me décrire ces mesures et est-ce que vous êtes en mesure de comparer la situation entre la même période l'an dernier et cette année?

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

M. Couillard: Alors, merci, Mme la députée. M. le Président, je ne voudrais en aucun cas laisser sous-entendre que la situation est rose aujourd'hui; la situation demeure très préoccupante dans les urgences du Québec à maints égards. Il y a une tendance à l'amélioration actuelle — je le dis de façon prudente parce que les tendances peuvent évoluer selon le temps — et on peut la chiffrer. J'ai la liste dans mes notes personnelles, ici, de plusieurs hôpitaux, autant dans la région de Montréal que la région de Québec, où la situation s'est améliorée parfois de façon très significative par rapport à l'an dernier. Il y a des hôpitaux qui sont encore, je dirais, en grande difficulté. Je regarde l'Hôpital Notre-Dame, par exemple, qui est à 198 % d'occupation encore ce matin. On les a rencontrés, d'ailleurs, le gestionnaire de l'Hôpital Notre-Dame, mais

là ça a été, je dirais, un élément important qu'il faut souligner lorsqu'on explique ou on essaie de comprendre la genèse de l'engorgement des urgences.

Il y a plusieurs facteurs, hein, qui causent ça et qui font que la solution d'un problème est rarement dans la salle d'urgence elle-même mais en amont ou en aval du processus. Le premier problème, c'est le manque de disponibilité de lits à l'étage, étant donné le fait que beaucoup de lits de soins aigus sont occupés par des gens qui attendent d'être transférés en milieu d'hébergement. C'est la raison pour laquelle la logique de notre affectation de crédits allait surtout vers l'achat de places en soins prolongés, de façon à dégager plus de places à l'étage. Alors, ça, c'est quelque chose qui est fait. Et il y avait également des sommes en maintien à domicile qui ont été affectées. Moi, je suis convaincu que la grande priorité d'investissement au cours des prochaines années, il y en a d'autres bien sûr, mais la grande priorité, c'est effectivement ce que madame disait tantôt, c'est les services de proximité, le maintien à domicile et l'hébergement. C'est de cette façon, avec le renforcement de la première ligne, qu'on va véritablement, je pense, améliorer de façon substantielle le problème des urgences.

Pour ce qui est des risques de rupture, la situation est effectivement bien meilleure que l'an dernier. Il y avait 295 risques à la même époque l'an dernier, on en est à 65 actuellement. Je suis d'accord avec Mme la députée que beaucoup des mesures qui ont été mises en place avaient été mises en place par mon prédécesseur. Je ne cherche pas du tout à lui enlever le crédit pour ça. Je pense que ça a été une bonne chose. On continue dans la même ligne et on va continuer de faire le plus d'ententes possible de gré à gré avec les fédérations médicales plutôt que d'aborder la question de façon autoritaire, comme on l'a fait avec la loi n° 114.

Ce qui est apparu également dans nos conversations avec les gestionnaires d'hôpital, c'est l'impact de certains aspects de la pratique médicale des engorgements à l'urgence. Je pense que c'est important qu'on comprenne ça. Outre les facteurs d'engorgement que j'ai mentionnés tantôt, qui sont les lits d'hébergement et les soins à domicile, il y a également certaines pratiques médicales: par exemple, le fait d'attendre très longtemps pour voir une consultation à l'urgence: on fait ses activités à l'étage en priorité, avant d'aller voir le malade à l'urgence; le fait de faire venir des patients à l'urgence et que c'est encore fait pour des investigations ou même des hospitalisations pour chirurgie électorale, c'est encore fait actuellement. D'où l'importance d'instaurer également une discipline de pratique parmi la profession médicale. Il y a des outils pour le faire, on en a discuté à plusieurs reprises, et ceci devra faire partie également de nos moyens d'action. Il faut aborder la question dans son ensemble et ne pas ignorer aucune piste de solution et ne pas oublier également les caractéristiques de la pratique médicale dans toute cette équation.

Alors, oui, les urgences se sont améliorées au Québec cette année, autant en termes de débordement que d'engorgement. Oui, beaucoup de cette amélioration vient des mesures que mon prédécesseur a adoptées. On les a complétées et on va les renforcer — au cours des dernières années — et l'important, c'est de bien faire

comprendre à nos concitoyens et concitoyennes que le problème des urgences, sa solution est rarement à l'urgence elle-même, elle est dans tout ce qui entoure l'urgence. Et il faut continuer nos efforts dans ce domaine-là.

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

Rôle du coordonnateur médical à l'urgence

Mme Charlebois: Toujours en ce qui a trait aux urgences, est-ce que vous pourriez me parler du rôle des coordonnateurs médicaux aux urgences?

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

M. Couillard: Alors, on a financé, dans les sommes qu'on a affectées cette année, la création de 22 postes de coordonnateurs dans les urgences les plus achalandées du Québec. Alors, qu'est-ce qu'un coordonnateur? Bien, c'est un médecin, d'abord, qui est rémunéré pour cette tâche, qui est une tâche très lourde. Et je peux vous dire d'expérience que le coordonnateur des urgences, ce n'est pas un médecin très populaire parmi ses collègues, souvent, dans un hôpital parce qu'il doit prendre des décisions difficiles au plan quotidien.

Qu'est-ce qu'il doit faire? Il doit d'abord faire... s'assurer que l'urgence est une priorité pour l'hôpital, que l'urgence n'est pas vue comme un appendice de l'hôpital mais est une partie intégrante de l'établissement et que des actions prioritaires doivent être menées quotidiennement pour s'y adresser. Il faut qu'on s'assure également du déroulement fluide des soins. Et le coordonnateur, en général, a une expérience de gestion de services. Quelqu'un qui a travaillé en direction de services professionnels ou de direction de département est très apte à faire cette tâche-là. On voit à l'utilisation optimale de la salle d'urgence. J'en parlais tantôt: on ne veut pas voir de patients qui viennent pour des hospitalisations électives ou des investigations à la salle d'urgence. Il y a des liens à faire avec les services interdisciplinaires, les infirmières de maintien à domicile, les CLSC, les organismes communautaires, pour utiliser le plus possible le réseau plutôt que la salle d'urgence, trouver les problèmes et y apporter des solutions et uniformiser la gestion. Il y a un guide de gestion qui a été circulé dans la province pour les urgences, et on faisait allusion récemment à... je ne sais pas le terme exact, le conseil, le groupe stratégique, le CC pour les urgences, là, qui se promène...

Le Président (M. Copeman): Groupe tactique peut-être?

M. Couillard: Non, ce n'est plus ça. Groupe tactique, c'était avant, ça. Alors...

Le Président (M. Copeman): Je ne suis plus à date, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, son action continue actuellement, mais on s'est rendu compte qu'il s'était développé un certain degré de tolérance. Moi-même, je

l'ai vécu dans les hôpitaux: on voit arriver ces groupes-là maintenant avec, je dirais, un certain flegmatisme, un certain flegme. Alors que, auparavant, on les voyait de façon assez craintive, maintenant ils sont presque devenus, là, tolérés dans le système. Alors, je pense qu'il faut introduire des nouveaux mécanismes — et le coordonnateur médical est un de ces mécanismes — de façon à ce qu'il y ait une discipline interne, dans l'établissement, qui se crée.

Puis il y a des exemples de réussite dans la province, hein? Ce n'est pas toutes les urgences qui sont aussi mal prises. Puis celles qui sont en meilleur état, y compris à Montréal, sont souvent celles qui ont des habitudes de gestion semblables. Je pense, par exemple, à l'Hôpital général juif de Montréal ou d'autres établissements. Alors, voici en gros ce qu'est le rôle du coordonnateur médical à l'urgence. Donc, 22 personnes nouvelles cette année qui accomplissent cette tâche dans les hôpitaux les plus achalandés.

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

Mme Charlebois: C'est bien.

Le Président (M. Copeman): C'est fini?

Mme Charlebois: Oui.

• (10 h 50) •

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Je voudrais revenir sur la question de l'abolition des régies régionales et leur remplacement par... Je ne sais pas, là, est-ce que c'est des agences, est-ce qu'il y a un autre qualificatif qu'il faut leur donner, là? Je voudrais que le ministre précise.

Objectifs en matière de réduction du nombre de patients en attente de soins pendant plus de 48 heures dans les salles d'urgence

Peut-être juste une remarque sur la question des urgences. Ce qui est très, très inquiétant, c'est l'augmentation du nombre de patients sur des civières, dans les corridors, plus de 48 heures. Le gouvernement précédent s'était fixé des objectifs, je ne sais pas lesquels ils sont pour l'actuel gouvernement. Ces objectifs, on les retrouvait notamment dans les crédits. Je ne sais pas si certains d'entre vous avez eu l'occasion de comparer même la facture, là, la rédaction, le texte même des crédits déposés par le gouvernement précédent et par l'actuel gouvernement, mais le gouvernement précédent indiquait ses objectifs et donnait des indicateurs des résultats qu'il voulait atteindre dans les crédits qu'il présentait pour être adoptés, alors que tout cela est disparu dans la rédaction des crédits que nous étudions maintenant, aujourd'hui.

Mais je reprends donc: Quels sont les objectifs en matière de réduction du nombre de patients qui passent plus de 48 heures dans les urgences?

Moi, j'étais à l'Hôtel-Dieu il y a trois semaines, pour accompagner un ami, et j'étais dans le corridor de

l'urgence de l'Hôtel-Dieu; je l'ai fait manger dans le corridor de l'urgence de l'Hôtel-Dieu. Le problème, c'est le nombre d'heures qu'on passe dans un corridor. Je regarde tous les jours — tous les jours — les patients qui passent plus de 48 heures, et ça atteint des sommets inégalés par rapport aux années précédentes. On était à 25 %, au début de la semaine, du nombre de patients dans les hôpitaux montréalais qui passent plus de 48 heures dans les urgences. Imaginez ce que ça peut vouloir dire, ça, matin, midi et soir et la nuit. Alors, c'est vraiment...

Directeur du Centre national de coordination des urgences

Et je ne comprends pas aussi comment se fait-il que, dans l'organigramme du ministère qu'on nous a remis, le poste du Dr Poirier ait disparu. Je sais bien que le Dr Poirier a pris sa retraite, là — il était le responsable du Centre de coordination sur les urgences au ministère — mais il n'a pas été remplacé, et, en plus, le poste de directeur du Centre de coordination des urgences est disparu de l'organigramme. Alors, ça, je voudrais bien savoir aussi. Et quelles sont les mesures que le ministre va prendre en matière de réduction du nombre de patients qui passent 48 heures à l'urgence, quels sont les objectifs qu'il se donne, qu'on ne connaît pas, et, d'autre part, pourquoi avoir évacué le poste de coordinateur, notamment, dans l'organigramme du ministère?

Alors, également, le ministre disait tantôt que ce que l'on a bien fait, c'est dans les services sociaux, mais on l'a bien fait en santé. Je pense entre autres aux déclarations tellement positives de Roy Romanow sur les centres locaux de services de santé communautaires, les CLSC. C'est là une formule, disait Roy Romanow au moment où il circulait à travers le Canada pour mener à terme son rapport... et il souhaitait que cette formule des CLSC se répande à travers le Canada, n'est-ce pas.

Alors, je reviens donc au document. Le ministre l'a en main, le document, n'est-ce pas; il me disait tantôt, il me confirmait qu'il l'avait en main. Je ne veux pas le lui lire puis je ne veux pas répéter les questions, mais aucune des questions que j'ai posées n'a obtenu de réponse, hein. Je lui laisserai tout le temps qu'il veut, là, n'est-ce pas.

Représentation de la population au sein des instances régionales de santé

Il nous a dit «une meilleure représentation de la population». Qu'est-ce que ça signifie? Des collègues électoraux? Dites-nous pas ce que vous ne voulez pas que ce soit; dites-nous qu'est-ce que vous voulez faire. Des collègues électoraux? Des élus? Est-ce qu'il pense à des élus municipaux? Il pense à quoi, quand il pense à une meilleure représentation de la population? Pense-t-il au suffrage universel? Il a fait allusion au rapport Rochon. Le rapport Rochon évoquait la possibilité d'élections au suffrage universel. Est-ce que c'est à ça dont il pense? Son collègue des Affaires municipales, lors des crédits de la commission des institutions avant-hier, a parlé que, dans les transferts aux municipalités, il pouvait être question de santé. Je ne sais pas si le ministre en est

informé, mais il a de lui-même évoqué le fait que, dans la liste des transferts aux municipalités, il pouvait donc y avoir aussi des éléments en matière de santé. De quoi s'agit-il? Est-ce qu'il y a des discussions qui ont été amorcées avec le ministre de la Santé... entre le ministre de la Santé et celui des Affaires municipales? Alors donc, je reviens: De quoi s'agit-il quand on dit «une véritable représentation de la population»?

Fusion administrative d'établissements régionaux de santé

D'autre part, je comprends qu'il puisse y avoir trois paliers, n'est-ce pas. Est-ce que... Le ministre, tantôt, nous a clairement indiqué qu'il évacuait l'idée d'intégration d'établissements, sauf si c'est demandé par le milieu. C'est ce que je comprends. Est-ce qu'il peut me confirmer cela? Ça signifie donc qu'il n'y aura pas d'intégration d'établissements là où le milieu ne le désire pas. Il faut être clair, là. Il ne faut pas être évasif sur ces questions-là. Ça provoque quand même beaucoup d'inquiétudes. Et qu'en sera-t-il à l'égard des conseils d'administration locaux? Par exemple, Hochelaga-Maisonneuve, le conseil d'administration d'un CLSC ont été candidats 22 personnes à la dernière élection. Il y a quand même eu un certain intérêt pour qu'il y ait 22 candidatures. Est-ce qu'on maintient les conseils d'administration des établissements locaux?

Création d'agences unifiées d'administration sur les territoires de Québec, de Montréal et de la Montérégie

Et sur — troisième question — les territoires de Montérégie, Québec et Montréal, y aura-t-il des superagences d'agences? Est-ce que le mot même d'«agence» est celui qui est retenu ou faut-il le remplacer?

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

M. Couillard: De combien de temps je dispose?

Le Président (M. Copeman): Oh! là il vous reste à peu près 14 minutes.

M. Couillard: C'est le grand luxe. Merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Oui, c'est une nette amélioration. Allez-y, M. le ministre.

Objectifs en matière de réduction du nombre de patients en attente de soins pendant plus de 48 heures dans les salles d'urgence (suite)

M. Couillard: Alors, parlons d'abord du problème des gens qui séjournent à l'urgence depuis plus de 48 heures. Effectivement, c'est un problème inacceptable. Madame l'a vécu avec un de ses proches, puis je suis entièrement d'accord avec elle que, pour ce qui est de la dignité des patients avec des personnes et de leurs besoins les plus essentiels, ce n'est pas acceptable, puis on ne devrait pas avoir de tolérance pour ça. De sorte

que l'objectif qu'on poursuit et même que l'objectif de tous les acteurs, c'est zéro. C'est ça, l'objectif. C'est ça, l'objectif qui est acceptable: c'est qu'il n'y ait plus de patient au Québec qui soit dans les urgences pour plus de 48 heures. Combien de temps ça va prendre pour atteindre l'objectif? On verra.

J'ai expliqué tantôt la vaste gamme de solutions qui sont étudiées, mais il faut réaliser que c'est un problème qui date de longtemps. Si je regarde le pourcentage de patients, là, en attente dans les urgences pour plus de 48 heures, si on commence en 1998-1999 jusqu'à maintenant, dans le Québec au complet, ça va de 2,5 % à 6,5 % sur cette période. Donc, on hérite d'une tendance lourde, là, de plusieurs années. Pour ce qui est de la province, dans la même période, c'est de 4 %... Montréal, pardon, ça va de 4 % à 11,6 %, avec des chiffres pour l'Hôpital Notre-Dame, par exemple, qui sont actuellement à 22 %. Mais ça, c'est des tendances qui datent de quatre, cinq, six ans. Ça s'est bâti au cours des années, ce dysfonctionnement-là. Et, s'il y a bien un exemple des effets néfastes du fonctionnement en silo de notre système, voici un exemple qui parle par lui-même.

Directeur du Centre national de coordination des urgences (suite)

Pour ce qui est du poste du directeur national des urgences, c'est un poste pour lequel on est actuellement en démarche active de recrutement. Le Dr Poirier a décidé d'aller travailler pour le réseau universitaire de Québec. C'est un choix qui est tout à fait respectable, et, bien sûr, on lui souhaite bonne chance dans ses nouvelles fonctions. Et on a l'intention de remplacer le Dr Poirier, là, dès qu'on aura trouvé un candidat convenable ou correct pour cette fonction qui est excessivement importante.

Représentation de la population au sein des instances régionales de santé (suite)

Il y a, encore une fois, beaucoup de questions que pose Mme la députée auxquelles je ne pourrai pas répondre aujourd'hui parce qu'on n'a pas terminé notre démarche de réflexion. Il y a quand même certaines choses, je la rassure tout de suite — pas sur toutes les questions — il y a certaines questions auxquelles on peut répondre de façon plus précise. Ce qui n'est pas encore défini, c'est par exemple la nature que prendra la représentation de la population. Les questions que vous posez sont excellentes — que Mme la députée pose, pardon — sont excellentes mais personne n'en connaît encore les réponses précises. Ce qu'on veut faire, de façon minimale, c'est redonner à la population ce qui lui a été enlevé lors de l'adoption du dernier projet de loi, sous la gouverne des instances régionales de santé.

Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)

Pour ce qui est des démarches de fusions d'établissements ou d'amalgamations d'établissements, je trouve ça intéressant dans le contexte d'un passé de fusions municipales forcées. Je trouve ce c'est un parallèle qui serait intéressant à développer, mais,

rassurez-vous, je ne m'étendrai pas sur le sujet aujourd'hui. Il y a effectivement, je dirais, une tendance assez prononcée de notre part à aller vers une unification des conseils d'administration pour les établissements locaux: CLSC, CH, CHSLD. C'est une tendance qui est assez profonde. Il faut savoir qu'il y a jusqu'à maintenant 34 ou 35 centres semblables qui existent au Québec. Ce n'est pas nouveau du tout. Il faudra cependant, lorsqu'on fera ça, définir de façon très claire les mandats afin de les protéger, particulièrement pour les mandats de CLSC. On est très reconnaissants effectivement, et on apprécie l'excellent travail des CLSC, et on va vouloir protéger ces mandats-là.

• (11 heures) •

Et puis j'en profite pour dire que cette démarche-là fait même l'objet d'un consensus et d'une appréciation de la part des membres de la formation politique de madame. Je recevais l'autre jour une lettre du député de Bertrand et du député de Labelle qui m'engageaient à accélérer le processus d'amalgamation des établissements locaux dans les Laurentides. Alors, je pense que c'est un concept qui n'est pas nouveau et je vais établir clairement ma position là-dessus: on ne réussira pas à intégrer les fonctions des établissements locaux si on n'intègre pas la gestion. C'est impossible. Il n'y a pas d'autre façon de le faire. Alors, on s'oriente définitivement vers cette direction-là, cependant en protégeant et en cristallisant les mandats des établissements.

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

Mme Harel: M. le Président, j'avais eu l'occasion de lire la lettre que le député de Bertrand lui a fait parvenir. Je lui rappelle cependant la dernière phrase de cette lettre, qui indique à quel point il est important que, justement, les missions particulières soient bien respectées. Le ministre dit qu'il veut le faire, comment va-t-il le faire?

Création d'agences unifiées d'administration sur les territoires de Québec, de Montréal et de la Montérégie (suite)

Là, je comprends... Il y a un pas de plus, là, qui est franchi ce matin, je comprends qu'il va y avoir intégration des conseils d'administration. Bon. Par exemple, prenons le cas de Montréal. Je le connais mieux, j'ai mon collègue qui m'accompagne ce matin qui connaît bien la situation de la Montérégie, prenons le cas de Montréal. Ça va s'appeler comment, là? Ça s'appellera des agences? Est-ce qu'on appelle ça des agences? Bon, appelons ça... Ça ne porte pas de nom. Bon. Alors, donnons-lui le nom d'agence pour tout de suite. Il y en aurait combien, sur l'île de Montréal, de ces types d'agences où, là, vous venez de nous dire qu'il va y avoir intégration des conseils d'administration des établissements de première et de deuxième ligne, donc hôpitaux, services sociaux... CLSC, centres hospitaliers de longue durée? Également, qu'arrive-t-il des centres jeunesse, etc., là? Bon. Une fois que vous allez nous indiquer quels sont les établissements dont les conseils d'administration vont être intégrés, sur quel territoire de desserte?

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

M. Couillard: Alors, effectivement, le terme qu'on utilise actuellement dans nos discussions, c'est le terme d'«agence», là, mais, en ce qui me concerne, l'adjectif ou le nom a plus ou moins d'importance, on en trouvera peut-être un autre plus joli, là, ça n'a pas beaucoup d'importance. L'agence correspond au territoire régional, je veux bien clarifier, parce que Mme la députée mélange les deux niveaux, là, mais je la comprends, ne connaissant pas le détail de nos conversations. Les agences définissent le niveau de gestion régional, et c'est les mêmes territoires que maintenant, il n'y a pas d'intention de modifier les territoires puis les territoires actuels.

Lorsqu'on parle du niveau local, on parle de réseaux d'établissements, d'unification d'établissements de première et de deuxième ligne, comme vous avez très bien dit, et le nombre de ces réseaux va bien sûr varier d'une région à l'autre. Et, pour la région de Montréal, il faut certainement penser à un modèle particulier. On n'en est pas là non plus, on est en train de cheminer là-dedans, mais il y a des pistes de solution actuelles qui sont en train d'être développées, et on veut tout simplement respecter les territoires naturels qui sont déjà présents.

Pour ce qui est des autres missions, vous parlez du centre jeunesse, on va conserver ça au niveau régional, comme maintenant. Je pense que c'est une très bonne décision de l'avoir placé au niveau régional. La santé publique, vous y faisiez allusion plus tôt, également au niveau régional. On a un très beau régime de santé publique au Québec, avec un institut, une direction nationale, des directions régionales, on ne veut certainement pas toucher ça, parce que c'est une belle réussite qu'on nous envie partout au Canada. On a juste à voir la réaction de la province voisine à cette malheureuse crise de la pneumonie atypique pour voir que notre infrastructure de santé publique était tout à fait prête à faire face à la situation.

On a parlé également de financement tantôt — et il y a beaucoup de questions, de sorte que j'essaie de les rattraper à mesure, là. Le mode de financement vers lequel on se dirige est un financement qui est d'abord attribué au niveau régional, qui est donné sur une base populationnelle, mais avec des modulateurs qui sont bien connus par les différents économistes de la santé, là. On parle de modulateurs qui tiennent compte de l'âge de la population, du niveau socioéconomique, de la quantité d'activités régionales... ou suprarégionales plutôt, qui sont pratiquées dans cette région-là, l'éloignement et la densité de population. Parce que, là, il faut faire attention pour ne pas créer de biais, de ne pas défavoriser les régions éloignées à faible population lorsqu'on introduit un nouveau modèle semblable.

Donc, en résumé, oui, on va vers des réseaux unifiés d'administration pour les réseaux locaux, dont le nombre variera de région en région. S'il y a plus qu'un réseau dans une région, par définition, ça prend une agence régionale de coordination. Et, dans la plupart des régions du Québec, je m'attends à ce que les gens désignent plusieurs réseaux d'établissements qui correspondent au bassins locaux naturels. Ce qui est intéressant de voir, c'est que, quand on parle de ça aux

gens des régions, ils savent déjà dans leur tête c'est quoi, là, c'est quoi, leurs réseaux, parce qu'ils existent de façon naturelle, déjà. Il s'agit de les formaliser puis d'ajouter à l'intégration.

Encore une fois, si des régions au Québec choisissent — je répète, choisissent — eux-mêmes de n'avoir qu'un seul réseau et d'avoir un système à deux paliers, nous allons les accompagner dans cette démarche, nous ne les empêcherons pas de le faire, certainement pas. Et il est difficile pour moi de prévoir combien de régions pourraient exprimer ce souhait-là. Je soupçonne cependant que ce sera une petite minorité parmi toutes les régions du Québec, parce qu'il y a quand même des caractéristiques locales importantes, hein, dans la plupart des régions, où les gens de telle municipalité se sentent bien différents d'une autre municipalité — je regarde mon collègue du Lac-Saint-Jean, là, en disant ça. On connaît ces difficultés-là puis on ne veut pas s'empêtrer dans des querelles semblables lorsqu'on va établir cette nouvelle façon de procéder.

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

Mme Harel: Oui. Merci, M. le Président. Qui sera employeur: L'agence régionale, les réseaux locaux ou l'établissement?

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

M. Couillard: L'employeur...

Mme Harel: Parce que vous me dites... L'établissement est-il intégré? L'établissement continue-t-il d'exister?

M. Couillard: ...unité géographique physique, avec un mandat défini.

Mme Harel: Donc, il n'existe plus comme entité autonome. Il n'existe plus comme... juridiquement. C'est le réseau qui va exister et non plus l'établissement.

M. Couillard: L'établissement local est la nouvelle entité juridique, et c'est ce réseau qui est l'employeur, pour répondre à votre question. Pas l'agence régionale.

Mme Harel: Donc, à ce moment-là, prenons un cas précis. Vous avez un CHSLD, un CLSC, un hôpital. Prenons le cas de Maisonneuve-Rosemont par exemple, l'hôpital étant Maisonneuve-Rosemont, l'hôpital le plus achalandé au Canada. Vous avez neuf CLSC sur ce territoire, vous avez un nombre important aussi de CHSLD, au-delà d'une quinzaine. Alors, sur ce territoire tel que défini, il y aurait donc un réseau qui intégrerait au-delà d'une trentaine d'établissements. C'est bien ce que vous nous dites ce matin.

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

M. Couillard: Je ne répondrai pas, malheureusement, parce que je ne peux pas répondre de façon précise au nombre d'établissements que vous

mentionnez parce que ça prendrait des vérifications, là. Mais, effectivement, la démarche générale, la philosophie ou l'économie générale de la démarche, c'est d'unifier les établissements qui fonctionnent déjà, en pratique, en réseau ou qui essaient de travailler en réseau. Alors, est-ce que ça va être neuf ou 12 ou 15? Dans votre cas précis, je serais bien incapable de le préciser.

Mais, vous voyez, quand vous parliez tantôt de l'expérience albertaine, à dessein on s'est rendu compte qu'il y a des parties de l'expérience albertaine qui ne s'appliquent pas au Québec. Par exemple, à Calgary, et vous savez probablement, ils ont unifié tous les établissements de santé de la région dans un seul conseil d'administration. Nous, on ne pense pas que c'est une démarche à suivre. On pense qu'il faut respecter les compétences locales puis les organisations locales qui sont suivies, qui sont, je dirais, là, naturelles dans la région. Donc, on n'a pas l'intention d'unifier tous les établissements d'une région dans une seule structure, à moins, encore une fois, qu'une région exprime ce souhait.

Il est possible qu'une région ou deux du Québec nous disent: Écoutez, nous, on a fait la réflexion... Et la réflexion va se faire de façon interne. Et je vais vous donner quelques indications sur la façon dont la transition va se faire. Il est possible que, dans certaines régions — et, encore une fois, je pense, c'est un faible nombre de régions — on nous dise: Bien, nous, on a considéré la situation, on s'est réunis ensemble, tous les intervenants, les élus locaux, les administrateurs d'établissements, la population, et on considère qu'il est dans notre intérêt de nous intégrer complètement. On ne s'opposera pas à ça. C'est quelque chose qui sera possible. C'est également, là, je dirais, une façon plus efficace de gérer nos services et d'assurer une meilleure continuité de soins à la population.

Parce que, dans tout ça, ce qu'il faut faire attention, puis je vois un glissement, là, dans les questions ou les remarques qu'on fait au sujet de ces projets-là, c'est de bâtir les objections autour des objections des institutions existantes ou des groupes de pression existants, que ce soient les groupes de médecins, les syndicats, les associations d'établissements. Bien sûr, par définition, étant donné la force d'inertie commune à toutes les sociétés, comment peut-on s'attendre à ce que ces associations actuelles, qui, par définition, veillent à la protection puis à la pérennité de leur état, disons, soient fortement favorables à une démarche semblable? Moi, je vais au-delà de ça puis j'assure la députée et les collègues de la commission que mon seul guide là-dedans, ça va être les intérêts de la population. Alors, si on me fait des objections, puis je vais les recevoir avec intérêt, les objections, qu'on ne me dise pas: C'est parce que telle association d'établissements n'est pas contente, ou telle fédération médicale n'est pas contente, ou tel syndicat n'est pas content. Qu'on me dise: À notre avis, ce que vous allez faire ne va pas en fonction des intérêts de la population pour telle et telle raison.

Et il y aura amplement le temps, Mme la députée et M. le Président, pour débattre de ça parce que, d'une part, on a prévu une période de transition où

les P.D.G. des régies régionales actuelles vont demeurer en place jusqu'à un an pour veiller à cette transition puis arbitrer les débats dans les régions; d'autre part, lorsqu'on présentera un projet, je l'espère, à l'automne, il y aura bien sûr large consultation publique et il y aura également, à ce moment-là, possibilité de rajuster le tir et d'ajuster notre projet. Mais, encore une fois, j'espère que, lorsqu'on nous présentera des arguments visant à modifier le projet ou l'orienter différemment, que ces arguments-là soient bâtis en fonction des intérêts de la population et non pas en fonction des intérêts constitués qu'on a actuellement au Québec.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc de 20 minutes. Je suis prêt maintenant à rendre ma décision quant à la demande de dépôt de document faite par Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Je vous rappelle dans un premier temps, chers collègues, qu'en vertu de l'article 162, et qui précise: «En commission, un document ne peut être déposé qu'avec la permission de son président.» Afin de prendre sa décision, le président doit se référer au règlement et à la jurisprudence.

• (11 h 10) •

MM. et Mmes les députés, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve le sait très bien, en vertu du paragraphe 1° de l'article 35 de notre règlement, un député ne peut désigner un autre député autrement que par son titre. C'est quelque chose que j'essaie de contrôler depuis le début des discussions ici, en cette commission, à la Trente-septième Législature.

Par ailleurs, une décision rendue par le président Saintonge quant à la permission de citer un extrait d'article de journal contenant des propos non parlementaires concluait que «lire un extrait d'un article de journal qui contient des propos non parlementaires, c'est faire indirectement ce qu'il n'est pas permis de faire directement».

Malheureusement, le document présenté pour dépôt par Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve désigne certains de nos collègues, entre autres le premier ministre, député de Sherbrooke, par une appellation autre que ses fonctions. On le voit partout dans le document, des références à Jean Charest, même à d'autres collègues siégeant ici à l'Assemblée nationale. Par ce fait même, le document contient des propos non parlementaires. Et, malheureusement, je ne peux pas acquiescer à cette demande de dépôt, selon la jurisprudence et selon nos règlements.

Alors, je suis prêt maintenant à céder la parole à un autre intervenant, à ma droite, M. le député de Roberval, à vous la parole.

M. Blackburn: Alors, merci, M. le Président. Juste d'entrée de jeu, la dernière fois que j'ai eu l'occasion de prendre la parole ici de manière officielle, c'est lors de notre assermentation dans cette pièce. Alors, c'était avec beaucoup de fierté et d'émotion à ce moment-là, et je vous dirais que c'est encore avec beaucoup de fierté et d'émotion ce matin que je le fais.

J'aimerais, avant de commencer, M. le Président, adresser mes premiers propos à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Il y a à peu près un an, j'ai eu l'occasion de regarder une émission de télévision, puis je pense que Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve s'en rappellera, où on voyait le rôle important de la famille et où elle jouait un rôle important de grand-mère, à ce moment-là. Et je vous avouerais que cette émission-là m'a touché une corde sensible, m'a fait découvrir un côté de la députée que je ne connaissais pas, et je pense que c'est tout en son honneur. Alors, vous comprendrez que les propos que je vais tenir ne sont pas contre la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, bien sûr, mais contre le gouvernement qui était en place à ce moment-là, dont elle faisait partie. Mais elle avait un droit de réserve parce qu'elle était présidente à ce moment-là. Alors, je comprends, dans ses interventions et dans ses propos, qui l'inquiètent ce matin, qu'effectivement elle aurait certainement voulu avoir le droit de prendre parole lors de certaines délibérations du gouvernement précédent.

Il faut se poser, dans le fond, les vraies questions, M. le Président. Le système de santé qu'on connaît aujourd'hui, qu'on a toujours connu, bien, je pense qu'il a eu des ratés au cours des dernières années. Et M. le ministre en a fait part tout à l'heure dans son exposition, le plus gros des problèmes qu'on a connus, je pourrais appeler ça même un «scrapage» — je ne sais pas si c'est un terme parlementaire — c'est lorsqu'on a assisté à la mise à la retraite de 1 500 médecins et de 4 000 infirmières. Et ça, ce n'est pas le Parti libéral qui a fait ça, c'est le gouvernement précédent qui a fait ça. Ils ont fait ça comment? Sans aucune étude. Ça a été de la pure improvisation. Et c'est ce qui a fait en sorte qu'aujourd'hui on connaît le système que l'on connaît. Pendant qu'il y en a un qui disait: Bien, on va économiser dans la santé en mettant à la retraite des médecins et des infirmières, il y en a un autre, de l'autre côté, qui s'est levé puis il a dit: Je le sais comment qu'on va sauver en éducation, on va fermer l'accès aux étudiants en médecine, aux facultés de médecine.

Tout le monde au Québec et tout le monde au Canada, tout le monde partout dans le monde sait que la population est vieillissante, M. le Président. Alors, n'est-il pas lieu de croire et de penser intelligemment que les besoins vont être aussi grandissants? Non, le gouvernement précédent n'a pas cru bon de penser à ça. Eux, ils ont mis à la retraite des médecins et des infirmières et ils ont coupé l'accès à des facultés de médecine. Et ce n'est pas parce que ces médecins-là qui ont pris leur retraite n'étaient plus compétents. J'en suis la preuve vivante: j'ai subi une opération, il y a une quinzaine d'années, à une épaule, par un docteur Victor Kafka — je ne sais pas si M. le ministre le connaît, mais il a pris sa retraite maintenant — mais, à l'époque où il m'a opéré dans l'épaule, il avait 74 ans. Alors, il est encore à rendre des bons services à la population du Québec. Ce n'est pas ce que pensait le gouvernement précédent.

Je lisais ce matin dans les coupures de journaux, M. le Président... Je vais arriver à ma question parce que je veux laisser le soin au ministre d'avoir le plus de temps possible pour répondre, parce que je pense que ses réponses sont extrêmement intéressantes et constructives pour la population du Québec. J'aimerais juste

citer deux passages que j'ai vus dans les journaux, ce matin, qui, je pense, reflètent bien un peu le fond de ma pensée. Tout d'abord, dans *Le Soleil* du 9 juillet, mais dans *Le Soleil* d'hier, M. le ministre mentionnait: «On devrait commencer à examiner les résultats vers l'automne, en septembre ou en octobre.» En décembre, les cancrs seront identifiés — par rapport aux déficits. Ainsi, le déficit zéro devra être atteint rapidement dans les champs où les gestionnaires exercent un contrôle. "Mon objectif, ça serait, cette année, de montrer que, pour la première fois depuis des années, le rythme de l'augmentation des déficits accumulés des hôpitaux va s'infléchir." Il faut dire que ces déficits accumulés atteignent 664 millions», M. le Président. Et il y avait un autre article dans le même ordre d'idées, mais je ne veux pas prendre plus de temps, à l'effet que le ministre allait accorder une importance accrue par rapport au respect des déficits, que les hôpitaux doivent respecter, dans le fond, de ne pas faire de déficits.

Vous savez, je viens du comté de Roberval, un beau comté, un beau comté, en passant, dans lequel j'ai deux hôpitaux. D'abord, j'ai un hôpital à Roberval et j'ai un hôpital à Dolbeau-Mistassini. Les deux hôpitaux, les deux gestionnaires des hôpitaux, tous les employés de chacun de ces hôpitaux-là ont fait du travail et des efforts importants au cours des dernières années justement dans l'atteinte du déficit zéro. Ils ont fait les compressions qui se devaient d'être faites, ils ont fait le travail là où il fallait qu'il soit fait, parce que, à ce moment-là, c'est ce qu'on exigeait d'eux. Pendant ce temps-là, le gouvernement précédent compensait ou bonifiait d'autres hôpitaux qui n'avaient pas atteint les mêmes standards de qualité, qui n'avaient pas atteint les mêmes standards d'efficacité au niveau de la gestion des déficits. On leur donnait une tape dans le dos, on leur donnait de l'argent, puis continuez, écoutez... Dans le fond, on se trouve à pénaliser ceux qui ont fait le travail pour lequel on les paie.

Approche de gestion envisagée afin d'atteindre l'équilibre budgétaire

Alors, ma question au ministre est à savoir: Au cours des prochains mois et des prochaines années, comment on va, je dirais, comment on pourrait bonifier les gestionnaires qui font un travail remarquable en ce qui a trait à l'atteinte du déficit zéro? Et comment qu'on peut, si on veut, contraindre... ou contraindre davantage ceux qui ne respectent pas l'atteinte du déficit zéro?

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

M. Couillard: C'est une question très intéressante, qui va me permettre de clarifier certains éléments auxquels fait allusion mon collègue le député de Roberval. Juste faire un petit bilan de la situation actuelle.

Il faut quand même dire que... Il ne faut pas dramatiser outre mesure. En juin 2003, les deux tiers des établissements publics du réseau vont devenir en équilibre budgétaire ou en surplus, dont l'Hôtel-Dieu de Roberval est un bon exemple, d'où l'importance de ne pas envoyer de messages conflictuels en épongeant des

déficits et en encourageant ceux qui font preuve de moins de discipline à continuer dans le même sens, et là, en décourageant et en donnant un message très négatif aux gestionnaires qui sont responsables. Parce que, là, ça deviendrait totalement insensé. Vous parliez du docteur qui vous a opéré, là; malgré son départ, on est encore dans un système pas mal kafkaïen, je trouve, je pense que mes collègues seraient d'accord pour cette épithète-là. Donc, la majorité des établissements sont près de l'équilibre ou du surplus, mais il faut quand même noter que ce serait léger de ma part de ne dire que ça, parce que, dans les établissements qui ne sont pas en équilibre, se trouvent la majeure partie des gros hôpitaux du Québec.

Alors, si on regarde le volume d'activités hospitalières, malheureusement, c'est là où se fait le plus grand nombre d'activités que se trouvent le plus de déficits. En termes de chiffres, pour 2002-2003, le déficit accumulé dans l'année est à 306 millions, et, au 31 mars 2003, l'accumulation de déficits dans les établissements était à 657 millions. En fait, on retrouve exactement la même situation qui prévalait, à quelques millions près, avant que le gouvernement précédent efface les déficits en 2000. Alors, de penser que ce geste-là allait apporter un correctif, là, important, je pense que c'était se bercer d'illusions.

Et, moi-même, j'ai pratiqué dans un hôpital, récemment, comme celui auquel fait allusion mon collègue, au CHUS, qui est le seul centre hospitalier universitaire au Québec qui est près de l'équilibre budgétaire ou sinon en équilibre budgétaire, et je peux vous dire que le directeur général de l'établissement était fortement critiqué, fortement critiqué à l'interne en raison de sa discipline budgétaire. Les gens lui disaient: Qu'est-ce ça donne? Regarde un tel, un tel, un tel, ils font des déficits sans arrêt puis ils se font éponger... après année, année. Tu es bien naïveux, pourquoi tu ne fais pas la même chose? En gros, c'est ce qu'on lui disait. Alors, il faut qu'on mette un terme à ça.

● (11 h 20) ●

Maintenant, quand on met un terme à ça, il faut y aller de façon sensée et différenciée. L'analyse qu'on fait des déficits hospitaliers nous amène à constater quelque chose qui, d'après moi, est majeur et qu'il faut répéter pour que la population des gestionnaires d'établissements l'entendent et le comprennent bien. Il y a une partie des déficits d'établissements... En fait, plus de la moitié des déficits d'établissements sont liés ou dus à des facteurs totalement incontrôlables par les gestionnaires, que ce soit l'augmentation des coûts de médicaments, technologie, fourniture médicale, la pression de la clientèle qui augmente. Que voulez-vous qu'un gestionnaire fasse pour contrer ces tendances-là? D'autant plus que les dépenses dans ces domaines n'ont pas été indexées depuis des années. On est les premiers depuis des années à les avoir indexées, cette année, avec un ajout significatif dans les budgets d'établissements. Donc, lorsqu'on parle de mécanismes de contrôle budgétaire, soyons prudents, on parle encore une fois de la minorité des établissements du réseau, premièrement, et, deuxièmement, on parle de moins de 50 % de la somme de déficit accumulé ou de déficit annuel.

Donc, on n'entend pas faire revenir les gens à l'annulation totale de, malheureusement, l'impasse

budgétaire dans laquelle ils se trouvent. On entend qu'ils agissent de façon significative sur la partie du déficit sur laquelle ils ont un contrôle. Alors, exemple, le fait de démarrer des activités dans un hôpital qui ne correspondent pas à une priorité régionale. Je donne un exemple que le député, M. le député de Roberval, connaît très bien. À l'Hôtel-Dieu de Roberval, il y a un projet d'obtenir la médecine nucléaire. Eh bien, la position du ministère là-dessus est claire: on donnera l'aval à ce projet-là s'il fait éventuellement l'objet d'une priorisation régionale. Sinon, si on ne fait pas ça, on va voir l'éclosion de toutes sortes de missions hospitalières un peu partout dont, après, on doit assumer les coûts et les budgets de fonctionnement. Alors, on ne peut pas continuer comme ça, et la définition des mandats hospitaliers est particulièrement importante pour ça.

Donc, encore une fois, je répète que l'effort budgétaire qui va être demandé aux gestionnaires va être fait sur la partie non contrôlable, un, du déficit. Deuxièmement, les mesures ne seront pas sévères tant qu'on n'aura pas mis en place le nouveau mode d'allocation budgétaire. Ce serait illogique de faire ça. On va les accompagner cependant au cours des prochains mois, jusqu'à temps qu'on ait mis en place ce nouveau mode d'allocation. Et la partie qui reste non contrôlable du déficit, ils vont être soumis à un mécanisme de remboursement, il va falloir qu'ils présentent un plan pour le rembourser au cours des prochaines années, de sorte qu'encre une fois on ne présente pas de messages conflictuels entre la nécessité de la bonne gestion...

Puis ce n'est pas vrai que le public, la population qui nous a élus va accepter qu'on dépense plus de 19 milliards dans le réseau de santé et de services sociaux sans contrôle puis sans discipline budgétaire. Ça n'a aucun sens, on ne peut pas continuer comme ça. Mais assurons-nous cependant que l'effort qu'on demande est un effort sensé, qui correspond à des cibles réalistes sur lesquelles les gestionnaires ont un contrôle. De demander à un gestionnaire de résorber une partie du déficit qui est due à la hausse des médicaments, par exemple, c'est non seulement injuste, à la limite c'est cynique parce que, quand vous faites ça, vous poussez l'établissement à couper dans les services. Puis, moi-même, je l'ai vécu, c'est très simple rembourser l'indexation des médicaments: on ferme une salle d'opération pendant une année, hein, ou on ferme des lits de plus pendant l'été, puis on arrive comme ça à balancer le système. Alors, on a les soins intensifs, les lits de soins intensifs, par exemple, alors on a en fait géré le système comme ça, en baissant l'offre de services pour compenser des déficits pour lesquels les établissements avaient très peu de contrôle. Et ça, c'est excessivement important comme message, et on va s'assurer que ce message-là se rende bien dans les établissements.

Et on va vouloir également responsabiliser les régions, collectivement, pour un déficit d'établissement. Parce que, s'il n'y a pas de bon fonctionnement en réseau dans la région, voilà une explication possible d'un déficit hospitalier. Alors, on veut également responsabiliser tous les établissements d'une région dans l'atteinte de l'objectif financier.

Alors, effectivement, on ne baissera pas les bras, et le gouvernement précédent d'ailleurs avait cette

attitude-là, à la différence près qu'il ne faisait pas la distinction entre les deux types de déficits dont je parle maintenant, à la différence près qu'il y a eu une loi antidéficit puis qui était largement critiquée dans le milieu hospitalier. La preuve étant qu'on est retombés maintenant avec exactement la même situation qu'en 2000, alors qu'il y a cependant cette loi antidéficit. Alors, la chose parle par elle-même.

En conclusion, on veut que les établissements fassent des efforts, qu'ils s'astreignent à la discipline budgétaire, mais, je répète encore, on veut qu'ils le fassent dans un contexte où on va définir avec eux la partie du déficit de leurs établissements qui est sous leur contrôle. On va les accompagner dans la définition des outils nécessaires, et les mesures, je dirais, sévères de redressement ne seront appliquées qu'en fin de processus. Il faut être bien clair là-dessus, on n'a pas l'intention d'arriver avec une attitude de matamore ou de fier-à-bras dans les établissements. Mais on a également la gestion des fonds publics.

Les citoyens, les citoyennes nous ont élus, et l'exercice qu'on fait aujourd'hui, d'étude de crédits, en fait foi, nos concitoyens et concitoyennes nous ont élus pour qu'on gère les fonds publics de façon responsable. Et on ne donnera pas, certainement, surtout dans un contexte où on va augmenter les investissements au cours des prochaines années, on ne veut certainement pas donner le message aux établissements que, maintenant, c'est bar ouvert ou c'est la possibilité d'obtenir des sommes et de résorber des déficits sans distinction. Alors, je pense que c'est très important de préciser ces éléments-là.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Oui, M. le député de Roberval, allez-y.

M. Blackburn: Est-ce que j'ai encore quelques instants?

Le Président (M. Copeman): Oui.

Priorité des investissements en santé

M. Blackburn: Alors, M. le ministre, vous comprendrez, je n'ai pas besoin de rappeler quelle était la priorité du gouvernement du Parti libéral, qui était la santé. Alors, dans le fond, ce que je comprends... puis l'exemple que vous avez mentionné tantôt avec l'augmentation des coûts de médicaments nous a été aussi clairement énoncé sur le terrain lorsqu'on a eu l'occasion de rencontrer les gestionnaires d'hôpitaux, entre autres pour les coûts de médicaments, bien sûr pour le coût de chauffage, pour les augmentations des polices d'assurance. On disait à ces gestionnaires-là: Vous avez des augmentations de coûts, mais vous n'avez pas plus d'argent. Alors, ça se traduisait par une diminution des services... et, bien sûr, contrairement à d'autres formations politiques, au cours de la dernière campagne électorale, qui disaient que, dans le système de la santé, ce n'était pas une question d'argent: il y avait trop de malades.

Alors, ma question, M. le ministre, je pense qu'elle est très claire: Est-ce qu'on avait d'abord raison de prioriser la santé comme priorité numéro un? Et est-ce

qu'on avait raison de vouloir injecter davantage d'argent dans le système pour faire en sorte qu'on soit capables d'offrir des meilleurs services aux citoyens et aux citoyennes du Québec?

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

M. Couillard: Oui. Alors, effectivement, pour renchérir sur la question des déficits, je veux ajouter que cette philosophie que je viens d'exposer, elle a été communiquée aux associations d'établissements de façon très claire; ce n'est pas une surprise pour eux, là, on leur a expliqué ça de façon très nette. On a conclu avec eux d'un ordre de grandeur du déficit, là, qui est, à mon avis, ou à notre avis, de leur contrôle. Ils ont bien accueilli à l'époque cette explication-là. Ce qui est nouveau, suite aux articles de journaux parus hier, c'est l'explication en détail des mesures de redressement qu'on s'appête à prendre dans le cas où les établissements ne font pas les efforts nécessaires. Mais, encore une fois, j'ajoute qu'il s'agit de mesures qui s'appliquent en fin de processus et qu'on les accompagne de façon active lors de l'élaboration de leur plan de redressement.

Le Président (M. Copeman): Merci. Est-ce que ça va, M. le député de Roberval?

M. Blackburn: J'ai encore un petit peu de temps?

Le Président (M. Copeman): On s'était entendus sur des blocs de 20 minutes. Il vous reste à peu près cinq minutes, M. le député. Allez-y.

Déficit des établissements de santé en 2002-2003

M. Blackburn: M. le ministre, on a ici entre les mains d'abord une liste de déficits qui ont été fournis par les hôpitaux pour l'année 2001-2002, pour lesquels, entre autres, la ministre de l'époque, la ministre des Finances, la députée de Taillon donnait un mois aux établissements pour présenter un budget équilibré pour l'exercice 2000-2001. On constate dans ces documents-là qu'on n'a pas les données pour les déficits 2002-2003.

Est-ce que vous êtes en mesure de nous fournir ces informations-là, M. le ministre, concernant les déficits justement, parce que c'est ce qui était, je pense, assez préconisé par l'ancien gouvernement, par rapport aux déficits des hôpitaux du Québec?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, comme je l'ai indiqué tantôt, et je pense que c'est important de répéter l'information, parce que je pense que la population doit en prendre compte qu'il s'agit d'une dette collective pour les citoyens du Québec, qu'il va falloir assumer d'une façon ou de l'autre, c'est que le déficit des établissements pour 2002-2003, combiné dans toutes les régions, est de près de 306,1 millions de dollars, ce qui amène le déficit accumulé des établissements à la somme de 657 millions de dollars. Et, si on avait la même lancée, on comprend facilement que, l'an

prochain, on approcherait du milliard de dollars de déficits d'établissements accumulés. Alors, on ne peut pas continuer comme ça, je pense que c'est important...

Et mon objectif, encore une fois... Je suis réaliste dans mon objectif, je ne pense pas qu'on va avoir de déficit zéro dans un mois, là, je pense qu'il faut quand même vivre sur le plancher des vaches, comme on dit. Mais mon objectif, c'est de démontrer qu'avec une action soutenue, une coopération étroite entre le ministère, les régions et les établissements, on va être capables, pour la première fois depuis des années, d'infléchir la courbe des déficits. Parce que c'est toujours la même chose: on éponge, ça recommence, on éponge, ça recommence, on éponge, ça recommence. Alors, il faut arrêter ce cycle-là et montrer qu'on a enfin adopté des actions qui sont fructueuses.

Le Président (M. Copeman): Ça va, M. le député de Roberval? Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, je présume?

Mme Harel: Oui, M. le Président, peut-être très rapidement, là, parce que je ne veux pas qu'on perde de temps sur la décision que vous avez prise, mais elle va faire jurisprudence dorénavant, pour maintenant et pour les années à venir. Il faut que vous compreniez qu'un document qui porte le nom de son auteur ne pourra plus être déposé. Alors, c'est ce que je retiens de la décision que vous avez prise.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, vous pouvez retenir ce que vous voulez de la décision, vous pouvez donner une interprétation que vous voulez, je me suis tenu à la lettre de notre règlement et de la jurisprudence dans le dépôt de votre document. Allez-y, Mme la députée.

Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)

Mme Harel: Alors, oui, M. le Président. Merci, là, de ne pas commenter mon commentaire. Alors, voilà, nous en étions à cette réforme, prévue à l'automne prochain, qui a comme conséquence l'intégration, donc, des établissements de première et de deuxième ligne. C'est une révolution, là, que le ministre nous a annoncée ce matin, là, il faut être conscient de ça, là. Mon objectif a toujours été et le sera toujours, c'est la raison pour laquelle je suis en politique, mais cet objectif, c'est l'intérêt de la population. Et la question, c'est de savoir si, à ce moment-ci, la population a intérêt à ce brassage de structures et d'établissements. C'est une question fondamentale, d'autant plus que, là où ça a eu lieu, notamment en Alberta, il n'est pas évident qu'au résultat tout ce brassage-là ait valu la peine. Je lis simplement la conclusion d'un article sur le traitement Klein qui porte sur le remède de cheval, dit-on dans cet article, qui a été appliqué au système médical de l'Alberta, et on conclut ceci dans la revue *L'actualité* du 15 mars 2000: «Engorgement des services d'urgence, listes d'attente en chirurgie et en oncologie, pénurie de personnel, pénurie de lits. Le modèle albertain n'est quand même pas un miracle.»

● (11 h 30) ●

Alors, ceci étant dit, je voudrais qu'on revienne à cette question-là. Je n'abandonne pas du tout l'idée de revenir, avant la fin de nos travaux, à la question des déficits des hôpitaux, bien au contraire. Peut-être juste un mot pour rappeler au député de Roberval que, contrairement à ce qu'on lit dans le journal d'aujourd'hui, ce n'est pas la première fois depuis des années que le rythme de l'augmentation des déficits accumulés des hôpitaux va s'infléchir, comme l'a dit d'ailleurs malheureusement le ministre. C'est peut-être pour ça que ça a été repris dans les journaux, mais, à la lecture des réponses obtenues de son ministère dans le tome I du livre des crédits, on voit bien, aux pages 3, 4, 5 et suivantes, que, même dans les grands hôpitaux universitaires, je pense, entre autres, au Centre universitaire de santé McGill, au Centre universitaire de Montréal, le déficit a déjà commencé à s'infléchir — c'est à la page 4 du tome I — puisque, en 2002 et 2003, plutôt que 51 millions de déficit pour McGill, on y retrouve 39 millions et, plutôt que 43 millions de déficit pour Montréal, on y retrouve 28 millions.

Financement du déficit des établissements de santé

La question que je veux poser au ministre, et sur ces questions de déficit on y reviendra, mais: Comment pense-t-il mettre un terme? Quelle est la sanction qu'il va appliquer pour la partie du déficit qu'il juge illégitime et comment va-t-il financer la partie des déficits qu'il juge légitime? Ira-t-il en crédits supplémentaires? Doit-on penser que c'est de l'argent virtuel, là, qu'il va utiliser? À combien évalue-t-il cette partie dite légitime, là, des déficits qu'il vient en fait de décrire comme étant la hausse des coûts de médicaments, des technologies, l'augmentation du nombre de patients? Alors, quelle est la partie, disons, qu'il va consentir... À combien se chiffre plutôt le déficit qu'il va consentir aux institutions, aux établissements?

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

M. Couillard: Bien, pour revenir d'abord sur l'introduction des remarques de Mme la députée, effectivement, lorsqu'on prend des cas individuels, on peut avoir l'impression, puis c'est heureux, que certaines institutions ont amélioré leur situation, et on en est très contents. La remarque que je faisais s'adressait à la performance financière globale du réseau. Si on regarde à la page 8 du même volume auquel vous faites allusion, on constate que les déficits des trois dernières années ont été successivement de 148, 281 et 306 millions. Alors, je pense que la démonstration qu'il y a une courbe ascendante dans les déficits n'est pas à faire, c'est assez clair.

Je reviens encore sur ce que j'ai dit tantôt: on va faire la distinction entre la partie des déficits qui est contrôlable par l'établissement et celle qui ne l'est pas. Les conversations restent à avoir avec, bien sûr, l'ensemble du gouvernement pour la façon dont on va gérer la partie incontrôlable des déficits; pour ce qui est de la partie contrôlable, c'est d'abord une attitude d'accompagnement avec les régions et les établissements. En bout de ligne, il va y avoir des opérations de

redressement assez énergiques, mais c'est simplement en fin de processus. On y a fait allusion, là, dans l'article que madame cite, mais il s'agit d'interventions finales, il ne s'agit pas d'interventions initiales, et ce ne sera fait qu'après une longue période d'accompagnement des établissements et des régions. Mais on ne peut pas non plus donner un double message et dire qu'il y a une partie du déficit qui n'est pas acceptable puis de laisser ça flotter indéfiniment. Encore une fois, on va s'attaquer précisément et prioritairement à ce déficit-là.

Je mentionne également que l'opération de contrôle budgétaire va se faire dans un contexte de réinvestissement important au cours des prochaines années, ce qui est très différent par rapport au contexte de l'année précédente, où les contrôles budgétaires devaient s'appliquer alors qu'on investissait peu ou pas dans le réseau de santé et de services sociaux.

L'ordre de grandeur est difficile à chiffrer actuellement. Les travaux sont en cours, mais la majorité... on considère que plus de la moitié du déficit n'est pas du contrôle des établissements. Alors, il faut quand même être prudent dans les ordres de grandeur puis ne pas alerter ou inquiéter inutilement les établissements.

Le Président (M. Copeman): Merci. Vous avez terminé, M. le ministre, pour l'instant? Oui. Mme la députée, allez-y.

Diminution des crédits alloués aux établissements de santé et de services sociaux

Mme Harel: Donc, si c'est de l'ordre de grandeur de 50 %, c'est donc autour de 150 millions de dollars qui pourraient être alloués à des établissements qui voient, par exemple, l'augmentation des coûts se produire à l'égard des technologies ou de l'augmentation du nombre de patients ou encore des médicaments. C'est bien le cas.

Dans les crédits qui nous sont déposés pour étude, nous retrouvons au programme 2, Fonctions régionales, pour l'élément 2, Établissements de santé et de services sociaux, nous retrouvons une augmentation qui est 100 millions de moins que celle prévue dans les crédits du gouvernement précédent. Par exemple, les crédits 2002 étaient de 10,5 milliards... 10,5 milliards plutôt, ceux du gouvernement précédent, pour l'année qui vient, de 11 milliards, autour de 11,4 milliards, alors que les crédits de l'actuel gouvernement sont de 11,3 milliards, c'est-à-dire autour de 100 millions de moins que ce qui avait été déposé par le gouvernement précédent. 100 millions de dollars de moins pour les établissements de santé et de services sociaux, et on nous dit ce matin qu'on pourrait... que le ministre... le ministère pourrait accepter qu'il y ait des dépassements de coûts pour 150 millions de dollars de plus que ce qui leur est alloué présentement, compte tenu de l'évaluation à 50 % des déficits d'exploitation des années antérieures.

Alors, le ministre peut-il nous expliquer comment il a réussi, en fait, à octroyer 100 millions de dollars de moins aux établissements de santé et de services sociaux dans les crédits qui nous sont déposés?

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

M. Couillard: Bien, la démonstration, je l'ai faite plus tôt avec ma petite addition, là. Mais je n'ai pas l'intention d'incommoder l'Assemblée puis de la répéter, je vais juste donner un exemple, là. Et, encore une fois, c'est un jeu de règles coulissantes, on pourrait déplacer les sommes d'un endroit ou de l'autre dans l'équation. Mais, si on prend l'impasse de 572 millions qu'il y avait en santé, et je comprends qu'elle a été par la suite, par entente avec le Conseil du trésor, ramenée à l'importance de nos engagements pour cette année, si on fait une équation à ça: le coût de système particulier en santé, 375 millions; la récurrence des crédits périmés, 90 millions; puis la récurrence des dépassements non pourvus, 105 millions; voilà le 570 millions; mais on pourrait placer le dépassement en utilisant les sommes de l'autre partie de l'affectation budgétaire. Alors, l'explication du 100 millions, bien, il est dans l'explication que j'ai donnée tantôt, qui est l'aspect réaliste de nos engagements.

Je vais clarifier encore une fois quelque chose pour les déficits d'établissements. Il ne s'agit pas d'autoriser les déficits, il s'agit de fixer des cibles de retour à l'équilibre budgétaire qui sont réalistes et qui tiennent compte de la partie contrôlable ou non des déficits. Je pense que c'est important de faire la distinction. Pour ce qui est du financement de la partie incontrôlable des déficits, bien, ça, c'est une démarche beaucoup plus large qui implique le gouvernement dans son entier, et probablement à plus long terme.

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

Nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine

Mme Harel: Oui, M. le Président. Nous aurons l'occasion certainement cet après-midi d'examiner la question relative aux objectifs que se fixe le ministre en matière d'inscriptions aux facultés de médecine. Je lui indique tout de suite d'ailleurs que j'ai l'intention de l'interroger sur l'agrandissement du pavillon Vandry à l'Université Laval, qui peut mettre en danger finalement les objectifs qu'il poursuit, étant entendu que les installations ne seront pas adéquates et ne permettront pas, disons, d'accueillir ces nouvelles inscriptions que le ministre souhaite en fait obtenir.

● (11 h 40) ●

Cependant, tout de suite, je voudrais mettre un terme à cette espèce de mantra, là, qui est répété — puis souvent une chose répétée à l'Assemblée, si elle n'est pas contredite, devient une vérité, même si elle est établie sur des bases qui ne sont pas exactes. Par exemple, l'année où finalement le nombre d'inscriptions a été parmi les plus faibles, c'est en 1994. Mais, 1994, il faut que vous rappeliez que c'était la dernière année du second mandat du gouvernement libéral. Et c'est à cette occasion que les inscriptions dans les facultés de médecine ont été les plus basses: 438 au total, en 1994. Et c'est en 1998, je pense que l'histoire a des droits, là, c'est en 1998 que le gouvernement du Québec, étant le premier, je crois, de tous les gouvernements au Canada,

a augmenté le nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine. Et je comprends que c'était... Dans l'ensemble des provinces canadiennes, il y a eu un mouvement, qu'on peut déplorer maintenant mais qui était, en fait, unanime, je crois, qui était un mouvement de diminution du nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine. Et ça avait conduit le gouvernement libéral de l'époque à ce niveau parmi les plus bas niveaux d'inscriptions dans les facultés de médecine. Je le répète pour le député de Roberval, 438 inscriptions seulement en 1994. Mais, 1994, là, c'est en septembre que les inscriptions se font, et c'était un gouvernement libéral à l'époque. Alors, c'est en 1998 qu'on reprendra évidemment. Et, cette année, on connaîtra un nombre assez important, puisque, en 2003, il y aura donc 611 inscriptions dans les facultés de médecine. Mais encore faut-il qu'il y ait les conditions requises, et j'y reviendrai, parce que, actuellement, les conditions requises pour recevoir ces nouveaux étudiants, en tout cas en l'occurrence à l'Université Laval, ne sont pas mises en place.

Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)

Alors, juste avant de terminer le dossier, concernant les régies régionales, donc vous nous informez ce matin qu'il y aura intégration des établissements, première et deuxième ligne. Faudra-t-il toujours qu'il y ait un centre hospitalier? Sur un territoire, s'il advient qu'il n'y ait pas de centre hospitalier, va-t-on procéder à l'organisation d'un tel réseau local ou s'il faut donc l'organisation d'un centre... il faut donc la présence dans un tel réseau d'un centre hospitalier?

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

Nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine (suite)

M. Couillard: Je vais commencer, avant de parler du dernier point qu'a soulevé ma consœur, par reparler des inscriptions en faculté de médecine, parce que, effectivement, il faut mettre les choses au clair, puis je pense qu'elle me donne l'occasion de le faire, et je ne m'en priverai pas, ayant moi-même vécu les circonstances dans le réseau à ce moment-là.

Effectivement, en 1994, il y avait 438 inscriptions en médecine, une diminution de 10 par rapport à l'année précédente que, oui, je vais prendre au débit de notre parti, qui était au pouvoir à l'époque. Les années suivantes, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999: 406 — 406 — inscriptions en médecine. Et, on se souvient, à l'époque, et mon collègue sous-ministre qui était président du Conseil médical en a un souvenir très vif, la proposition initiale du gouvernement du Québec alors, c'était de diminuer de 120 le nombre d'entrées en médecine, il y avait trop de docteurs: C'est un gros problème, il y a trop de docteurs, ça va coûter trop cher, il faut barrer ça, on n'a plus besoin des médecins, ça n'a aucun bon sens. Alors, 120 de moins. Ensuite, ils ont diminué à: O.K., on va juste... 80 de moins. Et puis c'est l'intervention du Conseil médical du Québec, dont mon collègue à ma droite était président alors, qui a réussi à ramener ça dans une zone toujours catastrophique mais

moins épouvantable que celles auxquelles j'ai fait allusion tantôt avec une diminution d'environ 40.

Et on en vit aujourd'hui les conséquences, parce que la formation d'un médecin, c'est long. Alors, je vous disais plus tôt ce matin que, cette année, on a donné un droit de pratique au plus petit nombre de médecins depuis des années au Collège des médecins. Pourquoi? Parce qu'on a la graduation des cohortes de ces années, qui se sont faites en même temps qu'on mettait les gens à la retraite. Alors, un cas de figure d'échec lamentable de gestion, s'il y en a un, en voici un. Il y a même des institutions étrangères qui viennent étudier ça au Québec, comment est-ce qu'on a pu faire ça. C'est intéressant quand même qu'on ait pu faire quelque chose d'aussi absurde. Voyons ce qui a été fait, voyons les effets.

Puis là, je regrette, c'est une erreur majeure, c'est une erreur historique. Et je pense même, M. le Président, que le gouvernement du Parti québécois d'alors ou le Parti québécois et ceux qui étaient au pouvoir à l'époque et ont pris ces décisions doivent aujourd'hui des excuses à la population du Québec. Parce qu'il y a beaucoup des problèmes qu'on vit actuellement, que ce soient les pénuries de médecins en région, les débordements à l'urgence parce qu'il n'y a pas de personnel — parce que les infirmières également ont été coupées de moitié là-dedans, là — beaucoup de ces problèmes-là sont directement liés aux décisions malheureuses, inappropriées et absurdes des gens qui étaient au pouvoir à l'époque, qui étaient dans un but idéologique: Il y a trop de médecins, c'est les médecins qui coûtent cher, on va en enlever. C'est la solution. Ça y est, eureka! on a trouvé la solution aux problèmes de santé.

Alors, pourquoi on a fait ça à l'époque? Parce qu'on se basait sur le nombre de médecins par population. On a dit: Ah! au Québec, regardez, c'est intéressant, on a le plus haut niveau de médecins par population. Conclusion: il y en a trop; conclusion: ça en prend moins. Maintenant, les gens qui étudient ces problèmes-là de façon un peu plus profonde que ce raisonnement tout à fait superficiel ont dit à l'époque, puis ils ont averti le gouvernement à l'époque: Attention! vous ne prenez pas compte de plusieurs éléments. Vous ne tenez pas compte du vieillissement de la population, du changement des technologies, du changement du profil de pratique des médecins, qui n'est plus du tout le même que celui qu'on retrouvait il y a 15 ou 20 ans, de l'impact, par exemple, de la féminisation de la pratique médicale, qui est une bonne chose, mais qui a des conséquences importantes sur les profils de pratique.

Alors, tous ces avertissements-là ont été donnés. On ne les a pas écoutés et, heureusement, on a évité la catastrophe insondable qu'aurait été l'acceptation de la proposition initiale du ministre de la Santé de l'époque qui était de diminuer de 120 le nombre d'étudiants en médecine, mais on ne peut pas échapper à la responsabilité, je regrette. Moi, je vais prendre l'imputabilité puis la responsabilité des gestes qu'on posera au cours de notre gouvernement, mais la responsabilité de ces mises à la retraite et de ces baisses d'inscriptions en médecine, on ne peut pas y échapper, elle est directe, et les gens doivent en rendre compte.

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

Mme Harel: Oui. M. le Président, j'avais posé des questions au ministre concernant les établissements, l'intégration qu'il nous a annoncée ce matin des établissements de première et deuxième ligne: hôpitaux, soins de longue durée et CLSC, et je lui ai demandé si, pour la mise en place de ces réseaux locaux, il faudrait toujours qu'il y ait ou pas un centre hospitalier. Alors, j'attends toujours une réponse à cette question.

Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval

Cependant, M. le Président, je vais en profiter pour lui en poser une autre, étant donné l'intervention qu'il vient de faire. Il nous a parlé du passé, il nous a rappelé qu'à l'époque toutes les provinces canadiennes procédaient donc à cette réduction du nombre d'inscriptions. C'est une erreur historique qui, je crois, est partagée par tous ceux qui étaient en poste dans les gouvernements, ici comme ailleurs. Mais je rappelle que le Québec a été, en 1998 n'est-ce pas... Et tantôt il a laissé entendre qu'en 1998 on avait continué à réduire le nombre d'inscriptions, ce qui n'est pas le cas. Il y a eu un virage important et, dès 1998, nous avons été les premiers au Canada à augmenter le nombre d'inscriptions.

Mais, si on ne peut pas corriger le passé, peut-on au moins s'entendre pour que l'avenir immédiat ne soit pas, lui, hypothéqué? Et l'avenir immédiat, c'est notamment un grand danger pour la Faculté de médecine à l'Université Laval de se voir retirer certains programmes en médecine ou même d'exiger que l'on réduise le nombre d'étudiants admis dans les programmes de la Faculté de médecine du fait de ne pas avoir les installations adéquates. Alors, je cite ici le vice-recteur exécutif de l'Université Laval, M. Claude Godbout, qui nous indique qu'il y a un très grand risque d'avoir de très graves répercussions sur la Faculté de médecine, qui pourrait perdre l'agrément de certains de ses programmes de formation. Il y a une visite du comité nord-américain d'agrément qui est prévue du 21 au 24 septembre. Et il y avait un projet d'agrandissement de 65 millions de dollars, projet d'agrandissement qui était essentiel et qui avait été prévu dans le budget du gouvernement précédent. Alors, on nous indique que la Faculté de médecine a connu, au cours des dernières années, une hausse de 65 % des admissions depuis quatre ans, une hausse d'admissions dans les sciences infirmières de 150 % et donc une hausse de 25 % en pharmacie. Ça, c'est durant les quatre dernières années.

Et donc Faculté de médecine, pharmacie et infirmières sont visées par un projet d'intégration de ces trois facultés dans un bâtiment unique. Et le vice-recteur exécutif de l'Université Laval, en date du 17 juin... J'espère que c'est réglé, mais je me dis que le ministre, avec les hautes considérations qu'il nous a fait valoir tantôt sur la nécessité de favoriser l'accueil de nouveaux étudiants dans les facultés de médecine, a peut-être déjà réglé la situation. Je ne peux pas croire qu'il l'a laissé perdurer. On nous indiquait, en date du 17 juin, et je lis: «En 1999, le comité d'agrément nord-américain nous

avait fait des remarques sur la vétusté des locaux, d'où finalement cette annonce du gouvernement précédent d'un projet d'agrandissement de 65 millions.» Et il ajoute: «À ce moment, nous avions 109 admissions en médecine comparativement à 180 en septembre prochain. Si le comité d'agrément nous obligeait à restreindre les admissions, ce serait un retour en arrière, alors que le ministère de la Santé mise sur la formation de nouveaux médecins et de nouvelles infirmières pour contrer la pénurie d'effectifs.»

● (11 h 50) ●

Alors, est-ce que le ministre peut avoir autant de considération pour ce dossier du présent que les considérations qu'il nous a énoncées pour le passé?

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, M. le ministre, le 20 minutes imparti pour cet échange, ce bloc d'échange est déjà dépassé. C'est bien malheureux, mais je dois maintenant... J'ai une demande d'intervention du côté ministériel. Alors, M. le député de Laval-des-Rapides, la parole est à vous.

M. Paquet: Merci, M. le Président. Alors, je voudrais laisser un peu de temps justement à M. le ministre pour compléter sa réponse et je pourrai par la suite poursuivre avec d'autres questions pertinentes.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le ministre, en réponse à la question de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve sur le temps du député de Laval-des-Rapides.

Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)

M. Couillard: Je vous remercie beaucoup, cher collègue, de me prêter un peu de temps. J'essaierai cependant d'être bref. Je vais revenir tout de suite à la première question parce que je n'y ai pas répondu la première fois dans l'enthousiasme que j'avais à parler des inscriptions en médecine, puis je ne voudrais pas donner l'impression que je ne réponds pas à la question fort pertinente que ma consœur a posée sur le réseau d'établissements et la présence obligatoire d'un centre hospitalier.

La réponse est non, ce n'est pas obligatoire d'avoir un centre hospitalier. Dans le cas où il n'y a pas de centre hospitalier sur un territoire, il va falloir prévoir des corridors de services, cependant, bien définis pour que les patients aient accès sans interruption et sans difficulté aux soins dans le centre hospitalier, parce que, encore maintenant, il y a de la difficulté, même pour les centres hospitaliers qui sont très voisins l'un de l'autre, à établir des bons corridors de services puis des références.

Nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine (suite)

On revient encore un peu sur la question des inscriptions puis je vais terminer avec le pavillon Vandry de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Alors, effectivement je le reconnais, le gouvernement de l'époque a été le premier au Canada à réaliser l'erreur

qui avait été faite. Il a corrigé ça à partir de 1999-2000 cependant, c'est là que l'augmentation a été faite, et la grosse augmentation a été faite en 2000-2001 par la députée de Taillon à l'époque, qui a augmenté à 501 le nombre d'admissions en médecine, puis il fallait le faire. Le problème qui nous différencie des autres provinces, c'est qu'en même temps qu'on a fait ça on a mis des gens à la retraite de façon massive. Ça, les autres, ils n'ont pas fait ça. Alors, c'est la combinaison des deux qui a été presque un coup mortel pour notre réseau. Il y a eu des mises à la retraite dans d'autres provinces, mais elles ont été sélectives, elles n'ont pas été universelles et massives comme ça a été le cas ici.

Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval (suite)

Pour ce qui est de l'agrément de la Faculté de médecine de l'Université Laval, on est extrêmement conscient de ce que soulève Mme la députée. L'agrément d'une faculté de médecine, vous savez que c'est excessivement important, c'est par là qu'on se compare aux autres institutions nord-américaines, puis on veut absolument conserver un haut standard d'agrément pour nos quatre facultés de médecine du Québec. On a actuellement... Puis, bien sûr, Mme la députée n'est pas sans savoir qu'il s'agit d'un dossier d'immobilisation qui relève du ministre de l'Éducation, mais je lui ai fait cependant des représentations, je dirais, assez fortes pour, je dirais, prioriser et actualiser ce projet-là. Il me donne des raisons d'être optimiste, mais je n'ai pas encore la décision définitive. Je pense que la révision des crédits est ces jours-ci, en éducation également. La question va probablement lui être posée, et, s'il a fait son lit ou défini ses orientations, il pourra alors les exercer.

Je voudrais quand même signaler que la construction d'un bâtiment nouveau sur le campus principal d'une faculté de médecine n'est pas la seule façon et ne devrait pas être la seule façon dont une faculté de médecine fait face à l'augmentation de la clientèle étudiante. Il y a la tendance maintenant de plus en plus à utiliser les autres milieux que les milieux centraux pour la formation. Et particulièrement la formation en région a une importance considérable pour l'exposition des étudiants en médecine à la réalité de la pratique médicale en région, et on espère la possibilité de susciter des vocations de pratique régionale.

Alors, je ne nie pas l'importance de construire un bâtiment comme le pavillon Vandry; c'est un projet très important, entendons-nous bien, mais ce n'est pas la seule façon dont une faculté de médecine va avoir à faire face à l'augmentation des inscriptions. Il faut également utiliser plus les milieux régionaux, et le changement d'orientation ou la nouvelle façon d'administrer les réseaux universitaires témoigne très bien de cette orientation-là.

L'Ontario par exemple a créé une faculté de médecine dans le nord de l'Ontario — probablement que Mme la députée est au courant. La nouvelle faculté de médecine en Ontario est complètement décentralisée. Il n'y a aucun point central, toute la formation se fait en région éloignée dans tout le cursus. Alors, ce n'est pas quelque chose qui est une tendance localisée, c'est

quelque chose qui est universel. Et il y a même des facultés québécoises qui sont en train d'élaborer des projets de ce type-là actuellement, ce que je trouve très prometteur. Parce que, plus on va avoir de jeunes qui se forment en médecine en région, plus on risque d'avoir des médecins qui s'installent en région. Ça, c'est bien clair.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. M. le député de Laval-des-Rapides, si vous voulez poursuivre.

Bilan des contrats de performance avec les hôpitaux

M. Paquet: Merci, M. le Président. Justement, lorsqu'on parle de... Un élément important, je crois, effectivement lorsqu'on parle de système de santé, comme lorsqu'on parle de l'ensemble de la gestion des sommes des contribuables et des Québécois, c'est: le gouvernement ne gère pas son propre argent, il gère l'argent des citoyens. Et on entend souvent le mythe, du côté de l'opposition officielle, on l'a entendu encore tout à l'heure, un peu plus tôt, à savoir qu'on a une situation très statique où il sera impossible de baisser les impôts et de mettre de l'argent en santé. Alors, il est très clair que c'est possible de le faire parce que notre gouvernement va le faire. Et ça ne veut pas dire de nier des services à la population, ça veut dire faire des priorités: moins de structures, plus de services. C'est une vision, j'entends bien, très différente évidemment de celle du gouvernement qui nous a précédés et pour lequel la population a rendu un jugement très clair le 14 avril dernier.

Et j'en tiens pour preuve d'ailleurs, lorsqu'on parle de l'impasse budgétaire de 4,3 milliards, même la députée de Taillon — la députée de Taillon, qui était responsable, lorsqu'elle était ministre de l'Éducation, d'avoir coupé les admissions en sciences infirmières dans les cégeps; lorsqu'elle a été ministre de la Santé, elle a d'abord coupé dans les admissions en médecine; elle a finalement corrigé le tir un peu plus tard — elle-même, en novembre dernier, avait déposé un document, ce qu'on a vu dans les médias, qui disait qu'il y avait une impasse de 2,8 milliards, en novembre dernier, impasse qui s'est donc détériorée par la suite dans les mois qui ont suivi. Et ça, c'est la réalité, c'est simple, ce sont les faits. On ne peut pas faire dire n'importe quoi aux chiffres. Malgré que certaines gens essaient de n'importe quoi avec des chiffres, ce n'est pas le cas. La réalité qu'on vous mentionne ici, je peux le dire, moi, comme expérience, comme économiste, j'ai regardé les chiffres, et c'est la réalité telle quelle.

Lorsqu'on parle de gestion, au niveau de... le gouvernement précédent avait mis beaucoup de l'avant... Et hier la députée, je crois, de Pointe-aux-Trembles le mentionnait, on parlait des contrats de performance, contrats de performance qui semblaient être la trouvaille qui permettrait vraiment d'avoir plus de vision, peut-être de mieux gérer et d'avoir des résultats pour la gestion du système de santé et des établissements.

J'aimerais savoir votre approche... votre avis là-dessus en termes de... Quel a été, dans le fond... Examinons au mérite. L'idée, ce n'est pas de faire un

procès d'intention, c'est de voir la rigueur, rigoureusement. Quels étaient les résultats de ces fameux contrats de performance? Est-ce que ça a impliqué beaucoup de consultations? Parce que souvent, lorsqu'on met en place des gadgets, des choses comme ça, ça veut dire qu'on va chercher beaucoup de constats à gauche et à droite pour pouvoir alimenter cette machine-là, mais quels sont d'abord les résultats concrets de ça et qu'est-ce que ça l'a impliqué comme fonctionnement réel?

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

M. Couillard: On va me permettre brièvement de revenir sur une déclaration tantôt... ou une question que posait ma consœur députée d'Hochelaga-Maisonneuve au sujet de l'expérience albertaine. L'expérience... La citation qu'elle donnait témoigne du fait qu'il ne faut pas s'inspirer aveuglément de l'expérience albertaine. Il y a des bons côtés puis il y a des moins bons côtés, puis le moins bon côté, c'est les coupures de budget qui ont été associées aux changements structurels en Alberta. C'est ça qui a causé les problèmes qu'elle mentionnait tantôt. Alors, nous, ces changements structurels là, ils vont s'accompagner d'un rehaussement de l'investissement. Et cela, c'est une différence absolument fondamentale.

Deuxième différence, on n'a absolument pas l'intention d'adopter une attitude mur à mur. On va imposer une façon de gérer aux régions, on va leur donner un éventail d'options, avec des balises cependant en termes d'objectifs et de résultats, et on sera extrêmement souples sur l'application des nouvelles méthodes de gestion d'une région à l'autre. On ne s'attend pas du tout, et ce serait souhaitable même que ça n'arrive pas, qu'il y ait le même élément ou la même façon d'une région à l'autre. Les régions du Québec sont aussi différentes que d'une personne à l'autre. Il y a énormément de différences de réalité dans tous les cas.

Pour ce qui est de la performance des hôpitaux, c'est un sujet intéressant parce que, effectivement, on a basé l'an dernier une certaine partie de rehaussement budgétaire sur la notion de performance. Il faut savoir que, l'an dernier, le seul ajout d'argent neuf en santé, ça a été 50 millions de dollars, qui a été distribué en grande partie sur la performance des établissements. Alors, c'est ce qui a été fait pour l'année précédente. Alors, on est loin du compte avec ce qu'on annonce aujourd'hui. Je pense qu'il ne faut pas perdre ça de vue.

Maintenant, l'évaluation de la performance était un peu, je dirais, incomplète parce qu'elle s'appuyait sur des critères d'évaluation qui étaient assez grossiers, je dirais. Il y avait juste trois critères, puis on n'allait pas très loin dans l'évaluation. On pense qu'il faut revoir la façon d'évaluer la performance des hôpitaux, rendre ça plus précis, l'alléger un peu. Et on va certainement en tenir compte dans nos opérations budgétaires. Par exemple, lorsqu'on va fixer les cibles réalistes de redressement budgétaire aux établissements, on va tenir compte d'abord du degré de sous-financement d'une région: on n'imposera pas une double tarification à une région qui est actuellement sous-financée, et, d'autre part, on va inclure la notion de performance dans la définition de la cible budgétaire réaliste.

Alors, on a l'intention de continuer à baser la budgétisation des hôpitaux ainsi que les bonis de rendement des cadres et gestionnaires du système à la performance des institutions. Je pense que, ça, c'est un principe duquel il ne faut pas s'éloigner. Mais je pense qu'il doit être allégé et simplifié, ce processus.

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

Analyse comparative des coûts de fonctionnement des hôpitaux

M. Paquet: Merci, Mme la Présidente. Lorsqu'on parle aussi justement des coûts de système et du coût de fonctionnement du système, puis on parle d'évaluation, il y a des indices de mesure effectivement qui permettent de vérifier. Il y a des experts de la santé, on a un comité de la santé au Québec, qui ont développé différents outils qui peuvent être utiles comme éléments de référence. Et une étude dont je me souviens des chiffres, je vais les donner approximativement, là, parce que je n'ai pas l'étude avec moi présentement, mais je pourrai trouver la source exacte et la donner au ministre un peu plus tard...

● (12 heures) ●

Il y avait une analyse qui avait été faite, je crois, en 1998. On avait examiné en 2000, en 1998, quel était le coût moyen d'un patient qui arrive à l'urgence dans différents hôpitaux. Alors, l'idée évidemment est qu'il ne faudrait pas dire que c'est le seul critère qu'il faut prendre en compte, mais c'est un élément, une indication d'information, mais de voir un peu comment... quel est le coût moyen. Et un patient qui arrivait, par exemple, je crois, de mémoire, qui arrivait à Sainte-Justine, le coût moyen était 44 \$. Un patient qui arrivait, je crois que c'était à l'Institut de cardiologie, en 1998, était autour de 169 \$ ou 179 \$ — je ne dis pas le chiffre exact, je fais juste donner un ordre de grandeur qui est important — et alors qu'à Notre-Dame c'était autour de 129 \$, de mémoire. On peut comprendre évidemment, selon la clientèle... Bon, à l'Hôpital Sainte-Justine, des cas qui arrivent avec des otites vont être un peu moins coûteux, mais il y a des cas beaucoup plus lourds qui demandent évidemment plus d'investissements, et c'est tout à fait normal, là. L'idée, ce n'est pas de prendre ce chiffre-là comme étant le seul indicateur. Mais, quand on regardait la même comparaison, en 1999, quand on regardait en 1998 et 1999, année 1999, le coût moyen d'un patient qui était à l'Institut de cardiologie autour de 179 \$, de mémoire, là, était baissé autour de 129 \$, alors que le cas inverse... alors que le coût à Notre-Dame avait augmenté, donc, de 129 \$ à 179 \$.

Qu'est-ce qui s'était passé entre les deux années? Est-ce que c'était la clientèle, la fréquence des problèmes médicaux, etc.? Alors, quand on examinait le seul facteur qui avait pu être documenté, je crois, à l'époque, il y avait eu un changement, je crois, dans la direction de l'hôpital. L'idée n'est pas de faire un procès à la personne qui était là, mais il semble que, dans la gestion du système, il y a des... que ça semble, selon les personnes, selon la façon dont c'est géré, il peut y avoir des changements de coûts.

Et j'aimerais savoir un peu, là, si vous avez examiné cette question-là et qu'est-ce que vous entendez

faire un peu pour avoir ce genre de mesures, de faire ce suivi-là? Parce qu'il peut y avoir des pratiques intéressantes à un endroit qui peuvent être utilisées ailleurs, qui pourraient inspirer une meilleure gestion qui permet, par exemple, de garder, de préserver la qualité des soins à la population mais tout en ayant un contrôle correct sur les coûts.

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

M. Couillard: Bien, je pense que c'est des chiffres intéressants. Mais, comme vous l'avez bien dit, on doit être très prudents dans l'interprétation de ces chiffres-là parce que les clientèles varient beaucoup d'un hôpital à l'autre, les conditions, etc.

Mais revenons sur la question de la performance; je pense que c'est bien de continuer dans cette direction-là, en récompensant la performance des établissements qui fonctionnent bien ou qui gèrent bien les ressources. Et, à cet égard, par exemple, le gouvernement précédent a fait un sondage lors de l'évaluation des performances des hôpitaux. Juste pour l'information, le sondage a coûté 380 000 \$. On aurait pu acheter un petit peu d'équipements dans les hôpitaux pour ça. Mais disons que ce n'était pas une mauvaise idée de questionner la clientèle, là, sur la satisfaction. Mais les indicateurs des questions, les indicateurs qui servaient de base aux questions du sondage, étaient très incomplets. Par exemple, il manquait tout le volet d'accessibilité. Alors, ce qu'on disait, c'est que les gens étaient satisfaits une fois rendus dans le système, dans l'établissement. Mais qu'est-ce qui arrive à ceux qui attendent sur le trottoir d'avoir la possibilité de rentrer à l'hôpital?

Alors, il y a actuellement une façon de bâtir, je dirais, des bulletins ou des évaluations des établissements beaucoup plus complets que ce qui a été fait, je dirais, un peu à la va-vite, là, avec trois grands critères.

Il y a des provinces, encore une fois... Puis il ne faut pas craindre de s'inspirer des expériences des autres provinces canadiennes puis il faut regarder ce qui est fait ailleurs. En Ontario par exemple, ils ont un bulletin des établissements auquel les hôpitaux adhèrent de façon volontaire, qui est basé sur plus de 30 critères, alors beaucoup plus complet que ce qu'on a actuellement. On est actuellement en conversation avec l'AHQ, l'Association des hôpitaux du Québec, pour remanier un peu les bulletins d'évaluation de sorte qu'ils soient plus complets et reflètent mieux la situation réelle des établissements non seulement pour la prestation des services, mais également la qualité et l'accessibilité. Et c'est ce qui manque actuellement dans la façon dont on évalue ça.

M. Paquet: M. le Président.

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

M. Paquet: Merci. En termes des coûts de gestion aussi, comme on dit, l'idée, ce n'était pas de prendre les chiffres exacts tout à l'heure, c'est pour donner une idée qu'une partie, parfois, dans la gestion — puis ce n'est peut-être pas avec des mauvaises intentions — autrement dit, une partie des coûts du système, ce n'est

pas nécessairement le personnel hospitalier, dans la façon de gérer. Est-ce qu'il n'y a pas des choses, à un moment donné... Il y a peut-être des leçons. Et peut-être qu'il y avait des indicateurs, justement, de mesures plus complets. Et je sais qu'il y a des études qui sont faites. Je sais que, bien, un de mes anciens collègues, un de mes collègues, là, de l'Université du Québec à Montréal, pour n'en nommer qu'un — et il y en a d'autres au Québec — Pierre Ouellette, a fait des analyses très rigoureuses qui ont été reprises, qui peuvent donner des éléments. Mais, dans l'esprit, donc, de gestion des coûts, il y a peut-être des choses qui...

Autrement dit, c'est parce que l'idée, c'est qu'on ne veut pas faire porter la gestion seulement... ce n'est pas seulement la faute du personnel et des salaires seulement, là, je veux dire, en soi, là, qui... Il y a des gens qui travaillent très fort. La question, c'est un peu dans la façon de gérer, il y a peut-être des choses qui peuvent être faites. C'est un peu l'idée de mon intervention de tout à l'heure. Peut-être que vous pourrez ajouter un élément là-dessus.

Planification et suivi à long terme du système de santé et de services sociaux

Un autre élément de la planification où il semble parfois y avoir... Et, dans le passé, et je pense que ça va sur plusieurs années, là, le système lui-même, à un moment donné, a une propre dynamique. Pour pouvoir reposer les choses de façon statique, ce n'est pas juste seulement les quatre dernières années ou quoi que ce soit, on n'est pas sur une dynamique de long terme de système. Puis, encore là, ce n'est pas nécessairement les gens qui sont de mauvaise foi, c'est que le système a sa propre dynamique qui fait en sorte, par exemple, comme on a vu dans le passé — et je remonte dans le passé un peu plus loin — il y avait l'Hôpital Christ-Roi à Québec où est-ce qu'on avait investi énormément pour refaire le bloc d'obstétrique, refaire les soins intensifs, refaire les urgences, et ça avait pris, je ne sais pas les montants, mais plusieurs centaines de milliers de dollars qui étaient là-dedans. Quelques années plus tard, l'hôpital était fermé et, enfin, maintenant, est un hôpital de soins de longue durée. Et, des exemples comme ça, il y en a eu plusieurs.

Plus récemment, il y avait l'Hôpital Laval, je crois, à Québec, où on avait ajouté une salle d'opération, et il n'y avait pas les budgets de fonctionnement qui étaient là. Et c'est un peu ce genre de, on dirait, de manque de planification qui semblait être un peu partie prenante d'une partie du système, à tout le moins, là. Il semble qu'il y a une préoccupation, en tout cas les citoyens de mon comté, les citoyens de Laval-des-Rapides, du gouvernement précédent en bonne partie, nous disent: Il y a un problème, il semble qu'on manque de vision. On prend des décisions, on regarde à court terme l'impact, puis on regarde plus ou moins, mais on ne tient pas compte qu'il y a des impacts qui se répercutent par la suite alors que, même lorsqu'on a investi des sommes importantes dans du béton dans certains cas, puis des fois avec des bonnes intentions, il n'y a pas de suivi.

Finalement, ça a peut-être permis des annonces, ça a permis au ministre précédent de couper des rubans,

mais ce n'est pas à ça que les gens veulent juger un gouvernement. Ils ne veulent pas juger un gouvernement au nombre de rubans qu'il coupe mais vraiment aux actions concrètes, là, de qualité de services qu'il doit rendre. Je crois que c'est là-dessus en tout cas que notre gouvernement est prêt à être jugé, sur vraiment la qualité des services et le respect des engagements qu'ils ont pris, qu'on a annoncés et qu'on continue à reprendre. M. le ministre.

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

M. Couillard: D'abord, je remercie mon collègue d'avoir fait une distinction très claire entre l'évaluation de la performance d'une institution et le personnel, parce que le personnel est épuisé dans les hôpitaux, autant les gestionnaires que le personnel qui donne les soins. On parle toujours des gens qui donnent les soins, qui sont à juste titre mentionnés étant donné leur épuisement professionnel dans plusieurs secteurs, mais on oublie de parler des cadres puis des gestionnaires du système.

Il faut savoir... Puis les données existent; si vous allez sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, par exemple, vous allez constater qu'historiquement les dépenses en services augmentent, alors que les dépenses en administration diminuent. Il y a plusieurs hôpitaux au Québec qui sont sous-encadrés. Il y a une perception dans la population qu'on a trop de cadres hospitaliers puis pas assez de services; bien, il y a énormément d'hôpitaux au Québec qui sont sous-encadrés. Même, moi, je crains pour la relève des cadres hospitaliers, d'autant plus avec le climat de morosité puis de cynisme qui entoure le système de santé; je me demande comment les jeunes vont développer la vocation puis le désir d'aller travailler dans le système. Alors, il faut certainement rehausser, là, cette profession-là qui est une profession très noble et très valorisante parce que c'est le service public dans sa plus noble expression. Et si, moi, il y a quelque chose qui m'impressionne depuis mon entrée en fonction, c'est le dévouement sans compter — puis je pense que madame qui a été au gouvernement avant en témoignera — le dévouement vraiment sans compter de la haute fonction publique et de l'ensemble des fonctionnaires du gouvernement et des gestionnaires d'hôpitaux. Ces gens-là font un travail extraordinaire, ne comptent pas leurs heures, et il faut absolument combattre la perception qui tend à se répandre qu'il y a trop de gestionnaires, trop de fonctionnaires, etc. Moi, je vous fais la prédiction — puis je voyais ma consœur hocher la tête tantôt — que d'ici quelques années on va en chercher, des gestionnaires d'hôpitaux, puis on va avoir de la difficulté à en trouver des bons.

Vous parlez d'un dossier qui est très symptomatique d'une situation, là, je dirais de planification erronée, c'est celui de l'obstétrique à Québec, un dossier qui a fait les manchettes au cours des derniers jours. Et puis je pense que c'est important de replacer ça dans son contexte. Vous avez commencé à le faire puis, si vous le permettez, je vais continuer l'évolution des événements.

Lorsqu'on a rehaussé... Au début, Christ-Roi, pour l'obstétrique, on a à un moment donné fermé l'obstétrique à Christ-Roi pour encourager ou rehausser

Saint-François-d'Assise, de sorte qu'on s'est ramassés avec deux centres d'obstétrique à Québec: un à Saint-Sacrement, un à Saint-François-d'Assise. On a alors délimité la nécessité, avec raison, qu'il y ait un centre mère-enfant important de nature universitaire qui soit développé à Québec. L'ensemble des acteurs régionaux, la majorité des acteurs régionaux, il n'y a jamais de consensus pour aucune décision, là, mais la majorité des acteurs régionaux favorisait qu'on implante le centre mère-enfant à Saint-François-d'Assise pour plusieurs raisons, en particulier la présence d'une population vulnérable dans cette région-là, le haut taux de grossesses de petits poids et de difficultés économiques des femmes. Pour des raisons qu'il m'est difficile d'interpréter mais que je qualifierais globalement de politiques, là, on a pris la décision d'implanter le centre mère-enfant au Centre hospitalier de l'Université Laval. Bon. Alors, on ne reviendra pas... Comme disait ma consœur tantôt, on ne refera pas le passé. On est rendu avec cette installation-là, il faut en assumer les conséquences. On a un centre le plus moderne au Québec, maintenant, à Québec, un centre mère-enfant; il n'a pas son pareil nulle part à Québec. J'espère que les femmes de Québec vont venir le visiter quand on va bientôt en faire l'inauguration. Ça va faire beaucoup de jaloux dans l'ensemble du Québec.

Alors, la conclusion logique, quand on a pris cette décision-là, il fallait prendre la décision suivante: avec un volume d'accouchements de 6 000 à Québec, il fallait nécessairement confirmer deux centres d'obstétrique. Alors, on a laissé, entre guillemets, pourrir la situation jusqu'au moment où on a été amené à prendre cette décision-là. Mais, franchement, cette décision-là aurait dû être prise il y a longtemps. On n'aurait pas dû avoir à agir comme ça, comme on le fait, littéralement, quelques semaines avant l'inauguration du Centre mère-enfant; ça me paraît assez dommage d'avoir fait ça. Et je pense que, ça, ça témoigne d'un élément important puis, comme politicien et comme nouveau politicien, je le dis sans ambages, de l'importance de dépolitiser les décisions en santé et services sociaux.

● (12 h 10) ●

Alors, je l'ai expliqué hier puis je veux le réexpliquer parce que, pour moi, c'est un concept très important: il ne s'agit pas d'enlever le rôle des élus que nous sommes, imputables à la population, de la définition des orientations. Ça, c'est ce que j'appelle la grande politique. Il faut enlever la petite politique, avec un petit p, les petites chicanes, les guerres de clocher: Moi, je veux ci; moi, je veux ça; parle à ton député; parle à ton ministre. lui, il va faire ça puis, moi, il ne me fera pas ça. Ce genre de manigances là qui, je dirais, a envahi le système depuis des années, il faut que ça arrête. Et une façon de faire ça — et, encore une fois, je pense que les élus doivent garder un rôle central d'imputabilité puis de gestion dans le système — une façon de faire ça, c'est, d'une part, de décentraliser véritablement l'organisation des soins vers les régions en donnant plus de pouvoirs à la population puis, deuxièmement, de créer le poste de Commissaire à la santé. Je pense que madame veut en discuter plus tard aujourd'hui; ça va être intéressant d'échanger là-dessus. Je pense que c'est une façon qui est très importante, où on peut retirer l'élément de politique, je dirais, désagréable du système de santé.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Cela met fin à cet échange de 20 minutes. Alors, maintenant, Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

**Projet d'agrandissement du pavillon Vandry,
à l'Université Laval (suite)**

Mme Harel: Alors, M. le Président, il faut reprendre un certain nombre de choses qui ont été dites, là, depuis les 20 dernières minutes, puisqu'on s'est quittés sur le sort de l'agrandissement du pavillon Vandry, de la Faculté de médecine à l'Université Laval. Alors, je veux bien croire que, dans l'avenir, il pourra y avoir des facultés de médecine à vocation plus virtuelle, décentralisées sur le territoire, mais, pour septembre prochain, là, il y a une visite du Comité nord-américain d'agrément qui est prévue du 21 au 24 septembre. Le vice-recteur exécutif de l'Université Laval nous dit que ce comité d'agrément voudrait savoir à quoi s'en tenir au sujet de l'agrandissement du pavillon Vandry. Et il ajoutait: «Nous avons besoin d'un engagement ferme du gouvernement à l'effet que le projet va se réaliser, sinon ça peut mettre en danger des programmes en médecine.»

Et donc, pour l'immédiat, là, je veux bien qu'on parle de l'avenir qui durera longtemps, là, mais pour celui de septembre prochain, n'est-ce pas, quelle est la réponse que le ministre donne, par exemple, aux gens de l'Université Laval puis, j'imagine, aux députés de Québec qui sont intéressés par cette question-là, aujourd'hui? Bon.

**Augmentation du budget consacré
au système de santé et de services sociaux**

D'autre part, le ministre parle beaucoup de rehaussement, de rehaussement des budgets. Là, il faut voir que, cette année, là, il faut quand même toujours se rappeler qu'il n'y a pas un sou d'argent neuf en santé du gouvernement du Québec. L'argent neuf qui est injecté l'a été suite à l'entente obtenue avec le gouvernement fédéral par le gouvernement précédent. Et l'argent qui est investi l'est à partir des sommes fédérales en santé prévues pour cette année et pour l'an prochain.

Alors, le ministre parle de rehaussement. Où pense-t-il qu'il pourra prendre l'argent qui, l'an prochain, devra être substantiellement plus important et devra venir de Québec seulement ou pratiquement, sauf 300 millions qui avaient déjà été prévus par l'entente avec le gouvernement fédéral? Bon.

**Bilan des contrats de performance
avec les hôpitaux (suite)**

Je comprends également de ses propos et de cet échange intéressant qui vient de se passer que le ministre entend poursuivre la signature de contrats, d'ententes de contrats de performance avec les établissements. C'est bien ce qu'il nous a indiqué, je crois, là. Si je me trompe, qu'on me corrige, mais c'est la conclusion que je tire de l'échange.

**Représentation de la population
au sein des instances régionales de santé (suite)**

Nous allons revenir sur la question du Commissaire à la santé. Mais, avant de se quitter ce matin, je pense

qu'il faut boucler la boucle sur le dossier de ce brassage de structures que le ministre nous a annoncé par le remplacement des régies régionales par des agences régionales et par la réorganisation de ce qu'il appelle des réseaux locaux qui vont intégrer des établissements. Est-ce qu'il y aura représentation de la population, au niveau des réseaux locaux qui existent actuellement par l'élection au suffrage universel, sur les conseils d'administration des CLSC?

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

M. Couillard: Alors, oui, il y aura représentation de la population. On est encore à définir le mode de désignation des représentants de la population. Et il n'y a pas juste la population qui va être représentée au niveau de ces conseils-là, il va également y avoir les gens qui traitent le monde, ceux qui donnent les services, pas seulement les médecins, les infirmières, les autres professionnels de réadaptation, les organismes communautaires, les services sociaux. Tous ces gens-là vont avoir une place à la table.

Mme Harel: Au niveau local, c'est bien le cas?

M. Couillard: Au niveau régional, surtout au niveau régional et également au niveau local, dans les deux cas. Et je pense qu'il y a une leçon à tirer — puis, en passant, c'est intéressant ce que vous soulevez là — une leçon à tirer de l'expérience albertaine. Puis, quand je suis allé les visiter, je leur ai demandé: Quelles seraient, si vous aviez à refaire le processus, les erreurs que vous ne feriez pas maintenant? Alors, on apprend beaucoup de ça. Premièrement, ils disent: Bien, on ne coupe pas les fonds quand on fait une restructuration. Première chose. Deuxièmement, on a pensé qu'on pouvait se débrouiller sans impliquer les gens qui donnent les services dans la gestion. Alors, il n'y avait aucun médecin, aucune infirmière pratiquante, aucun physiothérapeute ou ergothérapeute dans la structure de gestion, et ça a été très, très difficile pour ça. Alors, on s'inspire de cette expérience-là pour, je l'espère, ne pas répéter les mêmes erreurs.

**Augmentation du budget
consacré au système de santé
et de services sociaux (suite)**

Je vais revenir sur la prémisse de votre intervention parce qu'il y a également plusieurs points intéressants. Je pense qu'on aura de la difficulté à s'entendre sur la définition de ce qu'est l'argent neuf provincial et fédéral. Moi, je répète: C'est une règle de calcul coulissante, là. Moi, la façon dont je le calcule, c'est qu'il y a 838 millions du fédéral puis le reste du provincial pour faire le rehaussement de 1,3 milliard qu'on a annoncé cette année. L'argent qui a été incorporé au budget général du Québec cette année va être — et le ministre des Finances l'a dit clairement — va être réinjecté l'an prochain. Alors, je pense que ça devrait répondre à vos préoccupations. Évidemment, on suivra de près cette chose-là.

Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval (suite)

Pour ce qui est de l'Université Laval, parce que, également, c'est important de revenir là-dessus, on est très familiers, puis je suis très familier, de même que mon voisin de droite, avec la mécanique de certification ou d'agrément des facultés de médecine. Il est important de ne pas donner non plus de caractère d'urgence trop marqué et de placer l'urgence au bon endroit. Ce que les organismes d'agrément veulent voir quand ils viennent nous visiter, les facultés de médecine, ce n'est pas nécessairement que la correction du problème a été faite maintenant, sur place; ils veulent être certains qu'il y a un engagement et une mécanique qui est prévue de façon formelle, et je suis conscient de ça et je vous assure que je vais faire les représentations nécessaires pour ça.

Par ailleurs, je vais vous donner un exemple vécu d'une autre région que vous connaissez bien, une des métropoles du Québec, Sherbrooke, où il y avait initialement une faculté de médecine bâtie et budgétée pour 100 étudiants par année. Alors, on a réussi à augmenter à 145 étudiants par année sans bâtir de nouvelles structures. Comment? En utilisant d'autres milieux de formation et d'autres trouvailles imaginatives, et on a bâti une très petite chose. Alors, il faut faire attention de ne pas forcément lier l'augmentation des services aux étudiants... Je suis d'accord que c'est très important, le projet Vandry, c'est très important, là, je ne suis pas en train de minimiser son importance, mais je veux juste qu'on répète que ce n'est pas la seule façon de faire face à l'augmentation des clientèles étudiantes, ce n'est pas dans les tendances actuelles de l'enseignement médical qu'on observe partout.

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

Mme Harel: Oui, merci, M. le Président. M. le Président, le ministre a bien parlé tantôt, donc, de 838 millions, n'est-ce pas, en provenance des fonds fédéraux réservés à la santé pour cette année, et il doit convenir qu'il a utilisé la réserve de 809 millions de fonds fédéraux — 809 millions de fonds fédéraux, c'était dans le budget de son collègue, ça a dû être entériné à un moment donné par le Conseil des ministres — 809 millions des fonds réservés pour l'an prochain qui ont déjà été utilisés cette année, pour un grand total de 1 647 000 000, dont 1 287 000 000 ont été utilisés à la santé et 360 millions à d'autres fins que la santé, de ces fonds qui originaient de la réserve des fonds fédéraux. Bon, alors, c'est comme indubitable. Vous savez, les faits sont plus têtus que l'interprétation qu'on en laisse. On reviendra, d'ailleurs, cet après-midi, sur la question des mégahôpitaux parce que, s'il y a une planification qui s'impose, c'est bien de savoir qu'est-ce qu'il adviendra de l'Hôpital Notre-Dame, de l'Hôpital Saint-Luc, de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu, du Montréal General Hospital et du Royal Vic dans le contexte, donc, de la construction de deux nouveaux mégahôpitaux. J'annonce déjà au ministre à l'avance que ce sera l'objet d'un échange que nous aurons cet après-midi.

Rôle des agences régionales

Alors donc, pour à nouveau boucler la boucle, il y aura des réseaux locaux sur lesquels on retrouvera des conseils d'administration qui vont intégrer des établissements déjà existants: première et deuxième lignes, soins de longue durée, hôpitaux, CLSC. Y a-t-il d'autres établissements qui le seront? C'est une question que je pose au ministre. Au-dessus de cela, il y aura des agences régionales. Alors, il y aura donc — c'est bien le cas, là, je veux juste qu'il me confirme; si j'ai tort, qu'il me corrige — alors, il y aura donc agence régionale, par exemple au niveau de Montréal, laquelle agence régionale va se trouver à faire quoi, exactement?

● (12 h 20) ●

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

M. Couillard: Alors, il n'y a pas d'autres établissements que ceux décrits dans votre intervention initiale, qui sont, encore une fois, prévus pour faire partie du réseau d'établissements. Puis, pour reprendre ce que je disais plus tôt, il n'est pas nécessaire d'avoir toutes... chacune des trois composantes pour former un réseau. Il y a des réseaux qui sont déjà faits avec CLSC et CHSLD, puis on s'en satisfait très bien. Dans ces cas-là, on va vouloir établir des corridors de services, cependant, avec un centre hospitalier désigné, de façon que les services soient donnés de façon fluide.

Alors, la deuxième partie de votre question, si je me souviens bien... je m'excuse, c'était l'agence régionale?

Mme Harel: Les agences régionales. Y aura-t-il, par exemple, une seule agence sur Montréal?

M. Couillard: Oui, une agence par région, telles qu'elles sont définies actuellement.

Mme Harel: Quel sera le rôle des agences en regard du rôle des réseaux locaux?

M. Couillard: C'est de coordonner le financement et les activités, les priorisations d'activités, la désignation des mandats des différents îlots, des différents réseaux d'établissements et la reddition de comptes également. La reddition de comptes des réseaux d'établissements va se faire au niveau régional, comme c'est le cas actuellement.

La différence actuellement, c'est qu'il s'agit d'un niveau intermédiaire qui est un peu virtuel, dans le sens que souvent la communication — puis je l'ai vu à plusieurs reprises — se fait de la façon suivante — puis j'aime bien raconter cette anecdote parce que c'est tellement symptomatique de l'état actuel des choses: disons que, comme gestionnaire d'hôpital, vous avez un problème financier, il vous manque des sous pour vos salles d'opération ou des équipements. Bon. Vous allez voir la régie régionale, puis là vous dites: Pouvez-vous régler mon problème? La régie régionale dit: On va y penser. Ils vous rappellent quelques semaines plus tard puis ils disent: Oh, on va aller demander au ministère. Puis là: On peut-u venir avec vous? Non, on va y aller, on va aller au ministère. Ça fait qu'ils vont au ministère puis ils reviennent, puis ils nous convoquent pour nous

dire la décision, etc. Normalement, le processus aurait dû s'arrêter au niveau régional, c'est là que la décision devrait se prendre.

Ce qu'on a créé actuellement, c'est un niveau régional intermédiaire qui n'est pas efficace parce que les gestionnaires n'ont pas les outils pour agir. Les gestionnaires, je répète, n'ont pas les outils pour agir en toute liberté, ils sont sous la pression tout le temps de quelqu'un qui regarde derrière leur épaule puis qui va leur taper dessus s'ils prennent la mauvaise décision. Pourquoi vous pensez que M. Levine n'avait pas fait encore ses centres de chirurgie à haut débit avant cet été? Parce qu'il était persuadé que quelqu'un lui reprocherait d'avoir fait ça, à Québec. Pourquoi vous pensez que M. Fontaine, à Québec, n'a pas pris la décision pour l'obstétrique? Parce qu'il voyait que c'était un dossier politique difficile puis il était certain qu'il serait blâmé par Québec, quelle que soit la décision qu'il prendrait. Alors, il s'agit de donner tous les pouvoirs et leviers aux acteurs régionaux, et c'est à eux que revient la responsabilité de prendre l'entière responsabilité, la décision des orientations de la région.

Moi, je considère comme signe d'un dysfonctionnement important du réseau actuel le fait que le ministre de la Santé et des Services sociaux ait à se prononcer sur des dossiers essentiellement de niveau régional. Par exemple, il faut décider où est l'obstétrique à Québec, il faut décider comment on va régler l'éternelle saga, la chicane Chicoutimi-Jonquière, il faut décider en Mauricie de la répartition des activités entre la Haute puis la Basse Mauricie. C'est quoi, l'intérêt de faire ça? C'est une perte de temps et d'efficacité fondamentale.

Vous parlez... on va y revenir tantôt, ça va être une discussion passionnante, même si vous ne me l'aviez pas annoncé, je m'attendais bien qu'on discute de ça cet après-midi. Je n'utiliserais pas cependant le terme «méga», là, je pense que ça porte à... je dirais «nouveaux hôpitaux», nouveaux hôpitaux universitaires à Montréal, parce que «méga», on assume que ça va être d'une taille gigantesque, et ce n'est pas nécessairement le but de l'opération. Je tiens à remarquer, par exemple, que la Régie régionale de Montréal a été complètement écartée de l'indication des projets des nouveaux hôpitaux à Montréal. Est-ce que c'est normal? La Régie régionale de Montréal n'a eu aucun mot à dire dans l'élaboration des projets. Est-ce que c'est signe d'un système qui fonctionne bien? Est-ce que c'est signe d'un système où les gestionnaires intermédiaires régionaux ont des pouvoirs et des responsabilités véritables? Non. On a dit: Écoutez, ça se négocie entre les hôpitaux puis Québec, puis on vous informera, M. le P.D.G., au moment opportun, lorsque la décision sera prise. Mais nous, on va impliquer la Régie régionale de Montréal dans le processus.

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

Mme Harel: Justement, sur cette dernière déclaration du ministre, pourtant, dans l'annonce qu'il a faite hier des réseaux universitaires intégrés de santé, ce sont des réseaux universitaires intégrés de santé qui ne relèveront plus des régies régionales. Contrairement à ce

qui avait été annoncé par le gouvernement précédent, c'étaient... les réseaux universitaires intégrés de santé qui ont été recommandés dans le cadre du rapport Carignan étaient présidés par les directeurs des régies régionales. Le ministre a choisi, c'est son droit, là, mais il a choisi d'écarter les régies régionales et ce sera dorénavant présidé par les doyens des facultés de médecine.

D'autre part, c'est donc qu'il avait le pouvoir de le faire, le directeur régional de Montréal, cette phase II de la réduction des listes d'attente, pouvoir de le faire dans la structure actuelle. Donc, le ministre nous dit: Dorénavant, ça s'arrêtera au niveau régional — avec l'exemple qu'il reprend, l'anecdote qu'il a expliquée — dorénavant, l'établissement qui s'adresse à la régie régionale va se faire dire non si la régie régionale n'a pas le budget pour le faire. La régie ne lui dira pas: Un instant, on va aller ensemble au ministère.

Comment est-ce que la régie régionale ou l'agence qui va la remplacer pourra acquiescer plus que maintenant si tant est que les budgets qui lui sont attribués par le ministère ne lui donnent pas l'opportunité de donner suite à la demande de l'établissement? Je trouve, M. le Président, que ça tourne un peu court, l'anecdote du ministre. Ce que ça signifie, c'est... le message aux régies ou aux agences, là: Dorénavant, débrouillez-vous avec les sommes que l'on vous donne, sinon ne venez plus nous voir, hein. En d'autres termes, ça revient à ça, l'anecdote qu'il nous a racontée. Parce que, après, justement... Après avoir dit: On va aller au ministère, si le ministre ne veut plus qu'ils viennent au ministère, c'est qu'ils vont devoir se débrouiller seulement avec les budgets qui leur seront alloués. C'est bien ça qu'il faut comprendre?

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

M. Couillard: D'où l'importance de combiner cette réorganisation-là ou cette évolution-là avec un nouveau mode d'allocation des ressources, qui est plus en lien avec les besoins de la population. Je suis d'accord que, si on faisait ça maintenant, ce serait assez catastrophique, compte tenu des iniquités interrégionales qu'on observe. Alors, ça doit être fait absolument de concert avec l'élaboration d'un nouveau mode d'allocation financière dans les régions.

Parlons des réseaux universitaires intégrés de santé. Je vous mentionne d'abord qu'il y a un représentant de la régie régionale au niveau de chaque réseau universitaire intégré de santé. Il y avait un problème de logique fondamentale dans la façon dont l'ancien gouvernement s'était orienté à ce sujet-là. Le but des réseaux universitaires intégrés de santé, c'est de coordonner les activités cliniques suprarégionales. Alors, c'est essentiel que, ça, ce soit coordonné au niveau national, le suprarégional. Ça, c'est clair dans notre esprit.

Mme Harel: Tantôt, il reprochait au gouvernement précédent de ne pas avoir suffisamment associé la Régie régionale de Montréal aux mégahôpitaux de superspécialités. Puis là il vient de nous dire que les RUIS vont eux-mêmes, en fait, concerter le super-régional... le suprarégional.

M. Couillard: Mais, là encore, avec respect, il y a une erreur fondamentale. Quand je dis que le P.D.G. de la Régie régionale de Montréal n'a pas été consulté, c'est: il n'a pas été consulté pour l'impact de la construction des nouveaux hôpitaux sur l'organisation locale des soins. C'est quand même incroyable. On n'a pas demandé d'opinions aux gens locaux sur qu'est-ce qui allait arriver avec la répartition de l'offre de service localement. Mais, encore une fois, le rôle de la table de concertation des RUIS au niveau national, ça va être quoi? Ça va être d'établir des corridors de services pour les spécialités nationales, ça va être de déterminer des parrainages entre les réseaux universitaires et les régions, qui, à mon avis, est une formule très prometteuse pour supporter nos régions, ça va être de coordonner et de ne pas dupliquer non plus les achats d'équipements et les activités de recherche de haut niveau. Alors, ça, ce sont des activités et des niveaux de décision qui sont par nature même suprarégionaux ou nationaux; l'enseignement et la recherche et le corridor de services pour les soins tertiaires, quaternaires. Alors, je pense que c'est tout à fait logique de procéder de telle façon.

Quand j'ai fait la remarque au sujet de la non-consultation du P.D.G. de la Régie de Montréal pour les hôpitaux nouveaux des facultés de médecine, je répète que c'est pour le fait qu'il n'a pas été consulté pour l'impact qu'aurait la construction de ces nouveaux hôpitaux sur l'offre de services sur l'île de Montréal. Je trouve ça quand même assez incroyable.

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

Mme Harel: Bon. Je comprends qu'il l'était, associé, en fait, comme membre du comité de suivi. Il était associé à titre personnel, le directeur...

Une voix: ...

Mme Harel: Il était associé sur le comité du ministère, m'indique-t-on. En fait, quoi qu'il en soit, c'est un brassage de structures qui va être aussi un brassage d'établissements, avec le danger, que le ministre doit reconnaître, que cela ralentisse les efforts qu'il faut consentir pour donner des services à la population. J'en ai, moi, à preuve juste l'expérience sur le territoire que je représente, ici, à l'Assemblée nationale depuis tant d'années. Il y a eu un projet de regroupement volontaire entre le CHSLD Lucille-Teasdale et le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, et, pendant presque deux ans, ce projet de regroupement volontaire a concentré toutes les énergies des directions et des personnels parce qu'il y avait un désaccord sur la manière dont ça devait se faire pour certains et la manière dont ça devait se faire pour d'autres. Et tout ça a fait en sorte que ça n'a pas eu lieu, mais le résultat net, ça a été finalement un déploiement d'énergies qu'il aurait été plus judicieux d'investir dans la prestation des services. Et là il y a un immense danger, c'est que le ministre nous annonce ça à la grandeur du Québec. Donc, à la grandeur du Québec, il entend procéder à ce brassage de structures, d'établissements.

Étude des coûts-bénéfices de la réorganisation des structures du système de santé et de services sociaux

Et je voudrais lui demander: Comment se fait-il qu'il n'y ait aucune étude des coûts-bénéfices de ce qu'il veut entreprendre maintenant?

● (12 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, nous avons déjà légèrement passé midi trente. Alors, je demande le consentement pour continuer pour une minute ou à peu près.

M. Couillard: Une minute ou deux.

Le Président (M. Copeman): Consentement? Merci. Et il nous reste à peu près une minute pour terminer ce bloc d'échange, M. le ministre. Alors, à vous la parole.

M. Couillard: Je serai bref, M. le Président. Pour ce qui est du brassage de structures, je pense que ma consœur a une expérience assez approfondie de la question concernant les brassages de structures municipales. Je m'excuse, mais ça, c'était...

Mme Harel: On en a fait pendant 40 ans, des études. Vous, les études, elles sont où?

M. Couillard: ...du brassage forcé. Du brassage forcé, en plus.

Le Président (M. Copeman): La parole est au ministre de la Santé, pour l'instant, Mme la députée. Allez-y, M. le ministre.

M. Couillard: Je reviens également sur la régie régionale puis les nouveaux hôpitaux de Montréal. Ils ont été consultés initialement en 1999 quand on a commencé à faire les projets, puis là: Oups! disparus, autant la régie régionale que le ministère, jusqu'en novembre 2002. Aucune consultation, aucun input, même du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans l'élaboration des projets, jusqu'en novembre 2002. C'est quand même intéressant comme processus.

L'autre chose, c'est... Je vais revenir brièvement sur les agences régionales parce que je sens que ça intéresse beaucoup ma consœur puis, c'est vrai, c'est un sujet tout à fait passionnant et, moi, je crois fermement que c'est une façon d'améliorer notre desserte de services, la façon de donner les services. Mais, effectivement, le risque qu'elle souligne est là. On en a tenu compte dans le fait de faire une diversion d'énergie vers le réaménagement de structures plutôt que vers la reddition de services. Raison pour laquelle on implique les gens des régions dans la démarche, raison pour laquelle on a prévu de garder en place les P.D.G. des régies régionales pour une période qui va jusqu'à 12 mois après l'entrée en fonction de la nouvelle gouverne pour assurer la transition. Et, si on a d'autres façons à me suggérer pour assurer une transition plus fluide, bien, je suis tout à fait disponible pour les recevoir.

Puis je termine là-dessus — je vois votre impatience, M. le Président, là: D'où l'importance de dégager

les agences régionales de toutes les responsabilités de programmation clinique qu'elles ont actuellement, dont beaucoup pourraient être prises en charge dans les réseaux d'établissements. Alors, je termine là-dessus et je vous remercie de votre tolérance pour le dépassement de temps.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Compte tenu de l'heure, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 14 heures précises. 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 amicalement également... un petit rappel des téléphones cellulaires, qui est devenu, en passant, une marque de commerce de ma part. Alors les téléphones cellulaires sont fermés.

Et nous avons terminé l'échange avec Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, alors je suis prêt à reconnaître un autre intervenant. Oui, M. le député de Groulx. Oui, allez-y.

Stratégie en vue d'inciter les jeunes médecins à s'installer en région

M. Descoteaux: Merci, M. le Président. On sait bien... Ma question concerne ce qu'on a entendu... le début d'intervention du ministre ce matin concernant les régions. Et on sait que la pratique de la médecine est un judicieux mélange d'art et de science, et le ministre est d'autant mieux placé que moi, puisqu'il l'a pratiquée. D'un autre côté, la science amène ou tend à amener les jeunes praticiens, ceux qui sortent de l'université, les jeunes médecins, tant généralistes que spécialistes, à vouloir s'agglomérer autour des grands centres.

Ma question au ministre, c'est: Comment peut-on faire pour s'assurer que les jeunes praticiens, généralistes ou spécialistes, vont pouvoir être intéressés — vous aviez un début de réponse ce matin, M. le ministre — être intéressés à s'intégrer en région? On sait qu'une des façons que vous avez évoquées, c'était par l'établissement d'institutions d'enseignement dans les régions, mais est-ce que, de votre côté, il y a d'autres choses en vue pour justement inciter les jeunes praticiens à aller en région?

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

M. Couillard: M. le Président, effectivement, la formation en région est un des déterminants les plus forts qui mènent à l'installation éventuelle d'un médecin en région. Il y a plusieurs outils qui sont à notre disposition malgré la pénurie de personnel médical qu'on vit encore pour quelques années. Il faut savoir que, d'après certains experts, on en a jusqu'à probablement 2010, minimum, avant de combler la pénurie qu'on vit, là. Suite aux discussions qu'on a eues ce matin, je pense qu'on en connaît bien l'origine.

Alors, le premier outil qu'on a, qui est un outil qui a été mis en place par le gouvernement précédent via la loi n° 142, c'est les plans d'effectifs médicaux. Alors, c'est un outil que, nous, on entérine et qu'on va appliquer, parce que c'est bien de définir des plans d'effectifs médicaux, mais il faut les appliquer également, et on va s'assurer que ces plans d'effectifs sont bien appliqués, autant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes.

Donc, la formation en région, d'abord, est une façon essentielle d'amener les jeunes médecins à s'intéresser à la pratique en région après avoir vu eux-mêmes quelle est la réalité de cette pratique. Deuxièmement, vous avez probablement vu notre annonce concernant les réseaux universitaires intégrés de santé que préconisait le rapport Carignan sur les institutions universitaires. Je pense qu'il y a un aspect de cette démarche-là qui est très prometteur pour les régions, c'est la notion de parrainage entre les réseaux universitaires intégrés de santé et les régions du Québec, particulièrement les régions qui sont en difficulté sur le plan de l'organisation professionnelle, donc les effectifs médicaux.

Alors, on va demander, et le processus est en cours, va se compléter au cours des prochains mois, dans la Direction générale des affaires médicales et universitaires, on va demander à ce que chacun des réseaux universitaires ait une relation de parrainage étroit avec des régions du Québec, surtout et en priorité les régions qui sont en déficit d'effectifs ou en difficulté. C'est une relation de parrainage qui va être bidirectionnelle avec, d'une part, le support des effectifs médicaux, l'aide pour les zones en pénurie et les spécialités en pénurie et puis, d'autre part, à l'inverse, l'accueil des médecins qui sont installés en région, en milieu universitaire, pour des brèves périodes, pour des périodes de ressourcement.

Également, on demande aux réseaux universitaires intégrés de santé de mettre sur pied des corridors de services formalisés pour les références pour les soins ultraspecialisés. Parce que, moi, j'ai bien vécu la réalité de ça: un médecin peut être en région dans une urgence, dans une région éloignée, avoir un cas très grave devant lui ou elle, un cas de neurochirurgie par exemple, parce que c'est la discipline que j'ai connue, faire jusqu'à sept, huit téléphones dans divers hôpitaux jusqu'à temps qu'il trouve un hôpital qui est prêt à accepter son patient. Pourquoi? Parce qu'il n'y a pas encore vraiment de corridors de référence qui sont déterminés, et je pense que c'est excessivement important.

Pour la formation en région, on alloue actuellement 3,5 millions pour supporter l'enseignement en région. On a l'intention de continuer cet effort-là et de même l'augmenter. On a également des mesures incitatives qui ont été débütées par le gouvernement précédent, des bourses pour les étudiants en médecine, autant pour les étudiants que pour ceux qui sont en formation, en médecine de famille. On a l'intention d'étendre ces bourses-là de façon plus large dans le cours... la formation médicale et de donner un peu plus de responsabilités directes aux régions pour l'administration de ces sommes-là, de sorte qu'il y ait du parrainage puis des relations directes qui s'établissent entre une région puis un étudiant, par exemple.

Les activités médicales particulières également sont une façon de... ou prioritaires, je ne sais pas quel est le terme, prioritaires, sont une façon également de gérer le problème de manque de ressources, où on demande que les médecins fassent un minimum d'activités dans les secteurs prioritaires comme, par exemple, la salle d'urgence. Alors, c'est quelque chose qu'on va poursuivre. Les conversations sont en cours actuellement avec les médecins pour voir la meilleure façon de gérer ces activités médicales prioritaires.

Et finalement, parce qu'on sait bien qu'on ne pourra pas demain contrer la pénurie de médecins qui vient de la diminution des entrées en médecine à laquelle on a fait allusion ce matin, il va falloir également faire appel à des médecins étrangers, de façon ciblée et de façon à remplir les besoins les plus pressants, autant en omnipratique qu'en spécialités. Alors, on a demandé, par exemple, aux fédérations médicales de nous donner une indication précise du nombre de médecins étrangers qu'il faudrait par discipline, par région et par sous-région, de sorte qu'on puisse entreprendre une démarche de recrutement — puis on a des sommes allouées au recrutement de professionnels étrangers — qui soit faite de façon ciblée. On a besoin d'un médecin en telle spécialité pour tel endroit.

● (14 h 10) ●

Et, encore une fois, on veut rendre la mécanique de ces permis restrictifs similaire à ce qui existe déjà par les facultés de médecine. Alors, la façon de... le fait d'établir un parrainage direct entre un réseau universitaire et une région, et nommément le centre hospitalier régional, va nous permettre d'utiliser cette mécanique rapide là pour aller placer des médecins en région. Je pense qu'on peut être assez optimistes pour l'effet de cette mesure-là. Et bien sûr il s'agit de multiples façons d'agir, et on est conscients que le problème ne se corrigera pas du jour au lendemain, ça, c'est certain, on en a encore pour quelques années à souffrir de pénurie. Autant pour les médecins que les infirmières en passant, là, le même raisonnement s'applique pour les infirmières également.

M. Descoteaux: Avec votre permission, M. le Président. Est-ce que, lorsque vous parlez, M. le ministre, de médecins étrangers, on considère les médecins... c'est-à-dire ceux qui pouvaient être médecins dans leurs pays mais qui sont ici à l'heure actuelle et qui n'ont pas le droit de pratique ou vous parlez nécessairement de recrutement à l'étranger directement?

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

Recrutement et reconnaissance de la formation des médecins étrangers

M. Couillard: Alors, il y a deux populations distinctes à considérer dans le problème des médecins étrangers. Il y a, d'une part, les médecins, comme vous dites, qui sont déjà sur place mais qui ne sont pas rentrés vraiment dans notre pays avec l'intention avouée ou évidente de pratiquer la médecine. Ils avaient même été informés à l'époque qu'il n'était pas possible de pratiquer la médecine éventuellement au Québec, mais ils sont

parmi nous actuellement. Ce qu'on veut faire, avec ma consoeur de l'Immigration, c'est d'établir un mécanisme d'accompagnement individuel pour ces personnes-là, s'assurer qu'ils soient préparés de façon optimale à passer des examens ou à, du moins, subir les examens du Collège des médecins. Parce qu'on n'a pas l'intention du tout de faire de compromis sur la qualité et le niveau de compétence, et il serait totalement injuste de demander à nos étudiants québécois ou québécoises des standards de qualité que l'on ne demanderait pas à ces gens qui sont parmi nous, de sorte que, clairement, dans cette population que je viens de décrire, il y a des gens qui ne pourront pas, probablement, réussir l'examen. Il faudra prévoir des mesures de réorientation dans probablement des professions connexes ou autres, et c'est pour cette raison que l'accompagnement individuel des gens est si important. Donc, il y a environ 300 de ces personnes actuellement au Québec.

L'autre volet des médecins étrangers, c'est d'aller sélectionner sur place des médecins qui sont déjà en pratique, dont on connaît la compétence, qui a déjà été certifiée, qui sera évaluée par les mécanismes dont on dispose actuellement pour les permis certifiés. Et, encore une fois, j'entends que ce mécanisme soit accéléré pour le placement des médecins en région. Alors, vous voyez que le problème des médecins étrangers est plus complexe qu'il paraît à première vue, il est double en fait, parce qu'il y a deux populations très différentes.

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

M. Descoteaux: Oui. Justement, M. le ministre, sur la question du recrutement à l'étranger des médecins, je présume, à ce moment-là, qu'on vise les médecins spécialistes plus que les généralistes, ou est-ce que ça peut toucher les deux bassins à toutes fins pratiques?

M. Couillard: Ça va toucher les deux. J'ai demandé aux deux fédérations médicales de m'indiquer, si vous voulez, un état de besoins actuels, là, et on va se baser en partie sur cette communication-là. Mais ça touche autant les omnipraticiens que les spécialités, et particulièrement, dans les spécialités, les spécialités de base. Vous savez qu'il y a des spécialités de base qui sont mal pourvues en région encore aujourd'hui, comme la chirurgie générale, l'anesthésie, la psychiatrie. Alors, il va falloir porter une attention particulière sur cet aspect des choses.

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

Parrainage des médecins

M. Descoteaux: Merci. Merci, M. le Président. Vous avez parlé à quelques reprises, M. le ministre, de parrainage, et parrainage, donc, on parle pour les médecins qui vont sortir des établissements en région lorsque ça aura lieu, on parle des médecins étrangers. La forme de parrainage, est-ce qu'il y a plusieurs formes de parrainage? Et comment entrevoyez-vous ce parrainage-là?

M. Couillard: Ce qu'on veut demander...

Le Président (M. Copeman): Oui.

M. Couillard: Pardon, M. le Président. Ce qu'on veut demander aux régions universitaires, qui sont très bien pourvues en termes d'atteinte des effectifs... Si on regarde le pourcentage d'atteinte des plans d'effectifs selon les régions, on constate que toutes les régions universitaires du Québec actuellement, les quatre, ont leurs plans d'effectifs atteint à 100 %, ou même plus dans certains cas, alors qu'il y a des régions qui sont à 75 %, 80 %. Alors, on ne peut pas ne pas demander à ces régions bien pourvues, quoiqu'on reconnaisse que les besoins d'enseignement et de recherche nécessitent un effectif un peu plus élevé, on ne peut pas faire autrement que leur demander de soutenir leurs collègues des autres régions et de combiner ça avec un effort de formation en région plus marqué. Et c'est ce qu'on fait actuellement.

M. Descoteaux: Est-ce que je dois comprendre, monsieur le... par le biais de M. le Président...

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Incitatifs financiers afin de stimuler l'installation de médecins en région

M. Descoteaux: Est-ce que je dois comprendre à toutes fins utiles, M. le ministre, qu'on s'éloigne de toute forme d'incitatif financier pour la pratique en région graduellement ou est-ce...

M. Couillard: Non.

M. Descoteaux: Non.

M. Couillard: On a l'intention de conserver les incitatifs financiers pour la pratique en région. On a l'intention de s'appliquer plus sur les respects des plans d'effectifs qui ont été introduits par mon prédécesseur puis qui sont bien conçus. Celui de l'omnipratique, la satisfaction que j'ai, c'est que, quand je visite les régions, les omnipraticiens sont très satisfaits de la façon dont ce plan-là a été effectué. Les spécialités, on est en train de le terminer actuellement, puis j'ai bon espoir qu'il soit aussi solide. À partir du moment où on a des plans d'effectifs cependant, il faut les respecter. La plainte qu'on a dans les régions souvent, c'est que, oui, il y a des plans d'effectifs, mais les régions centrales bénéficient régulièrement de dérogation qui fait que le plan d'effectifs n'est pas respecté. Alors, nous, on va s'assurer que le plan d'effectifs est dans les faits respecté pour permettre la correction d'inégalités.

Et je vous donnais tantôt la question du pourcentage d'atteinte des plans d'effectifs, je vais vous donner des chiffres qui vont illustrer ce propos. Si on prend les quatre régions, la classification des quatre régions au Québec, d'abord, les régions universitaires ont 102,5 % du plan d'effectifs qui est comblé; donc, en fait, ont plus de médecins que le plan d'effectifs en attribuait; les régions périphériques, celles à proximité — c'est pour les spécialistes, ce que je dis là — ont 96 %

des effectifs; les régions intermédiaires, 87 %; et les régions éloignées, 82 %. Vous voyez donc une importante différence en termes de présence des effectifs médicaux selon qu'on parle des régions universitaires ou des autres. D'où la logique de demander à ces régions universitaires de faire plus d'efforts pour soutenir leurs collègues puis la population des régions, qui a droit aux mêmes services pour les spécialités de base que partout ailleurs au Québec. Je pense que tout le monde s'entend pour dire qu'il n'y aura probablement jamais de neurochirurgie ou de chirurgie cardiaque à Roberval, ça, c'est bien normal. Par contre, il devrait y avoir des services de chirurgie générale, d'orthopédie puis de psychiatrie. Ça, c'est la base des services médicaux spécialisés, et c'est le sens de notre action.

Je regarde d'autres chiffres également, le pourcentage de l'ajout de spécialistes entre le 1er février 2001 et le 1er mai 2003. Alors, si on prend la totalité des ajouts d'effectifs spécialisés, 62,5 % de l'ajout s'est fait en milieu universitaire, presque les deux tiers des nouveaux spécialistes sont allés s'établir en milieu universitaire, 6,9 % en régions éloignées. Alors, vous voyez encore la difficulté qu'on a. Et j'ai bon espoir que la complétion puis la formalisation des plans d'effectifs et leur gestion serrée va nous permettre d'améliorer ce phénomène-là.

M. Descoteaux: M. le Président, une question, mais dans un tout autre ordre d'idées.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Intentions du gouvernement concernant les maisons de naissance

M. Descoteaux: M. le ministre, vous avez fait des heureuses suite à vos déclarations hier concernant les sages-femmes. Si je regarde dans *Le Devoir* de ce jour, d'aujourd'hui. On titre que: *Les sages-femmes ont Couillard* — le ministre Couillard, on élimine les titres au niveau des journaux facilement, ont le ministre Couillard — *de leur côté*.

Comme vous le savez, 1993, c'est l'année où l'Université du Québec à Trois-Rivières a livré à la population sa première fourmée de sages-femmes qui sont sur le marché pour travailler dans ce domaine-là, que ce soit en milieu hospitalier, que ce soit dans les maisons de naissance ou que ce soit évidemment, comme vous avez abordé avec une certaine... de façon à s'assurer que les soins soient bien rendus même en milieu résidentiel, en milieu familial, dans le domicile des mères qui vont accoucher.

Ça m'amène à vous poser une question. Probablement à l'automne, je devrai déposer à l'Assemblée nationale une pétition, dans les Laurentides, de 3 000 dames qui requièrent une maison de naissance dans les Laurentides. Je sais qu'il y en a sept à l'heure actuelle, il y a des projets-pilotes à cet effet-là. Et je ne veux pas aborder la question des naissances à domicile, mais, au niveau des maisons de naissance, est-ce que vous entrevoiez pouvoir mettre de l'avant certains projets à cet égard-là, si ce n'est que dans les Laurentides, à tout le moins, ça fait presque neuf ans qu'on réclamait une maison des naissances?

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

M. Couillard: Alors, effectivement, on a assisté récemment à la graduation des premières cohortes de sages-femmes. Il y en a 16 encore en formation puis 55 qui sont déjà formées. On assiste également à la publication ces derniers jours du règlement-cadre qui devrait permettre de baliser la pratique de l'accouchement à domicile par les sages-femmes. Il y a une négociation actuellement collective qui est faite avec l'ordre... non pas l'ordre, qui est un ordre professionnel, mais l'Association des sages-femmes pour établir leurs conditions de travail, incluant la rémunération et des problèmes comme celui de l'assurance responsabilité. On a bon espoir que cette négociation se dirige vers un succès, sans vouloir donner d'échéance fixe.

Les remarques que je faisais hier sur les sages-femmes, c'est d'abord que, oui, il faut les intégrer à la pratique obstétricale au Québec. Il est plus que temps, on est en retard au Québec par rapport à beaucoup d'autres régions du monde à cet effet-là. Il y a juste à aller vérifier ce qui se fait en Europe, par exemple, pour constater que, là-bas, le fait d'être accouchée par une sage-femme constitue un élément tout à fait routinier et non pas quelque chose d'exceptionnel.

Ce que j'indiquais hier également, c'est le souhait de voir les sages-femmes s'impliquer et se voir accueillir également, parce que les deux côtés doivent agir, de façon plus importante dans les départements hospitaliers, parce que la réalité est que beaucoup de femmes au Québec et, je pense, la majorité des femmes au Québec souhaitent encore accoucher dans un hôpital en raison de la sécurité qui est présente dans un hôpital. Donc, le choix d'avoir accès au service des sages-femmes devrait être étendu également au milieu hospitalier. Il y a déjà des projets qui ont été déposés. Il y en a un à l'Hôpital St. Mary, un sur la Rive-Sud de Québec, et, possiblement qu'avec la décision récente sur l'obstétrique à Québec on devrait voir, je dirais, se réanimer le projet d'introduction des sages-femmes à Saint-François-d'Assise, et on va accorder un oeil favorable, je dirais, à ces projets-là.

● (14 h 20) ●

Pour ce qui est de développement des maisons de naissance dans les régions du Québec, bien, ils seront évalués au mérite, à la pièce. Je ne suis pas en mesure aujourd'hui de vous dire s'il va y avoir une décision positive ou non pour le cas que vous soulevez, ça fait partie d'une politique d'ensemble; il y a des critères qui vont être fixés, et ce que je peux vous assurer, c'est qu'on va évaluer ce projet-là, lorsqu'il va nous être présenté, d'après ces critères.

M. Descoteaux: Nécessairement, au niveau de la situation financière 2003-2004, je ne m'attendais définitivement pas à ce qu'il y ait une implication financière à ce niveau-là. Mais est-ce qu'on peut considérer que, dans un avenir... au cours des prochaines années, c'est quelque chose qui va être considéré?

M. Couillard: Oui, il y a actuellement deux régions qui présentent des demandes: il y a les Laurentides, dont vous parlez, puis la Montérégie, également. Là, il y a deux aspects: il y a l'aspect

immobilisation puis il y a l'aspect fonctionnement. Pour l'aspect immobilisation, comme vous avez bien dit, les crédits, là, sont terminés pas mal pour l'année 2003-2004. On en est actuellement à planifier nos priorités pour l'an prochain, ne connaissant pas encore les crédits d'immobilisation qui vont nous être accordés. Alors, on verra à ce moment-là à prioriser ces projets-là.

Le fait qu'il y en ait juste deux dans le Québec, quand même, je dirais que c'est assez prometteur. C'est plus prometteur que s'il y en avait 15, là. Alors, savez-vous, ça donne plus de chances de voir ces projets se concrétiser. Mais je ne voudrais pas pour l'instant donner de réponse définitive avant d'avoir étudié les aspects pratiques de ces projets-là.

M. Descoteaux: Tout à fait.

Le Président (M. Copeman): Ça va, M. le député? Merci.

M. Descoteaux: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, nous comprenons donc que, pour l'année 2003-2004, dans les crédits que nous étudions, aucune somme n'est prévue pour l'ouverture d'une ou plusieurs maisons de naissance. C'est bien ce que je dois conclure?

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

M. Couillard: Ce qu'on a fait, M. le Président, Mme la députée, c'est qu'on a tout simplement reconduit les priorités que le gouvernement précédent avait établies pour 2003-2004, immobilisation, au montant de 156 millions, et, dans cette priorisation, il n'y avait aucun projet de maison de naissance, à ma connaissance. Ce qui ne veut pas dire que, pour l'année suivante, on ne fera pas une priorisation de cette activité.

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

Mme Harel: Le gouvernement précédent avait procédé à l'ouverture d'une maison des naissances l'an dernier, c'est ce que je comprends également. Vous avez prépublié le règlement sur l'accouchement à domicile qui a été également préparé par le gouvernement précédent. Il est bien évident que c'est un dossier qui m'intéresse au plus haut point. Le siège social de l'Association des sages-femmes est dans le comté d'Hochelaga-Maisonneuve; j'ai eu souvent l'occasion de les accompagner dans leurs revendications; mais, au-delà de tout ça, je suis la grand-mère, dont parlait le député de Roberval, qui a accompagné sa fille dans l'accouchement de deux petits-enfants dans une maison de naissance à Côte-des-Neiges.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, ça intéresse au plus haut point également le président de la commission, étant donné que ma fille était également née dans une maison de naissance, dans des circonstances absolument extraordinaires.

Mme Harel: Voilà! Je ne sais pas si certains d'entre vous allez le croire mais je siégeais, il y a plusieurs années de ça, ici même, dans cette enceinte, là, le salon rouge à l'Assemblée nationale, au moment où le ministre de la Santé de l'époque, M. Marc-Yvan Côté, modifiait la loi constitutive du Collège des médecins, qui attribuait le monopole exclusif de l'accouchement aux médecins. Ça faisait partie du dispositif constitutif, si vous voulez, de la loi du Collège des médecins. Alors, il y a quand même des progrès qui ont été réalisés jusqu'à maintenant.

Je comprends qu'il y aura ouverture plus grande, heureusement, je m'en réjouis, là, dans les salles des grands hôpitaux, mais en même temps il faut maintenir l'ouverture de ces maisons de naissance qui permettent dans le fond de profiter du meilleur de tous les mondes, hein: à la fois des nouvelles technologies, si tant est qu'elles étaient nécessaires, mais en même temps de l'environnement extrêmement, je ne dirais pas fraternel, dans les circonstances il me semble que le terme... plus familial ou amical en fait que permettent les maisons de naissance.

Projet d'agrandissement du pavillon Vandry, à l'Université Laval (suite)

Bon, écoutez, j'ai appris une mauvaise nouvelle à l'occasion du dîner. La mauvaise nouvelle est la suivante, c'est que le ministre de l'Éducation, interrogé par ma consœur la députée de Taillon sur les immobilisations dans les crédits de son ministère, a informé la commission parlementaire des institutions que le pavillon Vandry de la Faculté de médecine de l'Université Laval ne s'y retrouvait pas ni aucune autre immobilisation concernant des facultés de médecine. Donc, les trois projets qui étaient annoncés dans le budget de la députée de Taillon et qui concernaient des investissements attendus pour... devant débiter tout de suite, là, pour mettre à jour les conditions d'accueil des nouveaux étudiants dans les facultés de médecine, eh bien, ces immobilisations n'y sont pas. Alors, est-ce que le ministre, vous pouvez me confirmer cela?

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

M. Couillard: Je vais préciser ce que, moi, j'ai obtenu comme information, évidemment de façon indirecte, sur les délibérations ce matin de la commission de l'éducation. Ce que mon collègue a dit, me dit-on, c'est que le dossier est encore en négociation avec le Conseil du trésor. Il n'a pas dit que le projet ne serait pas accompli; il est encore en réflexion et en conversation avec le Conseil du trésor pour ce projet-là. Donc, attendons. Ce n'est pas à moi aujourd'hui de vous confirmer ou pas que ce projet sera fait. Ce n'est clairement pas dans ma juridiction, de la même façon que le règlement tantôt auquel vous avez fait allusion sur l'accouchement à domicile ne provient pas du ministère de la Santé mais du ministère de la Justice, dans le cadre de l'Ordre des professions.

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

Mme Harel: M. le Président, on m'indique que l'expression, la formule utilisée par le ministre de

l'Éducation a été la suivante: «Tout est sur la glace.» Habituellement, sur la glace, ce n'est pas précisé à quel point ce n'est pas encore... Ça ne semble pas être en négociation, là, comme le signale le ministre de la Santé, c'est sur la glace. Donc, ce n'est pas dans les immobilisations qui seront votées dans le cadre des crédits 2003-2004. Alors, ce serait virtuel, si tant est que cela se négocie encore?

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

M. Couillard: La glace peut toujours fondre avec un peu de chaleur, Mme la députée.

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

Mme Harel: Bon. Alors, j'espère que vous avez le pouvoir de le faire, parce que cela peut avoir des conséquences graves. On peut bien, comme vous l'avez fait à bon droit ce matin, on peut bien s'indigner de ce qui s'est produit dans le passé, mais on doit se responsabiliser en regard de ce qui va se produire maintenant. Et je crois que c'est la responsabilité qui vous incombe.

Alors, nous allons donc, M. le Président, aborder cet après-midi également la question du Commissaire à la santé et de la Charte des droits des patients.

Règles d'attribution de primes aux médecins

Juste avant, puisque l'échange amorcé par le député de Groulx portait notamment sur les plans régionaux d'effectifs en médecine, est-ce qu'on comprend bien que les primes qui étaient associées à la disponibilité, ces primes ne seront plus versées en fonction de l'éloignement mais en fonction de la pénurie?

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

Mme Harel: Alors, j'aimerais bien que vous précisiez cela. Également préciser, comme vous l'avez fait, pour être bien certaine, que, même s'il n'y a plus de pénurie, lorsque 100 % des effectifs seront atteints, que les primes... vous avez bien dit qu'elles seraient là pour rester, mais en fonction de quels indicateurs.

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

M. Couillard: Ce qui a été modifié, c'est la règle d'attribution des nouveaux postes de médecins où on a considéré non seulement la distance géographique par rapport aux grands centres, mais le pourcentage d'atteinte effectif des plans régionaux d'effectifs, de sorte que c'est ça qui a été changé. Mais, pour ce qui est de la philosophie des primes d'installation, il n'y a pas de modification par rapport aux critères anciens, on veut conserver l'incitatif pour les régions très éloignées, c'est certain.

L'autre aspect de votre question, sur les centres universitaires, lorsqu'on dit qu'on veut gérer les PREM de façon serrée, oui, par contre, il faut garder à l'esprit

que, dans un centre universitaire, il est essentiel d'avoir un certain renouvellement du corps professoral. Alors, il faut quand même garder un peu de souplesse à cet effet-là. Mais il y aura certainement une grande, je dirais, prépondérance dans les installations pour les régions intermédiaires, périphériques et éloignées par rapport aux régions universitaires.

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

Signature des plans régionaux d'effectifs médicaux

Mme Harel: M. le Président, on retrouve, dans le livre des crédits, tome I, Réponses aux questions particulières, à la page 486, on retrouve le tableau des besoins estimés en matière d'effectifs médicaux pour 2003, et je voudrais demander au ministre quand il entend signer les plans régionaux d'effectifs médicaux. Il n'a pas encore, je pense, amorcé ces signatures. Est-ce que ça devrait se faire incessamment?

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

● (14 h 30) ●

Mme Harel: Et pourquoi... Peut-être tout de suite, pourquoi est-ce que les ententes qui avaient été convenues avec les deux fédérations, là, pourquoi une des deux ententes se terminait le 30 juin 2003, celle avec les médecins omnipraticiens? Je crois comprendre que le gouvernement précédent avait négocié ces ententes pour qu'elles prennent fin le 31 mars 2004. Et, dans les documents qui nous ont été transmis, on a constaté qu'avec les spécialistes c'est en 2004, mais, avec les omnipraticiens, ça se termine le 30 juin 2003.

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

M. Couillard: Bien, à ma connaissance, puis on me laissera le loisir de le préciser avec mes collaborateurs, là, les ententes avec les omnipraticiens ont été reconduites jusqu'en juin 2004, mais on pourra confirmer ça dans quelques minutes. Pour ce qui est des signatures des plans d'effectifs, celui avec l'omnipraticien a été fait et signé par mon prédécesseur, là, M. Legault, et celui pour les spécialistes, on espère le compléter à l'automne. Là, je viens juste d'avoir l'information que l'entente a effectivement été reconduite jusqu'en juin 2004, l'entente des omnis.

Mme Harel: C'est en juin 2004?

M. Couillard: C'est ce que je pense.

Mme Harel: C'est bien le cas? Bon.

M. Couillard: Juin 2004.

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

Mme Harel: Oui. On va peut-être vous indiquer où il faudra apporter le correctif nécessaire dans les documents qui nous ont été transmis.

M. Couillard: L'entente a été faite postérieurement, je pense, à l'écriture des livres de crédits. J'ai l'impression que c'est ce qui est arrivé.

Mme Harel: Ah! c'est peut-être ce qui a dû se produire. Très bien. Alors donc, cette entente, prend-elle effet le 1er janvier... C'est-à-dire, il avait été également convenu que l'entente particulière avec les médecins omnipraticiens visant le respect des plans régionaux d'effectifs devait prendre effet le 1er janvier 2004. Est-ce que c'est bien le cas?

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

M. Couillard: Oui, bien, c'est effectivement le cas. Ce qu'on est en train de négocier avec la fédération médicale actuellement, c'est la gestion des activités médicales prioritaires, et les discussions se déroulent bien.

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

Mme Harel: Alors, ces activités médicales particulières s'adressent à des clientèles plus vulnérables et offrent également des primes, n'est-ce pas? C'est bien le cas? Prime pour, disons...

M. Couillard: Si je peux intervenir brièvement, ça va aider ma consœur.

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

M. Couillard: C'est pour juste collaborer avec ma consœur puis préciser des choses. La gestion des activités médicales prioritaires ne donne pas droit à des primes, c'est le contraire: c'est le fait de ne pas avoir fait les activités médicales prioritaires qui donne lieu à une pénalité dans la rémunération. Maintenant, les activités médicales prioritaires ne sont pas liées nécessairement aux clientèles vulnérables mais également à des types d'activités, et la première grande priorité, c'est la pratique en salle d'urgence. Il y en a d'autres également, qui ont d'ailleurs été définies par votre gouvernement, là. Mais les clientèles vulnérables ne sont qu'une de ces façons d'accomplir ces activités médicales prioritaires; on parle, par exemple, de la clientèle psychiatriquée ou autres, là, qui donnent lieu au fait d'avoir rempli ces obligations. Mais, encore une fois... l'obstétrique. L'obligation de faire les activités médicales prioritaires ne donne pas lieu à une prime supplémentaire, mais le fait de ne pas les faire entraîne une pénalité de rémunération. Je m'excuse d'être intervenu.

Mme Harel: Donc, la négociation se poursuit, là, à cet égard, avec les médecins spécialistes.

M. Couillard: Avec les médecins omnipraticiens.

Mme Harel: Avec les médecins omnipraticiens, excusez-moi.

M. Couillard: Et ce qu'on négocie actuellement, c'est la façon dont on gère les... qu'on surveille, si vous voulez, l'accomplissement de ces activités

médicales prioritaires. Alors, c'est un aspect technique finalement, là, mais ça ne remet pas en cause du tout... Nous, on était entièrement d'accord avec cette façon de procéder, les activités médicales prioritaires, et on pense que c'est une excellente façon de gérer la pratique médicale, surtout en région dépourvue. C'est M. Iglesias qui l'a inventée, en passant.

Coût de l'entente avec la Fédération des médecins spécialistes

Mme Harel: À l'égard des médecins spécialistes, l'entente qui est intervenue a été chiffrée par les médecins spécialistes comme leur accordant 3 millions de dollars de plus. Est-ce que c'est là l'évaluation que vous faites au ministère?

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

M. Couillard: Là vous parlez, Mme la députée, de... Excusez. Mme la députée parle d'une entente très spécifique, qui a été annoncée récemment, sur les déplaçonnements. Alors, effectivement, le coût que va entraîner cette mesure est de 3 millions de dollars, c'est notre estimation actuellement.

Mais je pense que c'est intéressant de parler plus avant de cette entente-là parce qu'elle témoigne, je dirais, d'une façon renouvelée, disons, d'entrevoir les négociations avec les fédérations médicales pour les tarifs et la rémunération. Je pense que la population du Québec accepte le fait que les médecins, comme d'autres corps professionnels, peuvent voir leur rémunération augmenter, mais, de plus en plus, on demande que cette augmentation de rémunération soit liée à des services qui sont rendus de plus. Je pense qu'on sera tous d'accord autour de la table pour dire — puis je me sers souvent de cet exemple-là — que, si on paie un chirurgien 200 000 \$ par année pour opérer un jour-semaine et que, l'année suivante, on le paie encore 250 000 \$ mais qu'il, encore, opère un jour-semaine, la population là-dedans, elle n'a rien gagné.

Alors, il y avait une demande historique des médecins spécialistes pour les plafonds. Je n'entrerai pas dans les explications techniques de la façon dont on gère les plafonds, on pourra le faire de façon plus précise, si vous le voulez, tantôt. Mais le résultat de l'entente qu'on a faite avec les médecins spécialistes, et je suis très heureux de le dire parce que c'est innovateur comme façon de faire, c'est de s'assurer de les encourager à travailler plus en établissement. En bref, et si je devais résumer, plus ils pratiquent en établissement, plus ils pourront dépasser leur plafond en bureau privé, de sorte qu'on les encourage de cette façon à basculer plus leur pratique vers l'établissement. Parce que le problème qu'on avait dans beaucoup de régions, puis vous êtes certainement sensibilisée à ça, c'est que des médecins spécialistes se retiraient de l'hôpital, trouvant la pratique là lourde ou difficile, et se concentraient uniquement en bureau privé. Alors là ça va devenir très rentable d'augmenter ces activités en établissement. Et on espère augmenter l'accessibilité aux soins de cette façon.

Ce qu'on a fait cependant, c'est qu'on a exigé, et ça a été effectivement obtenu lors des discussions, que

l'entente fasse l'objet d'un réexamen dans deux ans. Parce que, nous, on dit: Logiquement, cette entente-là devrait nous permettre d'assister à une augmentation des activités spécialisées en établissement et même à un impact sur les listes d'attente, théoriquement en tout cas. Ça paraît automatique, mais on est un peu comme Saint-Thomas: on aime bien toucher la réalité. On va vérifier dans deux ans qu'effectivement cette entente-là a amené une augmentation des services.

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

Rémunération maximale des médecins spécialistes

Mme Harel: Oui, merci, M. le Président. Il s'agit bien d'ententes dans le cadre d'une pratique en cabinet affilié à un établissement. Ou si c'est une entente qui déplaçonne pour la pratique quelle qu'elle soit. D'abord, il n'y avait pas de plafond pour un certain nombre de spécialités.

M. Couillard: Alors, je vais reprendre. Il n'y a pas de plafond actuellement pour la pratique en établissement.

Mme Harel: Non, il n'y en avait pas en établissement.

M. Couillard: Bon. Par contre, le plafond s'appliquait en bureau privé, et calculé sur une base semestrielle.

Mme Harel: Mais est-ce que vous déplaçonnez pour toutes les pratiques en bureau privé, y compris pour les bureaux privés qui ne sont pas affiliés avec l'hôpital?

M. Couillard: Oui, on déplaçonne en autant qu'il y a eu une augmentation similaire ou correspondante d'activités en établissement. Pour vous donner un chiffre rond qui permet de comprendre un peu la philosophie, si quelqu'un a donné 100 \$ de services dans l'établissement, il est autorisé à dépasser son plafond de 50 \$ en bureau. Alors, c'est ça, la philosophie qui encourage les médecins à travailler plus en établissement. Le coût de ça, on l'estime à 3 millions. On vérifiera. Puis on vérifiera surtout que l'effet attendu a été obtenu, qu'il y a augmentation de services. Parce que, moi, je pense que c'est un débat de société fondamental. On veut bien se payer, tous, des meilleures conditions de travail, des meilleures rémunérations, mais encore faut-il qu'on assiste à une augmentation de la palette de services puis l'accès aux soins. Et, ça, on est très, très attentifs à cet aspect des choses.

Mme Harel: Le plafond est fixé à 152 000 \$ par semestre, hein, c'est bien le cas? Est-ce que je... C'est bien le cas?

M. Couillard: C'est un chiffre virtuel. Pour moi, je ne l'ai jamais atteint. Mais j'envie beaucoup mes collègues qui auparavant l'ont atteint. Mais c'est effectivement...

Mme Harel: En tout cas, vous ne l'atteignez plus comme ministre maintenant, là.

M. Couillard: Non, non, j'en suis très loin.

Mme Harel: Alors donc, un plafond de 152 000 \$ par semestre. Et ce plafond ne s'appliquait pas lorsque la pratique se faisait dans l'établissement. C'était donc un plafond pour la pratique dans les cabinets, c'est bien le cas? Et on pouvait jusqu'à maintenant garder le 0,25 \$, une fois ce plafond atteint, pour chaque dollar, si vous voulez, de versé. Alors, il y en a que ce sera 0,50 \$. Est-ce que c'est ça qu'il faut comprendre?

M. Couillard: Non. Excusez.

Mme Harel: Non, allez-y.

M. Couillard: Ce n'est pas facile, hein?

Mme Harel: Si je finis par comprendre, il y a beaucoup de gens aussi, parce que je suis dans la moyenne.

M. Couillard: Je dois dire qu'effectivement c'est très technique puis c'est difficile. Alors, ce qui arrive actuellement, c'est que les plafonds semestriels sont calculés sur la rémunération globale du médecin. Mais, lorsqu'on pratique en établissement, ça a moins d'impact que lorsqu'on pratique en bureau. Lorsqu'on pratique en bureau, le résultat, c'est qu'on atteignait très rapidement ce plafond-là, avec la conséquence que d'abord les médecins quittaient les établissements, comme je disais tantôt, allaient s'établir en bureau puis, au bout de quelques mois, travaillant énormément en bureau, s'ils constataient qu'ils atteignaient le plafond, met la clé dans la porte puis on attend le prochain semestre pour recommencer. On a eu des exemples de ça en ophtalmologie, par exemple, dans la région du Saguenay, récemment.

Alors, ce qu'on fait, c'est qu'on donne la possibilité à un médecin spécialiste de dépasser son plafond en bureau, donc, on l'espère, de garder son bureau ouvert plus longtemps ou continuellement, au prix cependant d'avoir accordé plus de services en établissement. Parce que la pratique en établissement ne va compter que pour 50 % du calcul servant à établir le plafond. Mais je pense que la façon de retenir ça, puis ce n'est pas facile, c'est de la façon que je l'ai expliqué tantôt. Si on a donné 100 \$ de services en établissement, on peut dépasser son plafond en bureau de 50 \$. En gros, là, je pense que c'est la façon de comprendre ça.

Mme Harel: Ou, à l'inverse, 50 % des activités hospitalières vont servir à atteindre le plafond.

M. Couillard: À calculer le montant... c'est ça. Et ça ne touche pas toutes les spécialités en passant, je pense qu'on pourra me préciser tantôt, là, surtout l'orthopédie, la radiologie puis l'ophtalmologie qui étaient les spécialités les plus affectées. Mme la députée, l'orthopédie, la radiologie, la psychiatrie...

Une voix: ...

M. Couillard: ...l'ophtalmologie, excusez-moi, qui était la spécialité des plus, je dirais, actives pour la question des plafonds, là.

● (14 h 40) ●

Mme Harel: On le voit bien d'ailleurs, hein, avec les listes d'attente que l'on retrouve dans les tableaux de ce tome I, dans Réponses aux Réponses aux questions, essentiellement, c'est les genoux, c'est les cataractes. Et on voit bien que c'est l'essentiel, là, des attentes des patients.

Alors, revenons donc...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, à moins que c'est sur le même sujet, on a terminé ce bloc-là. Si c'est sur le même sujet, pour le bénéfice de tout le monde, vous pouvez continuer. Si c'est sur un autre sujet, je dois aller à l'autre côté, puis on revient à vous. Ça va? Donc, merci. M. le député de Vimont.

Utilisation de sondages auprès de la clientèle des soins de santé

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, ma question est un petit peu dans une ligne d'idées que vous avez soulevées un petit peu ce matin. Vous avez abordé rapidement ce matin le sondage, les coûts de sondage, entre autres le sondage satisfaction de la clientèle des hôpitaux, à environ 380 000 \$. Moi, je voudrais revenir un petit peu avec vous sur, justement, ces types de sondages là. Parce que nous avons, nous retrouvons dans l'étude des crédits 2003-2004, aux réponses aux questions générales, à la page 51, une liste, qui est la réponse n° 6, une liste des différents sondages, groupes de discussion qui ont été faits, et donc des montants ont été accordés. Entre autres, bon, on a le fameux sondage sur la satisfaction de la clientèle des hôpitaux, de 380 000 \$. On a également le même type de sondage qui a été fait, sondage sur la satisfaction de la clientèle dans les CLSC du Québec, en juillet 2002, un autre 405 000 \$.

Et de là, je sais très bien, M. le ministre, que vous n'étiez pas présent à cette époque-là, lorsque ces sondages-là ont été commandés, ou furent commandés, mais j'aimerais juste voir avec vous... Parce qu'il y en a, une liste, je ne veux pas tout de suite les couvrir, on va en discuter un petit peu. Parce que, moi, je regarde un type de sondage comme ça, et, si je prends, dans mon comté, à Laval, l'hôpital Cité de la santé — que vous connaissez bien parce que d'ailleurs vous avez demeuré pas trop loin, si je me souviens — à 380 000 \$, on aurait pu se payer une nouvelle machine en radiographie, et ce qui aurait pu justement servir, parce qu'on sait qu'on a une certaine désuétude de notre côté, dans certaines de nos salles. Ma question est au niveau... Est-ce que vous avez l'intention de continuer à gérer, comme c'était dans le passé, par le processus de sondage, comme c'était le cas un petit peu dans le passé?

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

Une voix: ...

M. Couillard: Je n'ai pas compris.

Le Président (M. Copeman): Il y avait une suggestion de réponse, M. le ministre, mais on va vous laisser répondre vous-même.

Mme Harel: En termes parlementaires, ça s'appelle une question plantée.

M. Couillard: Ah! mais vous allez voir que la réponse repousse. Non, la réponse ce n'est pas non. Il est judicieux de faire des sondages, puis on va... Même les partis politiques utilisent des sondages, c'est donc dire à quel point il s'agit d'une méthode valide de tester notre public. Et c'est certain qu'on va en faire, nous également, des sondages sur la satisfaction de la clientèle puis d'autres sujets.

Le seul reproche que je faisais ce matin, ce n'était pas le fait d'avoir fait le sondage ou la dépense, parce qu'on en fera, nous également, des sondages, c'est de ne pas avoir utilisé les bons indicateurs nécessairement pour tirer les conclusions valides de ces sondages-là. Et je pense que c'est comme ça qu'il faut reconsidérer la question. Mais, si on va demander leur appui ou leur avis à la population sur les services qu'ils reçoivent, oui, on va le faire, puis il n'y a pas beaucoup d'autres façons que de faire des sondages. Et toutes les grandes organisations ont tendance à faire ça, également. Il s'agit juste de maintenir la dépense à un niveau raisonnable puis, encore une fois, s'assurer que le résultat du sondage sera valide puis pourra être utilisé dans un but, là, précis.

Le Président (M. Copeman): Question inattendue, réponse inattendue. Alors, M. le député, allez-y.

M. Auclair: Moi, j'aimerais aussi revenir sur... Parce que je comprends bien... Bon. J'accepte votre réponse au niveau des raisons des sondages, je trouve que c'est très pertinent. Cependant, est-ce que vous allez suivre... Et, peut-être, c'est très hypothétique, là, comme... mais il y a eu ensuite... Suite aux sondages, il y a eu des groupes de discussion et, par la suite, il y a eu même des sondages téléphoniques sur le résultat ou sur les conclusions des sondages. C'est juste que je considère, moi, que, dans une situation dans laquelle on est en coupures budgétaires, on a des déficits à régler... Pour moi, en tout cas, et pour la population en général, c'est important de toujours relier aux services que la population va en retirer. Si vous me dites que vous allez retirer... que la population et tout le système va pouvoir retirer, je vis très bien avec ça. Mais, là-dessus, j'aimerais juste, pour satisfaire surtout des gens de mon comté et moi-même... pour savoir qu'on voit de l'argent dépensé à gauche et à droite... puis quand on a des besoins, comme je vous ai mentionné.

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

M. Couillard: Vous avez raison, M. le député, il faut dépenser l'argent de façon judicieuse, là, mais, pour ça, il s'agit de bien cibler ce qu'on veut aller chercher. Et on va s'assurer de le faire, on va s'assurer que les indicateurs et les choses qu'on mesure correspondent à un but précis et soient valides, également, scientifiquement.

Quand j'étudiais la médecine puis ce que j'ai enseigné moi-même à mes étudiants, c'est: Quand tu vois un patient, écoute le patient, c'est lui qui a le diagnostic. Alors, la même chose s'applique à notre population. La population est très consciente des problèmes du système parce qu'ils ou elles le vivent de façon quotidienne. Mais, quand on leur pose des questions, il faut s'assurer que les questions s'appuient sur des choses à mesurer, qui vont nous servir ultérieurement à mesurer de façon correcte et valide la performance des institutions. Et, pour répondre à votre question, on va certainement faire une grande attention à la gestion judicieuse de ces fonds-là, qui ne sont pas des fonds énormes, quand même, dans le ministère, puis on va s'assurer également que ce soit fait de façon la plus valide possible.

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

M. Auclair: Juste une dernière... Est-ce que ce serait possible pour... là, on est à l'année... aux crédits de 2002-2003. Donc, est-ce qu'il va être possible d'obtenir, pour dépôt à la commission, au moment opportun, la liste des sondages potentiels ou des travaux que vous allez... s'il vous plaît.

M. Couillard: Ce sera certainement inscrit aux livres des crédits l'an prochain, lorsqu'on fera le rapport de nos dépenses 2003-2004. Je ne suis pas en mesure aujourd'hui de vous prédire le montant d'argent qu'on va engager dans cette opération-là. Je serais extrêmement surpris cependant que ce montant soit supérieur à ce qui a été dépensé l'an dernier. Ça, je peux prendre cet engagement-là.

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

M. Paquet: Merci. Alors, seulement sur la question de gestion judicieuse, justement, des sommes, juste un élément sur la question des sondages. Je crois que la question n'est pas... Exemple, le sondage peut être un outil statistique valable pour mesurer des choses, là, où on pose des questions fort pertinentes, où les réponses... on veut avoir les réponses, on veut voir qu'est-ce qui en est de la réalité. Le problème qu'il y a parfois, c'est lorsque les... Si on demandait aux gens, comme on a fait dans le passé, sous l'administration précédente: Êtes-vous satisfaits des soins que vous avez reçus? évidemment, j'ai envie de dire, quasiment 99,99 % vont dire, oui, ils sont satisfaits, parce qu'ils ont attendu longtemps, ils ont eu un problème de santé, ils ont été soignés par des gens très compétents et très dévoués dans des conditions pas faciles, dans lesquelles ils étaient placés dû à la gestion précédente. Mais, si on demandait: Êtes-vous satisfaits? évidemment, les gens vont répondre: On est satisfaits. Et le point est plutôt le problème... Comme on sait, dans le système de santé, le problème, c'est l'accessibilité aux soins. C'est là qu'il y avait un manque grave et sur lequel... Je comprends bien, puis la population est contente de voir que c'est quelque chose auquel nous allons répondre comme gouvernement.

Mais, en termes de gestion judicieuse, aussi, il y a des fonds discrétionnaires dont dispose le ministre. Et je remarque, entre autres, dans le tome et suite à des questions générales... Réponses aux questions générales posées par l'opposition officielle, d'ailleurs, dans l'étude des crédits 2003-2004, il y a un certain nombre d'organismes qui sont là, plusieurs que je retrouve qui touchent évidemment des domaines de la santé et il y a quelques-uns que j'aimerais vous questionner.

Budget discrétionnaire du ministre

Le premier, d'abord — il y en a peut-être deux, en fait, là, particulièrement — il y a un institut de la recherche sur le Québec. Alors, je voudrais savoir si... Quel était le mandat de cet Institut-là? Je pense qu'on a une somme de 5 000 \$ qui a été dévolue à cet organisme, l'Institut sur la recherche... de la recherche... de recherche sur le Québec. Alors, j'aimerais savoir quel est le mandat santé de cet organisme-là, dans quelle mesure ça correspond au... j'allais dire «du ministère», enfin de ce qui était évidemment l'administration précédente.

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

M. Couillard: Mais, effectivement, on pourra me donner, là, des informations plus précises sur ce qui a été fait avec le montant de 5 000 \$. Apparemment, c'était pour un vidéo sur les femmes et l'avenir du Québec, là. À première vue, je dis bien «à première vue», je ne vois pas de lien direct avec le mandat santé et services sociaux. Mais, évidemment, ça pourra être précisé. Mais il pourrait y avoir des liens, par exemple, avec santé et bien-être. Je ne sais pas, là, dans quelle optique ce vidéo-là a été réalisé, mais, à première vue, disons que c'est quelque chose qu'il faut éclaircir.

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

M. Paquet: Et une autre question dans le même genre. Je remarque aussi que *L'Action nationale*, qui semble un organisme... peut-être un organisme de santé que je ne connaissais pas, là... *L'Action nationale*, disons, je crois qu'ils ont un site web, entre autres, où ils parlent de toutes sortes de choses, mais je n'ai pas vu grand-chose sur la santé. On parle d'indépendance, on dit que l'indépendance, ça ne fait pas mourir, c'est peut-être ça, le lien avec la santé. Mais: «L'indépendance ne nous tuera pas», c'est sur le site web, je ne sais pas trop.

Puis j'essaie de comprendre comment aussi... est-ce que c'est le genre d'initiative, là, que le ministre de la Santé, avec son budget discrétionnaire, entend subventionner? Qu'est-ce que vous pensez de ce genre d'utilisation des fonds publics?

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

M. Couillard: Effectivement, mais c'est un plus petit montant. Cette fois, on parle d'un montant total de 600 \$. On parle de *L'Action nationale*, citation dudit organisme: «Sortir le Canada du Québec, c'est mettre fin à l'Indirect Rule, système politique qui utilise les élites locales pour assurer la main-mise sur les populations conquises.» À première vue, là, j'ai de la difficulté à voir

la pertinence, là, en santé et services sociaux, et tout ça. Ce n'est pas un gros montant, mais, quand même, je trouve que c'est quand même intéressant.

Nous, on a effectivement, nous aussi, à gérer une enveloppe discrétionnaire et on s'assure que ces enveloppes-là soient gérées ou attribuées dans les mandats spécifiques de Santé et Services sociaux ou le plus connexes possible pour le bien-être de la population. Quoique, encore, je suppose que nos adversaires diraient que la souveraineté va assurer le bien-être de la population, mais c'est un sujet de discussion qui est vaste et qu'il serait intéressant d'ailleurs d'aborder, mais, je suppose, ailleurs que dans cette commission.

● (14 h 50) ●

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

M. Paquet: Juste un commentaire rapide. M. le Président, merci. Non, je pense que la question effectivement, ce n'est pas nécessairement toujours le montant des sommes, malgré que, si on faisait la somme de l'ensemble des ministères, combien on a pu donner, ça devient plus gros à la longue, mais je pense que c'est beaucoup plus la question de principe. Je pense que la population québécoise, les citoyens de Laval-des-Rapides en particulier veulent de la transparence dans la gestion, et je pense que quelque chose de fondamental qui... Il y a suffisamment de besoins dans les groupes de santé — j'en ai rencontré beaucoup de ces organismes-là au cours des derniers mois et des dernières semaines — je pense qu'ils s'attendent justement de leur gouvernement, hein, qu'il gère les argents correctement. Peu importe, ce n'est pas toujours une question de montant, c'est une question de principe et une question de valeur aussi, et je remercie le ministre pour la réponse qu'il a donnée.

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

M. Couillard: Très brièvement, ça témoigne de la validité de l'exercice démocratique qu'on fait aujourd'hui, qui montre que même les marges discrétionnaires sont sujettes à l'étude des élus. Ce sera la même chose l'an prochain.

Le Président (M. Copeman): Tout à fait. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, je crois bien que la remarque du député de Laval-des-Rapides porte plus sur l'opportunité que sur la transparence, parce que, en matière de transparence, comme vous l'avez indiqué... comme l'a indiqué plutôt M. le ministre de la Santé, tous les montants qui ont fait l'objet d'une dépense sont inscrits. L'opportunité, j'inciterais le député de Laval-des-Rapides, M. le Président, ainsi que tous les membres de la commission et le ministre, à prendre connaissance de l'excellent numéro de *L'Action nationale* sur le déséquilibre fiscal, qui fait suite d'ailleurs au rapport Séguin, du nom de l'actuel ministre des Finances, et qui a publié un excellent numéro sur cette question, notamment sur l'impact que ça peut avoir en matière de santé.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que vous pourriez le déposer, Mme la députée?

Mme Harel: Écoutez, je ne sais pas s'il y a des noms...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Je ne sais pas si ça contient des renseignements nominatifs. Je vais le vérifier.

Le Président (M. Copeman): Très bien.

Mme Harel: Je vais le vérifier, je ne voudrais pas faire un exercice inutilement. Alors... Bon. Alors, revenons... Ah oui! écoutez, sur la question des sondages, là, il faudrait cependant être clair dans le contexte dans lequel cela s'est produit. On m'indique que c'est avec le concours de l'AHQ, puisqu'il avait un comité conjoint entre le ministère... Les gens du ministère qui sont ici le savent bien, entre le ministère et l'Association des hôpitaux du Québec, il y avait ce comité conjoint qui a élaboré ces consultations qui ont été faites.

On m'indique que l'Institut de la statistique du Québec a été également associé à cette première consultation, qui s'est beaucoup inspirée du bulletin ontarien en ces matières. Et donc, pour une première, c'était un début, mais, évidemment, au fur et à mesure que ces consultations vont se poursuivre... parce que, parmi les 35 000 personnes consultées, il y en avait aussi qui avaient connu des délais d'attente, là. On n'a pas choisi de mettre de côté celles qui avaient connu des délais d'attente par rapport à celles qui, tout de suite, avaient été traitées. Donc, les 35 000 personnes consultées, c'est bien évident que, dans la méthodologie, ça prend pour acquis qu'il y en a plusieurs d'entre elles aussi qui n'avaient pas connu le traitement dans les délais qu'elles auraient voulu. Mais, pourtant, elles étaient quand même satisfaites du traitement.

Commissaire à la santé (suite)

Mandat

En fait, quoi qu'il en soit, j'aimerais qu'on aborde... Étant donné que je n'ai que la moitié du temps de cette commission qui m'est impartie, je voudrais qu'on aborde la question du Commissaire à la santé et au bien-être et la question de la Charte des droits... Est-ce qu'on va dire Charte des droits et responsabilités comme c'est le cas au Nouveau-Brunswick? C'est une des questions que je veux poser au ministre.

J'ai ici copie d'une lettre qui a été transmise à différents présidentes et présidents d'organismes-conseils, et on peut y lire ceci: «Le ministère envisage d'articuler le mandat du commissaire autour des grandes fonctions suivantes: un, permettre l'arbitrage des choix par l'Assemblée nationale et jouer un rôle conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux concernant les questions éthiques, l'accessibilité aux services, la composition du panier de services, les médicaments, les technologies; deux, exposer à la population le sens des choix faits ou à faire des

politiques, des orientations ainsi que leur mise en oeuvre, et permettre à la population d'exprimer son point de vue.» À la lecture de cette lettre, on se demande qu'est-ce qui va rester au ministère.

Je continue, là: «Selon les premières hypothèses, le mandat du Commissaire comporterait des rôles et responsabilités par rapport aux éléments suivants:

«a) évaluation du système socio-sanitaire: qualité, accessibilité, assurabilité, éthique, technologie et médicaments;

«b) faire rapport à la population; et

«c) avis sur les politiques gouvernementales (article 54 de la Loi sur la santé publique); et, finalement

«d) suivi de la Politique de santé et bien-être; et

«e) veille sur les droits et les responsabilités des patients.»

Alors, ce n'est pas peu, là. Dans ce contexte où 41 % du budget total de l'État québécois est injecté dans la Santé et les Services sociaux, doit-on comprendre que toutes ces questions extrêmement importantes pour une société seraient dorénavant confiées à quelqu'un, aussi notoirement appréciée que puisse être cette personne, mais à quelqu'un qui ne serait pas élu par la population?

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

M. Couillard: Bien, d'abord, M. le Président, le document auquel on fait allusion, j'ignore si on voudra le déposer ou pas, c'est un document de travail. C'est le premier jet, là, d'un groupe de travail sur la question. C'est très loin d'être quoi que ce soit en rapport avec les orientations finales sur le sujet, qu'on n'est pas en mesure actuellement de définir, là. Ce qui est certain, c'est que cette opération-là comporte des buts cependant qui sont assez précis. Un de ces buts est d'enlever ce que j'appellais ce matin la petite politique ou dépolitiser partiellement le système de santé et de services sociaux, surtout dans l'arbitrage des choix qu'il y a à faire et qu'il y aura à faire au cours des prochaines années pour des questions comme l'accessibilité des soins, les nouvelles technologies particulièrement, et tout l'aspect éthique qui entoure ces choix-là.

Parce qu'on va être soumis de plus en plus à des pressions de l'industrie, des pressions d'origine scientifique, des pressions de la communauté médicale, des patients eux-mêmes pour que chaque nouvelle technologie qui est introduite quelque part dans le monde soit le plus rapidement possible introduite au Québec. Et ça, ça représente, je dirais, certainement des bénéfices possibles pour nos patients mais, d'un autre côté, un certain risque au niveau financier s'il n'y a pas de contrôle puis de critères précis d'attribution.

Alors, le mandat, en fait, tourne autour de cette évaluation, je dirais, apolitique des développements, surtout en matière de technologies et de médicaments. C'est la raison pour laquelle on a pensé regrouper l'Agence d'évaluation de technologies sous l'aile du Commissaire à la santé, de façon à concrétiser cet aspect, disons, apolitique ou moins politique que le nôtre, sans toutefois enlever l'imputabilité finale de l'élu. Je pense que, comme je disais ce matin, ça, c'est la grande politique, avec un grand P. Les orientations et l'imputabilité finale, ça demeure à l'élu, puis il n'est pas question de changer ça.

Il n'en demeure pas moins qu'il est important d'établir une sorte d'organisme que la population sait ne pas être teinté par des considérations politiques, que ce soit pour définir les normes d'accès, par exemple, ou les résultats qu'on obtient sur les listes d'attente. Comme je disais ce matin, puis j'espère qu'on ne sera pas témoins de ces débats-là cette année... Comme, moi, j'aimais beaucoup ça écouter le journal, le soir; la période des questions, là, à la télévision, le soir, ça me détendait beaucoup. Ça me détend encore énormément mais d'une autre façon, comme spectateur direct, je dirais. Alors, il y avait toujours la même conversation: l'opposition se lève, critique le ministre de la Santé pour les listes d'attente; le ministre se lève: Elles ne sont pas si pires, dans le fond, les listes d'attente. Puis le citoyen là-dedans ne sait pas où s'en tenir, ne sait pas c'est quoi, la réalité. Alors, je pense que c'est cet aspect-là qu'on veut toucher.

Mais je vous mettrais en garde sur le fait de citer des documents de travail. Je comprends que certaines personnes bien intentionnées vous les confient, là, mais c'est des documents qui n'ont rien à voir avec, nécessairement, nos orientations finales. Il s'agit d'un premier jet d'un document de travail.

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

Rôle des organismes-conseils existants

Mme Harel: Alors, est-ce qu'il est de l'intention du ministre, en créant ce poste de Commissaire à la santé et en déposant le projet de loi cet automne, de revoir les groupes-conseils déjà existants, là? J'ai la liste ici, par exemple: Comité de la santé mentale du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Conseil du médicament, Conseil de la santé et du bien-être, Conseil médical du Québec, Conseil québécois de lutte contre le cancer, Protecteur des usagers. Quelle est l'intention du ministre en ces matières? Ces organismes-conseils vont-ils demeurer? De quelle manière vont-ils travailler avec le Commissaire à la santé et au bien-être, tel que prévu, là, dans le projet du ministre?

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

● (15 heures) ●

M. Couillard: Alors, l'ensemble des organismes-conseils fera l'objet d'une révision ultérieure, là. Ce n'est pas l'objet actuel de la réflexion. Ce qu'on est en train de déterminer, c'est quels seraient les groupes-conseils qui seraient les plus appropriés pour servir d'appui, seulement d'appui ou d'intégration — la décision finale n'est pas prise là-dessus — au Commissaire à la santé. Et, compte tenu de ce que j'ai indiqué plus tôt, il semble que, logiquement, on envisage de confier cette responsabilité ou ce rôle d'appui à des agences telles que l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ainsi qu'au Conseil du médicament. Logiquement, là, si je veux revenir à cette mission d'arbitrage et, je dirais, d'évaluation éthique des choix technologiques et de médicaments, ça me semblerait correct de le faire. Il n'y a pas actuellement de considération pour d'autres organismes qui font l'objet d'une évaluation ultérieure, là, puis qui ne sont pas du tout actuellement touchés par l'opération en cours. Cependant,

on a demandé des avis aux autres organismes sur ces questions-là, on les recevra en temps et lieu également.

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

Mme Harel: Donc, le Commissaire à la santé prendrait appui sur deux organismes-conseils que vous venez de mentionner. «Prendrait appui», ça signifie quoi, là, dans l'optique que vous en parlez?

M. Couillard: C'est une différence purement structurelle. «Appui», c'est que ces organismes qui demeurent des organismes-conseils au ministre servent également de ressources techniques au Commissaire à la santé ou, l'autre alternative, c'est de les enlever de l'organigramme sous le ministre de la Santé puis de les mettre dans l'organisation du Commissaire à la santé comme tel. Ça, ce n'est pas une décision qui est prise encore, c'est une discussion qui est en cours.

C'est pour ça que je vous dis, Mme la députée: On peut parler longtemps de ce document-là, mais il n'a pas grande valeur actuellement, ce document-là, pour ce qui est de la version finale de nos réflexions. Cependant, échanger sur les buts et les priorités, ça me semble tout à fait correct. Mais je ne voudrais pas qu'on perde du temps inutilement sur cette pièce de papier là.

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

Dépôt du projet de loi créant ce poste

Mme Harel: Quand pensez-vous pouvoir déposer ce que vous considérez être la législation en matière de création du poste de Commissaire à la santé et au bien-être?

M. Couillard: Là, je ne voudrais pas porter atteinte au privilège de l'Assemblée nationale en annonçant d'avance un projet de loi, là. Si les conversations se déroulent...

Mme Harel: ...que vous ne pouvez pas faire... mais vous pouvez en parler.

M. Couillard: Mais je peux en parler avant? Bon. Je ne sais pas, là. Vous allez m'expliquer ça, ça fait plus longtemps que moi que vous êtes ici. On aimerait bien, si les conversations se déroulent, pouvoir, à l'automne, déposer le projet sur la régionalisation et le projet sur le Commissaire et la charte des patients, les deux étant par la suite soumis à des vastes consultations des deux côtés.

Mme Harel: C'est donc dire pas avant le début de la session parlementaire, la deuxième semaine d'octobre?

M. Couillard: Mais bien sûr... Je pense que, logiquement et légitimement, c'est l'Assemblée nationale qui devrait être, en premier, saisie de ces orientations-là, notamment, s'il n'y avait pas de débat public après, je dirais, on pourrait en discuter avant de faire le débat, avant, mais comme, de toute façon, on s'engage à faire un vaste débat public sous forme d'une

commission parlementaire après le dépôt des projets, je pense que là l'effet va être réalisé et les gens qui voudront apporter des correctifs ou des modifications seront bien sûr bienvenus de le faire.

Mme Harel: «Vaste débat public» suppose évidemment un délai de 30 jours avant la convocation de la commission parlementaire, ça signifie donc que ça se termine après, évidemment, la fin de la session d'hiver, du 20 décembre. Pour qu'il y ait un vaste débat public, là, on ne peut pas le commencer à l'automne puis le finir à l'automne.

M. Couillard: On n'a pas l'intention, Mme la députée, de hâter les débats là-dedans. Il s'agit de deux sujets extrêmement importants, je dirais, certainement, la régionalisation qui touche, comme vous l'avez dit ce matin, beaucoup la population puis les soins de la population et les services que le Commissaire à la santé... de sorte que, s'il faut avoir la consultation, on la fera après. Puis on espère voir l'adoption, si l'Assemblée nationale le veut bien, au printemps 2004. C'est à peu près le scénario qu'on a en tête actuellement.

Charte des droits des patients

Modèle du Nouveau-Brunswick

Mme Harel: Et la Charte des droits et responsabilités, avez-vous l'intention de vous inspirer de celle adoptée en cette matière au Nouveau-Brunswick?

M. Couillard: On étudie — puis c'est bien que vous souligniez ce parallèle-là parce qu'il est intéressant; il y a des points de similitude certainement — mais on n'a pas l'intention d'adopter de façon identique tout ce qui se fait dans les autres provinces. Ce qu'on veut, c'est que ce soit un texte qui soit, je dirais, de valeur, d'orientation, on ne veut pas créer une autre charte des droits à l'intérieur de notre charte des droits. Je pense que, là, on rendrait le phénomène complexe, inutilement.

Mais on veut que ce soit un message double pour la population. Puis, d'une part, il y a des droits en termes d'accès puis de qualité de services, de confidentialité, etc.; d'autre part, il y a des responsabilités en termes d'utilisation judicieuse de services, etc. Je pense que l'approche doit être équilibrée, là. Mais, là également, les conversations se prolongent, se poursuivent actuellement. On est loin actuellement, je dirais, d'un résultat concret d'ici quelques jours ou quelques semaines.

Mme Harel: J'ai fait procéder à une comparaison qui est encore sommaire entre la Charte des droits et responsabilités en matière de santé au Nouveau-Brunswick et l'actuelle Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux, et je dois vous dire que c'est l'actuelle loi québécoise qui sort gagnante, là, de cette comparaison. Je ne sais pas, M. le ministre: Est-ce que vous avez pris connaissance de la Charte des droits et responsabilités du Nouveau-Brunswick, n'est-ce pas?

Ajouts à la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Alors, on y retrouve notamment diverses dispositions, comme ceci, à l'article 3: «La responsabilité d'apprendre à connaître et de faire des choix de style de vie sain» — n'est-ce pas — et «la responsabilité de traiter les autres avec politesse et considération» ou encore «la responsabilité de participer activement aux décisions en matière de soins de santé» ou «d'informer les fournisseurs de soins de santé sur les besoins, en particulier en matière de communication», enfin, etc.

Et on se demande vraiment, lorsqu'on prend connaissance de tout le dispositif de droit déjà contenu dans la loi québécoise, notamment sur le régime de traitement des plaintes, sur la création du poste de Commissaire régional à la qualité des services, qui est déjà existant, sur le Commissaire local à la qualité des services, déjà existant, sur le comité des usagers d'un établissement, qui est déjà existant dans la loi québécoise, sur le Protecteur des usagers, sur les droits des usagers eux-mêmes: le droit d'être informé sur les services, l'endroit où ils sont donnés, la façon d'y accéder, de les obtenir, le droit d'être informé sur son état de santé — je parle de la loi actuelle, là — sur les risques et les conséquences des différents traitements et options possibles, le droit de recevoir des services adéquats sur les plans humain, scientifique et social, etc., qu'est-ce que vous voulez ajouter à cela?

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

M. Couillard: Effectivement, la démonstration que vient de faire la députée confirme la raison qu'on a d'hésiter grandement avant d'inclure ça au projet de loi, à la loi, compte tenu que la loi québécoise sur la santé est déjà très complète. Mais on pense qu'il est essentiel, en matière de communication puis, je dirais, d'établissement d'un lien de confiance avec la population que ces orientations-là ou ces prérogatives-là soient bien accessibles au public et qu'elles soient disponibles, par exemple, dans les établissements de santé, les mêmes éléments qui sont dans la loi actuellement.

Alors, je ne suis pas en train de dire qu'il y aurait des éléments très différents de ce qui est actuellement dans la Loi sur les services de santé. Il y a des aspects, cependant, il y a des aspects qui manquent, hein, Mme la députée, dans la loi, c'est la question de l'accessibilité, des périodes d'attente. Et, si on veut mettre en place des mécanismes pour gérer l'attente puis gérer les périodes d'attente de façon médicalement acceptable, bien, il va falloir avoir, je dirais, des définitions de ce qu'on fait et ce qu'on s'attend à avoir, comme patient, lorsqu'on est au-delà des périodes d'attente requises.

Mme Harel: À cet égard...

M. Couillard: Excusez-moi. Si je regarde l'article 5 de la loi, là: «Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée». C'est un peu vague en ce qui a trait à l'accès et à l'attente.

Alors, nous, on a l'intention de préciser ça un peu, là, parce que, là, il y a beaucoup de largeur d'interprétation possible.

Si on dit, par exemple, que la période d'attente pour une prothèse de hanche, c'est trois mois, bien, sur quoi base-t-on cette évaluation-là? Quelle solidité a cet engagement? Parce que, dans l'état actuel des choses, l'engagement, par exemple, pour les périodes d'attente pour les diverses chirurgies, je peux vous dire qu'en pratique il ne vaut pas grand-chose parce que les patients, actuellement, qui sont sur une liste d'attente puis qui attendent trois mois pour avoir leur chirurgie, quand ils sont rendus à deux mois et 25 jours, là, qu'est-ce qu'ils font? Ils appellent le docteur qui lui-même n'a aucun contrôle sur quand est-ce qu'il va pouvoir opérer le patient. Alors, il faut rendre ça un peu plus formel puis avoir un lien direct, une imputabilité nominale ou de personnes pour respecter ces listes d'attente là.

Puis il y a des expériences ailleurs dans le monde qui sont faites à ce sujet-là, intéressantes, où on a, par exemple, un gestionnaire qui est spécifiquement chargé du respect des périodes d'attente et qui appelle le patient, qui surveille lui-même les délais d'attente pour les chirurgies, qui appelle le patient pour lui dire où les services sont disponibles, le patient n'étant pas obligé d'avoir accès aux services, parce qu'on ne peut pas obliger un patient d'aller se faire opérer par un autre médecin, la liberté de choix du médecin est absolue. Mais supposons que quelqu'un a absolument besoin d'être opéré en dedans des trois mois, pour des raisons personnelles, professionnelles ou autres, sociales, que quelqu'un de l'organisation du système de santé l'appelle pour lui dire: Écoutez, monsieur ou madame, la chirurgie est disponible, si vous le désirez, dans telle région, ou à tel hôpital, ou avec tel médecin, le choix lui est donné à ce moment-là d'utiliser ou non cette possibilité. Mais là il y a une imputabilité claire puis un mécanisme clair.

Moi, ce que je sais jusqu'à maintenant, dans mon vécu professionnel antérieur, de la liste d'attente, c'est des piles de messages téléphoniques sur mon bureau, alors que je n'ai pas de réponse à donner. C'est ça, actuellement, la situation.

● (15 h 10) ●

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

Délais d'intervention et sanctions prévus

Mme Harel: Dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui a été adoptée en 1990, là, même si elle a connu des modifications au cours des dernières années, il y a un chapitre spécifique sur les droits des usagers, et ce chapitre spécifique pourrait faire l'objet d'une déclaration, pourrait être connu. Là, c'est autre chose. Quand on parle de charte, on parle aussi de tout un dispositif de sanctions, si tant est que ce n'est pas appliqué. Parce que pourquoi, à ce moment-là, adopter une loi si elle n'a de la valeur que sur le papier sur lequel elle est écrite? Il faut que cette loi-là, en cas de défaut d'application, donne lieu à des sanctions.

Est-ce que le ministre envisage des sanctions? Et envisage-t-il d'inclure, comme il vient de le mentionner, des délais, selon les types d'intervention, dans la loi?

M. Couillard: Ça, c'est les guides de gestion, ça va être inclus, ça, dans notre mode de régionalisation, dans notre nouveau... à laquelle vous faisiez allusion ce matin, notre nouvelle façon de gérer les soins de santé. Il va y avoir quelqu'un qui va être imputable, nominale-ment ou par fonction, du respect des délais d'attente. Et, déjà, on a commencé à le faire dans la lettre qu'on a envoyée au présidents-directeurs généraux des régions régionales; on les a nommés personnellement imputables du respect des délais d'attente et des résultats obtenus en termes de chirurgie, avec les sommes qu'on leur a envoyées.

Mais je suis tout à fait ouvert à votre suggestion. Il est possible qu'après l'examen qu'on fait actuellement on considère qu'une simple déclaration ministérielle ou un énoncé de principe qui serait publié dans les établissements soit suffisant. Moi, je n'ai pas l'intention d'alourdir inutilement le processus. Et il faut dissocier les deux: il y a le fait structurel du commissaire à la santé et son rôle, si vous voulez, d'arbitre éthique; puis, d'autre part, la question des droits et responsabilités des patients, et on n'a pas nécessairement à considérer les deux de façon commune et concomitante, là. Mais je suis d'accord avec vous, compte tenu de l'aspect, je dirais, avancé de notre législation en services de santé: il est possible qu'une simple déclaration d'intention, de principe suffise.

Mais, moi, je voudrais qu'elle soit visible pour les gens dans les institutions: voici nos principes, voici notre mission, voici ce à quoi on s'engage envers vous. Et ça, en termes de communication pour nos clients ou nos usagers, ça a, d'après moi, un effet important. Moi, je suis toujours impressionné quand je vais dans les établissements du gouvernement du Québec, dans plusieurs d'entre eux, de voir sur le mur la charte des droits des citoyens que M. Bouchard a signée, qu'on voit sa signature sur le document. C'est un message qui est très, très percutant pour les citoyens. Alors, si on peut faire le même genre de communication ou d'établissement de principe envers les usagers des soins de santé et de services sociaux, ça me paraît utile, mais il n'est pas nécessaire de forcément en faire une loi ou un processus législatif et encore moins nécessaire de l'assortir de sanctions. Je pense que ce n'est pas utile, là, du tout.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, si c'est sur la même question, pour permettre la fluidité de nos conversations, je vais vous permettre une dernière, sinon... parce qu'on a dépassé un peu le 20 minutes. Mais souhaitez-vous continuer pour une autre peut-être?

Mme Harel: Oui, une dernière.

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: Vous venez de mentionner que ce serait dans les protocoles de gestion, donc plus au niveau de la régionalisation...

M. Couillard: L'attente, juste ça, les délais d'attente.

Imputabilité dans le secteur des services sociaux et communautaires

Mme Harel: ..pour les délais d'attente, c'est-à-dire que vous rendez imputables les gestionnaires au niveau, si vous voulez, de la régionalisation ou, j'imagine, au niveau local, là, ou régional, enfin, quoi qu'il en soit, c'est donc en matière d'imputabilité dans le secteur de la santé. Mais qu'en sera-t-il dans le secteur du bien-être, comme on dit?

En d'autres termes, puisque vous voulez intégrer des établissements de première et deuxième ligne, y compris les établissements de CLSC, qui avaient une dimension qui n'était pas que la dimension de santé mais qui avaient la dimension pas simplement de services sociaux, mais aussi de services... pas simplement psychosociaux, mais communautaires, comment envisagez-vous de les rendre imputables à ce moment-là?

M. Couillard: Bien là il faut séparer les deux, là. Moi, j'ai parlé spécifiquement de l'imputabilité sur les délais d'attente pour les soins médicaux. Pour ce qui est de l'imputabilité en termes de services sociaux et communautaires, bien, c'est une gestion par résultats tout simplement, comme on fait ailleurs dans le réseau, et puis pour les groupes communautaires, bien, c'est la reddition de comptes puis l'entente de gré à gré, entre le groupe communautaire et l'État, sur la qualité et la quantité des services à être rendus en échange du financement, de façon très large.

Je pense que c'est là... il faut distinguer les deux. Je pense que ce que les sondages — on parlait des sondages tantôt — bon, encore une fois, les gens sont satisfaits des services qu'ils reçoivent, mais ils ne sont pas satisfaits de l'attente qu'il y a pour obtenir des services, que ce soient des chirurgies ou des examens diagnostiques. Et les expériences internationales ont montré que tant qu'on n'attribue pas une imputabilité définie pour ces mécanismes-là... C'est très bien d'avoir défini des périodes d'attente maximales, il fallait le faire, mais il faut aller plus loin puis passer à l'opérationnalité de ça. Puis, pour l'instant, l'opérationnalité de ça, elle est assez absente, là, du processus.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le ministre. Alors, maintenant, au tour de M. le député de Nelligan et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Malgré les commentaires de la députée de Hochelaga-Maisonneuve ce matin, j'ai toujours pensé que les études de crédits étaient très importantes pour les parlementaires sur les deux côtés. Nous avons eu des discussions assez intéressantes pendant particulièrement les affaires sociales, 20 heures sur la santé, soit dans le dossier, comme on a discuté aujourd'hui, santé ou services sociaux, OPHQ.

Je comprends que, peut-être, la députée a voulu passer certains messages politiques ce matin, mais j'ai utilisé les commissions pour avancer les dossiers. Et, de temps en temps, malgré que j'étais souvent complètement en désaccord avec l'ancien gouvernement, nous avons fait des progrès pendant les débats en public avec

les commissions parlementaires. Avec ça, la députée a voulu faire un certain commentaire sur comment nous avons travaillé pendant les derniers neuf ans, mais franchement, M. le Président — vous étiez là assez souvent aussi — nous avons utilisé les débats en public et aussi le procès-verbal, parce que chaque mot est inscrit, pour avancer les dossiers de certaines clientèles, souvent à cause de pressions politiques mais, de temps en temps, avec la collaboration de l'autre côté. Ce n'est pas toujours négatif, pas toujours.

Délai d'attente pour recevoir un implant cochléaire

Dans le cas que je voudrais discuter maintenant, et nous avons abordé la question un peu hier, mais c'est les implants cochléaires, les implants cochléaires qui touchent une clientèle sourde. Nous avons touché la question un peu hier, mais je voudrais peut-être aller dans un niveau plus général.

Mme la Présidente, je voudrais expliquer un peu qu'est-ce que nous avons fait ensemble. Et chaque année, M. le ministre, vous savez maintenant que j'ai les préoccupations comme vous avec les listes d'attente et la reddition de comptes. Et, moi, je pense que les crédits, c'est un temps très utile pour assurer que nous avons avancé, ou au moins on peut faire l'évaluation: qu'est-ce que nous avons essayé de faire? Et, de temps en temps, nous n'avons pas fait les progrès que nous avons voulu, mais c'est bon d'expliquer ça chaque année.

Dans les cas des implants cochléaires, j'ai questionné chaque année le gouvernement parce qu'à l'époque, pour les enfants et pour les adultes, la liste d'attente pour avoir l'accès pour un implant cochléaire, c'était deux ans, deux ans et demi, trois ans. Particulièrement... je ne veux pas privilégier un âge plus que l'autre, mais vous savez que chaque jour perdu pour un enfant, il peut perdre des compétences linguistiques. C'est pourquoi, chaque année, j'ai poussé le gouvernement à faire mieux. Ça a pris du temps mais — il faut que je dise ça publiquement — le député de Portneuf, le ministre délégué à l'époque, a finalement trouvé un peu d'argent. Il a trouvé 4 millions. Je m'excuse, c'est un geste important et, selon mon information... et je voudrais juste vous relater un peu la situation, M. le ministre, sur les implants cochléaires. Mais, selon mon information...

Et peut-être, avant de demander une question — et, après ça, je vais vous donner une chance de répondre, M. le ministre — je voudrais souligner l'excellent travail du Dr Ferron, qui est notre expert québécois, qui est situé ici, c'est lui, notre expert québécois, qui a fait tout le possible pour avancer la cause des sourds. Selon mon information, après les interventions de l'opposition officielle mais aussi les gestes que j'ai mentionnés que le gouvernement précédent a posés, on peut dire — et je voudrais que vous puissiez confirmer ça — que les listes d'attente pour les jeunes sont de zéro maintenant. Et c'est à cause de l'argent que le député de Portneuf a introduit dans le système.

Zéro, qu'est-ce que ça veut dire? Selon le consensus canadien, M. le ministre, c'est une liste

d'attente de moins de six mois. Ce n'est pas zéro, qu'on appelle et on peut avoir un implant cochléaire tout de suite, ça prend... Pour les adultes, nous avons fait le progrès. Voilà un exemple que, avec une bonne utilisation d'une commission parlementaire et, de temps en temps, une collaboration avec les deux partis, on peut avancer les causes.

● (15 h 20) ●

J'étais tellement fier de voir et heureux de voir souvent, M. le ministre, les enfants qui ont eu leurs implants cochléaires, et, je sais, ce n'est pas pour tout le monde. Je sais que ce n'est pas pour tout le monde. Mais, pour ceux et celles qui sont prêts à avoir ça, qui sont admissibles, je pense c'est un geste extraordinaire.

Dernier point: j'ai entendu que, même, avant, nous étions en arrière de l'Ontario. Souvent, on essaie de faire des comparaisons avec l'Ontario. J'ai entendu que, maintenant, nous sommes plus vite qu'en Ontario.

Je voulais juste vous entendre: Où nous en sommes rendus avec cet important dossier des implants cochléaires? Et est-ce que vous avez d'autres plans pour le futur ou est-ce que... Et, si vous pouvez, pas nécessairement aujourd'hui, je ne cherche pas les listes d'attente exactes, mais vous pouvez expliquer un peu où nous sommes rendus avec les listes d'attente.

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

M. Couillard: Oui, M. le Président, c'est effectivement très important de donner aux enfants, surtout précocement, la possibilité de combattre leur déficience auditive pour éviter les problèmes de retard de langage à long terme.

Dans le cadre de l'organisation des services, le mandat, je dirais, national pour les prothèses cochléaires a été accordé au CHUQ, au pavillon de L'Hôtel-Dieu, dans une équipe qui est dirigée par le Dr Pierre Ferron, auquel mon collègue faisait allusion tantôt. Il est sûr qu'actuellement c'est une équipe qui est, par définition, instable, puisqu'elle est constituée d'un seul chirurgien. Alors, on apprend qu'il y a un autre résident actuellement en formation pour venir seconder le Dr Ferron, là. C'est important de n'avoir pas une équipe qui se limite à une seule personne.

Avec les crédits pour la liste d'attente, la Régie régionale de Québec a donné 737 000 \$ pour 20 interventions additionnelles. Ça inclut la chirurgie et la réadaptation. Ce qui va nous ramener, en fin d'intervention, au point qu'on discutait hier.

Alors, ce budget, d'après notre évaluation, va permettre de respecter le délai qui a été fixé par le consensus canadien, qui est différent pour les enfants que pour les adultes. Pour les enfants, c'est trois mois; pour les adultes, c'est autour de six mois, moins de 12 mois en tout cas. On est près de ce but-là pour les adultes, on s'en approche. Mais, pour les enfants, le délai de trois mois devrait pouvoir être respecté. Et je pense qu'il est opportun, à ce moment-là, de souligner la contribution du Dr Ferron qui est un pionnier canadien dans cette technologie-là, qui fait bénéficier beaucoup d'enfants québécois et québécoises de son expertise.

Par ailleurs, la question de la réadaptation nous ramène à ce qu'on discutait hier sur la question de l'École des sourds de Montréal. Vous souvenez que ce

qui m'a fait tiquer dans, je dirais, la discussion, c'était le fait qu'on disait qu'un hôpital public, nommément l'Hôpital de Montréal pour enfants, référerait des enfants pour la réadaptation à une institution privée qui ne recevait pas de fonds publics pour rendre ce service-là à des enfants, donc référés par un hôpital public. Alors, il y avait pour moi une contradiction, là, philosophique majeure. Alors, vérification faite, c'est le cas: effectivement, l'Hôpital de Montréal pour enfants réfère des enfants pour réadaptation post-implant cochléaire à l'École des sourds de Montréal.

Alors, je suis heureux de dire qu'il y a une communication qui a été faite dans les heures qui ont suivi nos échanges hier, avec la Régie régionale de Montréal, et il y a un plan d'organisation des services pour la clientèle anglophone malentendante, pour Montréal, qui va être déposé à l'automne et qui va spécifiquement s'adresser à ce problème de la réadaptation suivant l'implantation d'un appareil cochléaire.

Le Président (M. Copeman): Ce sont d'excellentes nouvelles, M. le ministre. M. le député de Nelligan, à vous.

M. Williams: Oui. Et je suis d'accord avec la réaction du député de Notre-Dame-de-Grâce: c'est d'excellentes nouvelles. Est-ce que — je voudrais juste clarifier — est-ce que vous avez dit qu'il y a un ajout du nombre des implants cochléaires que nous allons faire, et c'était combien? Je n'ai pas entendu les chiffres exacts, M. le ministre.

M. Couillard: Ça permet, d'après les évaluations, de faire 20 interventions de plus.

M. Williams: De plus que l'année passée.

M. Couillard: De plus que le nombre de l'année dernière. Ce n'est quand même pas fréquent comme indication, comme vous dites, là, c'est... Il n'y a pas un grand nombre de cas.

M. Williams: Et, selon vous, est-ce que, là, ça peut vraiment presque éliminer ou au moins réduire substantiellement la liste d'attente?

M. Couillard: Bien, on pense que, pour le délai d'attente pour enfant, on va être capables de le corriger puis de le maintenir en deçà ou au niveau des normes nationales canadiennes. Pour ce qui est des délais d'attente pour les adultes, on pense s'en rapprocher. Je ne suis pas en mesure aujourd'hui de confirmer qu'on va vraiment être à six mois pour les adultes, mais certainement beaucoup moins que 12 mois. L'expérience de la prochaine année nous permettra de dégager effectivement les résultats obtenus.

M. Williams: C'est d'excellentes nouvelles, et, encore une fois, je répète, c'est un dossier important et c'est un exemple que, avec une bonne discussion, ici, à l'Assemblée nationale, on peut avancer les dossiers. Et merci beaucoup pour cette réponse mais aussi merci beaucoup pour la vérification de la réponse d'hier. On peut... Parce que les questions comme ça, dans le passé,

ont entraîné longtemps. Maintenant, nous avons une réponse. Merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Beauce-Sud.

**Mesures visant à contrer
la pénurie d'orthophonistes et d'audiologistes**

Mme Leblanc: Une petite question, M. le ministre. Bonjour! C'est le même ordre d'idées: on va vous parler de la pénurie d'orthophonistes et d'audiologistes au Québec, là. Ce n'est pas juste dans la région chez nous. Mais je voulais quand même vous sensibiliser à une dynamique particulière, c'est qu'on a créé... on a rapatrié de Québec les fonds destinés au... en tout cas, supposément, les fonds destinés pour avoir un centre de réadaptation physique en Chaudière-Appalaches, qui est un centre éclaté, alors, c'est un centre qui a un point de services à Beauceville, un autre à Saint-Romuald, Charny, au Centre Paul-Gilbert, et il y a un manque d'orthophonistes, et dans votre programme disant que, pour les enfants qui étaient en trouble de comportement ou en trouble de développement plutôt, on n'a pas tenu compte des enfants avec un problème de surdité pour faire en sorte qu'ils aient plus de services.

Le problème est: Compte tenu de ce manque d'orthophonistes là et de la création en Chaudière-Appalaches de notre propre CRDP, les gens de Chaudière-Appalaches, et particulièrement de Beauceville, qui n'ont pas leur orthophoniste encore doivent se déplacer pour obtenir des services. Et la porte est actuellement fermée à Québec, compte tenu qu'on a créé notre propre division.

Alors, je me demandais si vous avez une solution à court terme pour les parents qui sont aux prises avec des enfants, parce qu'on sait que c'est tout l'apprentissage scolaire qui est mis en cause là-dedans et ça provoque un retard assez important d'apprentissage chez ces enfants-là. Alors, je voulais vous entendre là-dessus.

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

M. Couillard: Alors, je vous remercie de m'avoir sensibilisé à ce problème-là. L'aspect général du problème, on le connaît bien. La pénurie d'orthophonistes, elle est bien, bien connue, puis c'est préoccupant. Ça fait partie des catégories professionnelles qui sont en pénurie. Il y a également les pharmaciens d'établissements qui sont une catégorie vraiment inquiétante actuellement, les orthophonistes aussi. D'autant plus que ça peut gêner l'attribution ou l'exécution des services pour lesquels des sommes ont été engagées. Par exemple, dans le cas des enfants dysphasiques, on a annoncé des crédits supplémentaires, mais encore faut-il qu'il y ait le personnel pour donner les services. Alors, dans une situation de pénurie de personnel, pour les orthophonistes comme pour les médecins, il est essentiel de briser un peu ces barrières dont vous parlez, d'établir des corridors de services.

Alors, ce que je vais faire, je vais m'enquérir auprès des autorités du ministère et de la régie régionale... des régies régionales concernées pour s'assurer qu'il n'y ait pas lieu de freiner, là, la

réadaptation ou le soin des enfants qui n'ont pas accès sur place au traitement et qu'il y ait un corridor de services, comme on veut le faire établir également en psychiatrie, par exemple, ou dans d'autres domaines qui sont en pénurie de services. Alors, je vous remercie de m'avoir souligné le problème, et on va y porter l'attention qu'il mérite.

Mme Leblanc: C'est une excellente nouvelle pour les parents. Alors, je suis sûre que ça va leur redonner de l'espoir.

**Financement du centre de réadaptation
physique en Chaudière-Appalaches**

Dans un autre ordre d'idées et toujours pour le centre de réadaptation physique, alors comme... compte tenu que ça fait seulement deux... on est à notre troisième année d'opération seulement en Chaudière-Appalaches, alors on a du retard accumulé sur plusieurs années, on a à peu près la moitié des budgets qu'on devrait avoir pour opérer. Est-ce que c'est dans votre intention de corriger cette situation-là à court ou moyen terme?

M. Couillard: Alors, on a effectivement un gros retard dans le financement des centres de réadaptation. On en a discuté hier, mais je pourrais rappeler certains faits.

J'ai rencontré au cours des dernières semaines les dirigeants des établissements de réadaptation du Québec, qui avaient fait des représentations depuis longtemps, puis ces représentations-là sont bien connues. On estime à 9 000 environ le nombre de personnes sur les listes d'attente pour la réadaptation physique au Québec. On estime que, pour traiter toutes ces personnes-là rapidement et donc amenuiser l'écart qui existe entre l'accès aux services pour la population générale, par exemple, et ceux qui sont prestataires de la CSST ou de la SAAQ, ça prendrait des investissements récurrents de plus de 90 millions de dollars de plus par année.

Maintenant, ça ne veut pas dire qu'on va les faire d'un seul coup. Je pense qu'on doit viser cet objectif et je pense qu'on doit corriger ce retard en réadaptation parce que, si on ne fait pas la réadaptation précoce, on sait qu'on va payer plus cher en bout de ligne pour les soins et les autres services pour ces personnes-là. Alors, on va y aller de façon séquentielle, par tranches, à partir de l'année prochaine. Cette année, bien sûr, les crédits étant ce qu'ils sont, on peut constater qu'il n'y a pas de crédits supplémentaires dévolus à la réadaptation, mais on va se fixer un plan d'action pour augmenter les crédits récurrents en réadaptation avec, comme logique, ce qui a été donné par les gens des institutions, que je trouve très intéressant: eux, ils estiment, ou elles estiment également, que, pour chaque 10 millions d'argent récurrents de plus qu'on injecte en réadaptation, on baisse la liste d'attente de 1 000 personnes. Ce qui explique la relation entre 90 millions puis 9 000 personnes sur la liste, là. Alors, c'est dans cette optique-là qu'on va se tenir.

La situation de votre centre de réadaptation n'est pas unique. Tous les centres de réadaptation au Québec

sont sous-financés. Je pense qu'on peut le reconnaître, compte tenu de la difficulté d'accessibilité aux services, et ce sera corrigé mais de façon, je dirais, financièrement responsable, compte tenu de l'importance des sommes à ajouter.

Mme Leblanc: Merci, M. le ministre.

M. Copeman: M. le député de Bertrand.

M. Cousineau: Merci, M. le Président. Bonjour, M. le ministre. Ma question, c'est concernant les immobilisations. Dans la circonscription de Bertrand... Vous savez que la région des Laurentides est en pleine croissance démographique depuis quelques années. On pense même doubler la population de la MRC des Laurentides... la MRC des Pays-d'en-Haut d'ici 15 ans.

● (15 h 30) ●

Le transfert du Manoir de la Pointe bleue vers Sainte-Adèle...

M. Couillard: Manoir... Excusez.

Projet de construction d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée à Sainte-Adèle

M. Cousineau: Le transfert du Manoir de la Pointe bleue de Sainte-Marguerite vers Sainte-Adèle, vous avez reçu une lettre dernièrement de Me Clément Fortin...

Une voix: ...

M. Cousineau: Ça va? Vous avez reçu une lettre dernièrement de Me Clément Fortin, président du conseil d'administration, qui se fait du souci concernant cette construction qui doit être effectuée dans les prochaines années. La phase concept est terminée, c'est un 114 lits, et puis il y a une option d'achat sur un terrain à Sainte-Adèle. Nous sommes présentement sur les plans préliminaires... Nous sommes présentement sur les plans préliminaires. Les plans définitifs doivent suivre immédiatement après la fin des plans préliminaires, pour une construction qui devrait se terminer en 2005.

Alors, ma question, M. le ministre, c'est de savoir est-ce que vous avez pris connaissance de la lettre de M. Clément Fortin concernant cette construction? Et puis est-ce que le dossier suit son cours présentement?

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

M. Couillard: O.K. L'analyse du ministère est favorable pour le projet. Ce que j'observe à la lecture des documents, c'est qu'on demande qu'il y ait un certain réexamen du projet parce que le concept a été déposé en février 2003, le concept du projet, mais le coût passait à plus de 15 millions de dollars. On a demandé que les gens se concertent avec les professionnels du ministère, là, pour établir une, je dirais, une fourchette de coûts plus réaliste. Mais, d'après ce que je lis et ce qu'on me dit, le projet a reçu l'assentiment de principe du

ministère. Il n'est pas dans la liste d'immobilisations qu'on a reconduite pour 2003-2004 cependant, là. Jusqu'en 2003-2004, la liste d'immobilisations est celle que le gouvernement précédent a priorisée. Je n'ai pas... j'ai décidé de ne pas la modifier pour ne pas créer de perturbations puis de déceptions dans les endroits où on leur avait dit qu'il y avait des projets qui se réaliseraient. Mais on va certainement la prioriser, dès que le processus sera complété, pour l'année subséquente.

M. Cousineau: Parce que, au départ, c'était un 96 lits. Le concept a été modifié pour en faire un 114 lits, évidemment à cause de la croissance démographique de la région. Et puis il a été dit, durant la campagne électorale, qu'il y aurait peut-être un moratoire sur ce dossier-là, alors ce qui a choqué un peu les intervenants du milieu parce qu'il y a une concertation puis il y a un accord global à partir de... au niveau de la région régionale et au niveau des conseils d'administration du CLSC-CHSLD du Manoir de la Pointe bleue. Donc, il y a un accord qui est généralisé concernant ce dossier-là. Et puis il a été dit, durant la campagne électorale, que probablement qu'il y aurait un moratoire d'un an de demandé sur ce projet. Alors, j'aimerais, si c'est possible, que vous puissiez en faire un suivi très serré parce qu'il y va de la sécurité des résidents qui sont présentement au Manoir de la Pointe bleue à Sainte-Marguerite. C'est une résidence pour personnes âgées. Et évidemment la construction a eu lieu dans les années quarante. C'était une construction qui a été faite pour un hôtel à ce moment-là. Dans les années soixante-dix et quatre-vingt, c'étaient des pensionnaires qui étaient autonomes, des personnes âgées autonomes, mais maintenant, depuis quelques années, 95 % des gens qui y résident sont non autonomes. Et puis je pourrais vous dire que, présentement, aux troisième et quatrième étages du bâtiment en question, les lits ne passent même pas dans les portes pour sortir les patients si jamais il y avait un incendie.

Donc, il y a eu du travail de fait. Au mois de décembre, on a mis 100 000 \$ pour sécuriser les lieux — on a mis 100 000 \$ pour sécuriser les lieux — mais les membres du conseil d'administration, avec son président en tête, M. Clément Fortin, se questionnent beaucoup à savoir est-ce que le projet va de l'avant, est-ce qu'on va donner suite à ce projet-là qui est très important pour la région.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci, M. le député de Bertrand. M. le ministre.

M. Couillard: Oui. Alors, merci de me resensibiliser à ce dossier-là. Effectivement, le projet va de l'avant. Juste pour résumer où on en est, là, pour que ce soit bien clair pour les gens sur place. Alors, il fallait d'abord compléter les documents de l'étape du concept, et ça, c'est en cours, les conversations dont je vous parlais tantôt; par la suite, il faut préparer l'étape préliminaire, les devis préliminaires puis préparer la demande pour obtenir l'autorisation d'exécution. Mais ce ne sera certainement pas pour l'année financière en cours. On peut prévoir que ce serait pour la prochaine année financière.

Et on fait également des vérifications au niveau de la localisation. Il y a des intervenants qui sont entrés dans le dossier, sur place — vous êtes probablement au courant ou pas — qui proposent, par exemple, un partenariat public-privé qui représenterait une économie de 5 millions de dollars. Alors, ça, c'est en train d'être également étudié. Mais le projet, je vous rassure, là, c'est un projet dont la pertinence a été reconnue, dont le principe est accepté. La question de sécurité a été réglée — vous y avez fait allusion. En fait, c'est 183 000 \$ qui a été attribué pour cet aspect-là du dossier, et on va le suivre en votre compagnie. Je vous invite à me contacter de façon répétée pour voir où le dossier en est, là.

M. Cousineau: Je vais vous écrire là-dessus, je vais vous remettre une lettre demain.

La Présidente (Mme Charlebois): Est-ce que vous avez une autre intervention, M. le député de Bertrand?

M. Couillard: Pardon?

M. Cousineau: Je vais vous écrire là-dessus.

M. Couillard: Oui, d'accord.

La Présidente (Mme Charlebois): Vous avez terminé? M. le député de Vachon.

Évolution de la part des crédits consacrée à la prévention

M. Bouchard (Vachon): Merci, Mme la Présidente. J'aimerais poursuivre avec le ministre une conversation que nous avons amorcée en d'autres lieux au sujet de la prévention. Nous avons participé même à une émission de télévision dans laquelle le ministre faisait allusion à l'importance de la prévention dans notre système de santé et de services sociaux, l'importance qu'il y accordait lui-même dans son approche de la gestion du ministère et de ses orientations. Et je pense que, pas plus tard qu'hier, j'ai cru apercevoir, là, dans le procès-verbal des échanges que le ministre a eus avec Mme la députée de Pointe-aux-Trembles, je pense, encore une fois une affirmation à l'effet que la meilleure façon de solutionner le problème des urgences, c'était d'offrir des services de prévention efficaces et aussi des services de suivi posthospitalier. Donc, il y avait deux éléments dans l'élément de réponse du ministre hier.

Alors, j'ai une série de questions qui concernent les crédits. C'est un petit peu embêtant de feuilleter les crédits puis tenter de voir quels sont les éléments qui sont spécifiques à une approche préventive lorsqu'on lit le libellé des crédits. Et j'aimerais demander au ministre s'il a une idée assez précise de la part relative des crédits que le ministère consacrera à la prévention, peut-être aussi de voir comment cette part relative se situe par rapport à l'évolution qui a été entamée durant les quatre ou cinq dernières années et, puisqu'on y est, comment il entrevoit les quatre ou cinq prochaines années à cet égard, comment il entrevoit son mandat vis-à-vis de cette question des investissements en prévention.

Je répète aussi une question, ça évitera les allers-retours, là, mais on pourrait y revenir, mais: Quels sont les éléments qui apparaissent dans la liste des items que vous étiquetez «prévention» à l'intérieur de vos crédits?

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

M. Bouchard (Vachon): Et, si le ministre existe... et, si une telle liste existait, est-ce qu'on pourrait en prendre connaissance?

M. Couillard: Alors, Mme la Présidente, je remercie mon collègue de rappeler l'importance de la prévention, importance que j'ai voulu concrétiser en entrant en poste en conservant le mandat prévention-santé publique sous la responsabilité du ministre en titre. Je pensais que c'était important de donner ce signal-là.

Cette année, outre les crédits attribués de façon récurrente depuis quelques années en santé publique, on a ajouté 20 millions de dollars cette année en santé publique, spécifiquement dans des actions de prévention; 20 millions récurrents bien sûr, qui vont revenir l'an prochain encore. Cette année, l'utilisation de cette somme est faite de la façon suivante par le Directeur national de la santé publique: il y a le virus du Nil occidental, la campagne de prévention — on y reviendra peut-être tantôt, vous savez que c'est coûteux, hein, faire l'épandage et puis la surveillance des oiseaux et tout; des vaccins surtout contre la méningite; et puis 5 millions de plus pour la lutte contre le tabagisme, puis ça, je pense que c'est un effort de prévention majeur qui est tout à fait...

Une voix: ...

M. Couillard: Cinq. Cinq. Surtout pour engager des nouveaux inspecteurs pour veiller à ce qu'il n'y ait pas de vente de produits du tabac aux mineurs. Alors, ça, c'est l'utilisation de cette année.

Est-ce que c'est tout ce qu'on va faire au cours de notre mandat? Non, on va faire plus que ça. Puis je vous engage à suivre les... à lire la politique en santé publique qui a été publiée. Et on va essayer de s'en approcher le plus possible.

En 2002-2003, les crédits précédents, là...

Une voix: Les dépenses, les dépenses.

M. Couillard: ...les dépenses, pardon, réelles en prévention et promotion de la santé étaient de 180 millions de dollars. Alors, on a ajouté... Environ, là, puis on a ajouté 20 millions de dollars récurrents cette année. Il y a un effort supplémentaire à faire, c'est clair, puis on essaiera de déterminer avec le Directeur national de la santé publique quelles seront les priorités, mais je suis d'accord avec vous que la prévention, il faut certainement y porter une attention particulière.

Ce qui est difficile également pour le calcul, c'est que, comme vous avez vous-même noté, il est difficile de se retrouver dans les crédits, qu'est-ce qui vraiment va à la prévention et à la promotion de la

santé, de sorte que les chiffres qu'on vous donne sont une estimation à partir des différentes marges du ministère, de ce qui est attribué à cette partie-là de la mission.

M. Bouchard (Vachon): Très bien, merci. Mais...

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vachon.

● (15 h 40) ●

M. Bouchard (Vachon): Très bien, merci. Mme la Présidente, je sais qu'il y a eu des études produites antérieurement à votre arrivée... dont vous disposez sans doute, sur l'évolution des crédits en prévention. Malgré toute l'imprécision qu'il peut y avoir quant aux contours ou aux limites qu'on peut identifier à ces opérations de prévention, il y avait une préoccupation particulière à augmenter ces budgets-là dans une orientation... dans le but d'une orientation que partage le ministre, à savoir de diminuer la pression, entre autres, sur les systèmes de soins.

Est-ce que le ministre peut m'informer, informer les membres de cette commission de l'évolution relative du pourcentage dévolu dans les crédits en termes de prévention et s'il a en tête une cible qu'il devait atteindre d'ici les deux ou trois prochaines années? C'était la première partie de ma question qui vous a peut-être échappé.

M. Couillard: Alors, pour... Excusez-moi, Mme la Présidente. Pour donner une idée de l'évolution en termes absolus des crédits, puis par la suite je viendrais au pourcentage de l'effort budgétaire puis de la cible à atteindre, de la cible à définir, disons, en 2000-2001, il y a eu près de 157 millions de dépenses en prévention-promotion de la santé, en excluant les dépenses de soutien de la RAMQ puis de l'Office des personnes handicapées, là — je parle aux dépenses de prévention et de promotion — 2001-2002, 170 800 000 \$; en 2002-2003, on s'approche de 180 millions, on n'a pas encore les chiffres définitifs, et on vient d'ajouter 20 millions.

En termes de pourcentage de l'activité budgétaire ou de l'activité d'investissement du ministère, on est actuellement à un peu plus de 2 %. Pour être très exact, 2,04 %. Le chiffre qui est sur la table en tant qu'objectif qui a été déposé lors de la politique de santé publique, c'est d'arriver à 5 % des dépenses en prévention et santé publique. Alors, on va viser à se rapprocher de cet objectif-là d'après un rythme certainement qui va dépendre des crédits disponibles puis de l'importance des sommes dont on va disposer chaque année. Mais le but est de se rapprocher le plus possible de l'objectif qui est sur la table actuellement.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Mme la Présidente, l'augmentation de 20 millions dont on parle en santé publique, ça nous donne une indication relativement imprécise, je pense, parce qu'il y a beaucoup de ces activités-là, j'imagine... il y a une majorité des activités qui sont en mode prévention et promotion, mais d'autres

activités qui pourraient ne pas participer à cette approche-là.

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

M. Couillard: Bien, si on considère ce qui arrive cette année, je pense que la lutte contre le tabagisme, je pense qu'on peut clairement l'assigner à une action de prévention; je pense qu'on va être d'accord là-dessus. Bon, la lutte contre le virus du Nil occidental, c'est protection de la population finalement, c'est... Mais prévention de la maladie... si on constitue l'épandage de larvicides, oui, c'est la prévention de la maladie, mais c'est très ciblé pour une pathologie particulière, c'est certain. L'autre aspect, la vaccination pour la méningite, ça, effectivement, c'est de la prévention. Je pense que ces trois actions-là peuvent être regroupées sous le vocable de la prévention. Et je suis heureux d'ailleurs que le gouvernement précédent ait mis sur pied son programme de lutte contre le tabagisme puis qu'on ait pu le continuer. Je pense c'est une très bonne initiative. On a maintenant des inspecteurs dans presque toutes les régions du Québec qui sont très occupés. Ils sont toujours en train de se promener un peu partout puis d'essayer de voir qui vend du tabac à qui. Mais, je pense, c'est essentiel de faire... de donner le message à la population qu'une façon de prendre en main sa santé puis de se responsabiliser, c'est d'avoir des bonnes habitudes de vie. Moi, par contre, je devrais faire plus d'exercice, pour vous donner un exemple, puis manger un peu moins. Mais ne pas fumer, c'est une très bonne chose. Puis, si on empêche les jeunes de développer l'habitude du tabac, on fait une très bonne action.

Mais, pour répondre à votre question d'une façon spécifique, je pense qu'on pourrait soutenir sans crainte de se tromper que, dans les 20 millions de dollars de plus qu'on affecte cette année, toutes les sommes vont à la prévention de la maladie dans un sens ou dans l'autre.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vachon.

Liste des éléments comptabilisés sous le thème prévention

M. Bouchard (Vachon): Est-ce qu'il y aurait moyen de déposer, peut-être pas dans les jours et les semaines qui viennent, mais certainement pour notre prochaine rencontre, une liste la plus complète et la plus précise possible des items ou des éléments qui apparaissent sous la rubrique prévention? Parce que, si le ministre, comme il l'affirme, pense que la prévention et la promotion de la santé est une approche extrêmement importante, à ce point qu'il l'a mise sous son aile protectrice, il me semble qu'on devrait connaître ce qu'il y a sous cette aile, de telle sorte à ce qu'on puisse en débattre, débattre sur le fond et ensuite débattre sur l'évolution de l'enveloppe. Sans ces indices ou sans cette information, les membres de cette Assemblée seraient bien, je pense, mal équipés pour discuter des progrès éventuels au simple titre des crédits si on ne sait pas ce qu'il y a sous ces crédits.

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

M. Couillard: Peut-être qu'une bonne façon, de façon préliminaire, d'avoir une vue de ces dépenses-là, c'est de considérer, par exemple, le plan d'action qui est échu cette année, où c'est très détaillé, les montants qui sont dévolus à la prévention et à la promotion de la santé, puis la politique de santé publique, qui va être en application à partir de cette année, pour les prochaines années. Je pense que, si vous procurez ces documents-là, déjà vous allez avoir une bonne idée des crédits.

Quant au recentrage puis au calcul détaillé de tout ce qui est investi en prévention et promotion, écoutez, on va essayer effectivement de mieux les définir, mais je ne pourrais pas vous donner aujourd'hui d'assurance ou d'engagement du jour où je serais prêt à vous fournir le document. Mais disons que votre remarque nous amène à considérer... à effectivement avoir une connaissance, je dirais, plus précise de ce qui dépend... sous cette grande dénomination-là.

La Présidente (Mme Charlebois): Une autre question, M. le député de Vachon?

M. Bouchard (Vachon): Bien, je vous remercie de l'assurance que vous me donnez à l'effet de produire éventuellement cette liste-là, et je serai très heureux et les membres de cette commission, j'en suis persuadé, seront très heureux d'en prendre connaissance.

**Crédits alloués au Programme de soutien
aux jeunes parents et au programme
Naître égaux — Grandir en santé**

Peut-être une question un peu plus spécifique en matière de prévention, M. le ministre. Est-ce que vous pourriez informer les membres de cette commission ce qu'il advient des crédits plus spécifiquement consacrés aux programmes Soutien aux jeunes parents et Naître égaux — Grandir en santé? Les crédits qui auraient été reconduits, ceux qui ont été confirmés et ceux qui pourraient être ajoutés à ces deux programmes de prévention qui s'adressent principalement aux jeunes parents et aux enfants 0-6 ans?

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

M. Couillard: Mme la Présidente, pour revenir sur la fin de l'intervention de notre échange tantôt, dans le plan d'action 1997-2002, dont les résultats ont été publiés, il y a un bilan de toutes les activités faites durant cette période. Alors, je pense qu'il y a là une bonne source d'information pour répondre, je l'accorde, partiellement à votre demande, là, pour avoir un bilan de ce qui s'est dépensé.

Maintenant, pour les projets... les programmes auxquels vous faites allusion actuellement, mon information est que le Programme de soutien aux jeunes parents a été augmenté. On va être peut-être capable de vous donner l'importance de l'augmentation. Entre 2002 et 2003, le Programme de soutien aux jeunes parents... entre 2002-2003 et 2003-2004, est passé de 6 406 500 \$

à 19,8 millions de dollars, donc une augmentation considérable de ce programme-là. Naître égaux — Grandir en santé est resté identique.

M. Bouchard (Vachon): Mme la Présidente, si vous...

La Présidente (Mme Charlebois): En moins de trois minutes.

M. Bouchard (Vachon): Oui. J'ai des questions de 30 secondes, madame.

La Présidente (Mme Charlebois): D'accord. Allez-y, M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Est-ce que Naître égaux — Grandir en santé est intégré dans ce 19 millions ou est-ce qu'on doit l'ajouter à ce 19 millions?

M. Couillard: Je m'excuse, je n'ai pas saisi la question.

M. Bouchard (Vachon): Est-ce que Naître égaux — Grandir en santé est intégré à ce...

M. Couillard: Non.

M. Bouchard (Vachon): Non. C'est une enveloppe à part?

M. Couillard: Non, c'est distinct, mais cette enveloppe-là est restée identique...

M. Bouchard (Vachon): Est restée identique? O.K.

M. Couillard: ...par rapport à 2002-2003, mais il y a eu une très importante augmentation du Programme de soutien aux jeunes parents entre 2002-2003 et 2003-2004.

M. Bouchard (Vachon): Donc, on comprend que, Mme la Présidente, ce programme est dans son mode d'implantation, il y a besoin de plus d'investissement, etc. Est-ce que la Fondation Chagnon est toujours impliquée?

M. Couillard: Oui.

M. Bouchard (Vachon): Donc, est-ce que c'est le même 5 millions dont on parlait dans l'autre commission sur la solidarité sociale, où Solidarité sociale investit 5 millions, Chagnon 5 millions, le gouvernement le reste?

M. Couillard: Bien, probablement, mais, n'ayant pas été présent à la commission, je ne voudrais pas répondre pour les collègues de l'autre commission, là. Mais la mécanique demeure identique avec la participation de la Fondation Chagnon.

M. Bouchard (Vachon): À quelle hauteur?

M. Couillard: La même hauteur.

M. Bouchard (Vachon): 5 millions?

M. Couillard: Le programme Naître égaux — Grandir en santé est à la même hauteur que le chiffre que vous avez mentionné.

M. Bouchard (Vachon): ...contribution de la Fondation Chagnon dans... soutenir les jeunes parents?

M. Couillard: Alors, ce projet-là, Naître égaux — Grandir en santé, reste identique puis le Programme de soutien aux jeunes parents augmente de façon considérable. Je pense que, là, c'est la façon de résumer notre conversation. Puis je pense que c'est un effort appréciable.

M. Bouchard (Vachon): C'est de résumer votre réponse, mais pas notre conversation.

La Présidente (Mme Charlebois): Pour une dernière question, M. le député de Vachon.

Concertation ministérielle en regard des effets de l'appauvrissement de la population sur les budgets en santé

M. Bouchard (Vachon): Oui, certainement. M. le ministre, vous avez mentionné à au moins une occasion, j'étais présent, combien la pauvreté est un déterminant extrêmement important non pas de la santé, mais de la maladie ou, si on veut, de l'écart socio-économique et sociosanitaire dans la population.

J'aimerais connaître quel est le rôle que vous jouez auprès du ministre responsable du dossier de lutte à la pauvreté, en tant que ministre de la Santé, à la fois dans le plan d'action qu'il entend produire pour l'automne mais aussi en ce qui a trait à toutes les questions relatives à l'appauvrissement de la population et de ses effets sur vos budgets.

La Présidente (Mme Charlebois): Si vous me permettez, le bloc est épuisé, de 20 minutes, alors on pourra revenir pour votre réponse au prochain bloc. Je vais passer la parole au député de Roberval. Je suis désolé, le bloc était épuisé. Allez-y.

M. Blackburn: Alors, peut-être donner un peu de mon temps pour permettre au ministre de répondre à la question. C'est comme vous voulez.

La Présidente (Mme Charlebois): Alors, M. le ministre, M. le député de Roberval vous laisse du temps pour répondre à la question.

● (15 h 50) ●

M. Couillard: Alors, à titre de président du Comité ministériel de développement social, bien sûr que je suis très impliqué dans toutes les discussions qui touchent ces questions parce qu'elles passent par ce Comité avant d'être acheminées au Conseil des ministres. Le ministère a déjà été impliqué antérieurement lors de l'élaboration de la loi n° 112, avant qu'on

soit élus au gouvernement; il y a déjà des conversations qui ont eu lieu dans des dossiers spécifiques, comme, par exemple, celui de l'assurance médicaments, où on a constaté qu'il y avait encore des gens à très faibles revenus qui devaient faire des contributions directes pour obtenir leurs médicaments; et ce que j'ai convenu... ce dont j'ai convenu avec mon collègue, M. Béchar, c'est que, dans son plan d'action pour lutter contre la pauvreté puis l'exclusion qui devrait être déposé à l'automne, on devrait compenser l'impact, entre autres, de l'assurance médicaments sur les plus petits salariés, parce qu'on veut absolument conserver l'incitatif, pour les petits salariés, de rester au travail plutôt que de se replier sur l'aide sociale. Et ça, c'est un souci fondamental qu'on a, et on va s'assurer que ce soit le cas.

La Présidente (Mme Charlebois): Est-ce que vous avez terminé avec votre réponse, M. le ministre?

M. Couillard: Oui.

La Présidente (Mme Charlebois): Oui, M. le député de Roberval.

M. Blackburn: Alors, merci, M. le ministre. Alors, j'aimerais, juste avant de commencer, envoyer des fleurs, envoyer des fleurs à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve parce que, conformément à son émission que j'ai écoutée il y a quelque temps, sa voix est apaisante, est calme, et j'apprécie beaucoup le ton de sa voix. Maintenant, vous savez qu'avec des fleurs il y a toujours un pot qui vient avec.

Juste pour remercier un peu sur les commentaires de mon collègue de Viau de tout à l'heure par rapport à un certain sondage, bien, dans le fond, ce que ça veut dire, c'est que ce sondage-là, au coût de 380 000 \$, dans le fond, c'est que c'était, je vous dirais, une publicité que s'est payée le gouvernement précédent pour se redorer le blason un peu. Et 380 000 \$, ça représentait, pour mon comté particulièrement et l'Hôtel-Dieu de Roberval, le budget de fonctionnement pour une année, même un petit peu plus, pour la médecine nucléaire que mon ministre a parlé ce matin. Alors, bien sûr que cet argent-là aurait pu être utilisé au service aux citoyens et non au service des structures.

J'aimerais saluer de façon particulière, si vous me le permettez, Mme la Présidente, la présence ici de deux personnes qui viennent de mon petit coin de pays. D'abord, Marina Lessard, qui est une universitaire de l'Université du Québec à Chicoutimi et qui est très impliquée dans son milieu et qui fait un travail extraordinaire, et Mme Fortier, qui, elle, est dans le domaine de la Santé au niveau de l'Hôpital de Chicoutimi. Alors, je salue leur présence et leur assiduité à nos débats depuis le début de la semaine d'ailleurs. Alors, mes salutations les plus sincères.

Rôle des centres universitaires dans l'amélioration des services en région

J'aimerais poser ma question au ministre, parce que, vous savez — via votre présence, Mme la

Présidente — je suis très régionaliste et je suis très attaché à mon petit coin de pays, et bien sûr que la qualité des services qui y sont offerts, bien, vont faire en sorte effectivement de pouvoir permettre à notre génération puis les générations qui nous suivent de pouvoir profiter aussi de cette qualité de vie.

Ce matin... ce midi, vous avez eu l'occasion de répondre à une question de mon collègue de Groulx concernant les centres universitaires, entre autres, mais j'aimerais y revenir, si vous me le permettez, de manière à être un peu plus concret, d'abord, de par le rôle que ces centres universitaires devraient jouer dans le réseau et bien sûr concrètement pour chacune des régions du Québec. Est-ce que ça peut devenir une porte d'entrée importante pour l'amélioration des services à la population et, parallèlement à ça, permettre aux régions d'avoir une plus grande facilité ou une plus grande, je dirais, accessibilité aux effectifs en termes de médecine omnipraticienne et plus spécialisée?

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

M. Couillard: Oui, comme je l'ai indiqué déjà antérieurement, le rôle étendu qu'on veut attribuer ou donner aux réseaux universitaires intégrés de santé implique l'organisation des services cliniques, des soins et des services à la population. Et, historiquement, les facultés de médecine se sont toujours un peu tenues loin de cette version, de cet aspect des soins et des services de santé au Québec, et on entend donc, par ce mécanisme d'affiliation formel des régions avec les réseaux universitaires, susciter d'abord la formation en région, développer une meilleure collaboration en termes de soutien aux effectifs médicaux en périodes d'achalandage ou pour le répit des équipes de professionnels, qui sont déjà réduites en région, et également avoir un mécanisme d'accueil pour le ressourcement des médecins, lorsque c'est nécessaire, et également favoriser l'établissement de corridors de services définis pour les soins supraspécialisés qui, on se l'accorde, ne seront probablement jamais disponibles sur place. Mais il faut que le mouvement des malades d'un centre régional vers le centre universitaire qui donne certains services très spécialisés soit le plus fluide possible, et tant qu'on n'aura pas établi de façon formelle ces corridors de services là, on n'aura pas rempli cet objectif-là.

Alors, moi, je pense que cette philosophie, cette façon de considérer la médecine académique au Québec va changer profondément le visage de l'organisation des soins médicaux au Québec et je suis personnellement optimiste quant aux résultats qu'on peut en retirer. Et, encore une fois, il ne s'agit pas d'une idée nouvelle, c'est une idée qui avait déjà été envisagée par le gouvernement libéral à l'époque où M. Marc-Yvan Côté était ministre de la Santé et des Services sociaux, et on l'a actualisée, on l'a raffinée, je pense, et on s'est assuré d'obtenir, je dirais, la collaboration des doyens et des directeurs généraux des CHU, des centres hospitaliers universitaires, qui sont à la tête de ces réseaux universitaires d'établissements.

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

Augmentation des stages en région des étudiants en médecine

M. Blackburn: M. le Président, bonjour. Pour remercier, est-ce que ça veut dire... parce que, dans notre plateforme électorale, M. le ministre, on parlait aussi et on mentionnait que, dès les premières années des étudiants en médecine, nous allions favoriser la pratique de stages dans les régions du Québec. Donc, ça va dans cette continuité-là, qu'on va pouvoir permettre justement à des jeunes de pouvoir aller pratiquer des stages dans les différents hôpitaux des régions du Québec?

M. Couillard: Bien, vous savez déjà que ça se fait actuellement. Il y a au moins... Il y a deux facultés qui sont particulièrement actives dans ce domaine-là, c'est l'Université Laval puis l'Université de Sherbrooke, puis déjà on a des signes que les facultés de l'île de Montréal également deviennent de plus en plus actives. Alors, il y a actuellement 3,5 millions, on y faisait allusion tantôt, en dépenses pour la formation médicale en région, parce qu'on sait que c'est le déterminant le plus prometteur ou le plus prédictif de l'installation d'un médecin en région. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, ce n'est pas nécessairement son origine géographique. Donc, en clair, ce n'est pas parce que vous venez d'une région, puis vous allez faire vos études de médecine, que nécessairement vous allez revenir vous établir dans cette région-là. Mais, si vous avez été exposé à la réalité de la vie en région pendant votre formation et de la pratique en région, vous avez de grandes chances à ce moment-là d'y retourner pour vous y installer. Et c'est à la base de cette philosophie-là d'améliorer ou d'étendre la formation médicale en région.

C'est la raison pour laquelle j'expliquais ce matin, en rapport à une question sur l'augmentation des étudiants en médecine, qu'une façon de pallier aux effets de surcharge de l'augmentation des nombres d'étudiants en médecine, c'est de développer encore plus la formation en région. Et il y a des expériences très intéressantes qui sont actuellement en cours de développement au Québec.

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

M. Blackburn: Peut-être juste pour conclure. Je suis tout à fait heureux d'avoir vu, d'abord, dans vos notes préliminaires que vous avez adressées hier, M. le ministre... d'abord, il y avait sept groupes de travail qui étaient priorisés et prioritaires pour le ministère, dont la régionalisation des services sociaux et de santé et la modernisation de la médecine académique au Québec. Et, dans cette optique-là, je pense qu'on peut d'ores et déjà s'assurer que les prochains mois et les prochaines années seront extrêmement intéressants pour chacune des régions du Québec.

M. Couillard: Oui, le but étant bien sûr que chaque région, surtout chaque région en difficulté ou excentrique, soit affiliée à une faculté de médecine et que son centre hospitalier régional serve de tête de pont, de contact entre la faculté de médecine et la région. Et je pense qu'on va avoir un réseau, je pense, plus fluide et mieux unifié en procédant de cette façon.

Le Président (M. Copeman): Ça va, M. le député?

M. Blackburn: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

Mandats spécialisés des grands centres hospitaliers

Mme Harel: Merci, M. le Président. M. le Président, un peu à la suite de l'échange qui vient de se produire avec le député de Roberval, j'aimerais demander au ministre de préciser ce qu'il disait hier d'ailleurs en commission parlementaire lorsqu'il parlait de spécialiser les hôpitaux. Attendez, je retrouve cela. Alors, je lis: «À terme, chacun des grands centres hospitaliers du Québec — qu'est-ce qu'il entend par grands centres hospitaliers, disons, est-ce que Jonquière est un grand centre hospitalier, est-ce que Chicoutimi est un grand centre hospitalier, qu'est-ce que signifie la notion de grands centres hospitaliers du Québec? — aura une mission liée à un certain nombre de spécialités.» Donc, il envisage de spécialiser des centres hospitaliers qui auront un certain nombre de spécialités, et donc pas toutes les spécialités, certaines en auront de différentes, j'imagine. Il ajoutait: «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.» Alors, qu'est-ce qu'il entend par tout cela?

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

Mme Harel: Qu'est-ce que ça signifie «grands centres hospitaliers du Québec» et «les mandats respectifs»?

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

M. Couillard: J'attendais votre permission, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Je m'excuse pour le retard de quelques secondes,

● (16 heures) ●

M. Couillard: Alors, il y a ici plusieurs concepts très intéressants que Mme la députée souligne. Pour ce que j'entends par mandats ou spécialisations d'hôpitaux... J'aimerais mieux utiliser, si vous le permettez, le terme «mandat» que «spécialisation»; je pense que c'est plus intéressant et positif. Je peux fort bien donner l'exemple, par exemple, de ce qui est en train de se produire, ce qui s'était déjà produit d'ailleurs antérieurement et ce qu'on a concrétisé récemment lorsqu'on a parlé d'obstétrique à Québec.

Alors, la ville de Québec est probablement l'endroit au Québec, dans la province, actuellement, où cette notion de mandat hospitalier est la plus développée. Par exemple, si vous avez besoin, à Québec, d'une opération à coeur ouvert ou d'une opération pour

le poumon, bien vous savez que c'est à l'Hôpital Laval que vous devez aller. Si vous avez malheureusement besoin de soins pour le cancer, vous savez que c'est à l'Hôtel-Dieu que vous devez aller. Si vous avez besoin de chirurgie vasculaire, vous savez que vous devez aller à Saint-François d'Assise. Si vous êtes victime d'une maladie neurologique, vous devez aller à L'Enfant-Jésus.

Mme Harel: Mais tout ça est dans la même ville.

M. Couillard: Tout ça dans la même ville.

Mme Harel: Lorsque ce sera au sein d'une grande région?

M. Couillard: Dans une région, on veut que tous les services de base soient assurés. Tous les services de base. Et, lorsqu'il s'agit d'une région universitaire, en plus, on veut assurer les soins supra-régionaux avec les corridors de services pour certaines activités.

Maintenant, si on regarde la hiérarchisation des soins, on peut même parler de niveau quaternaire de services. On a le niveau primaire, secondaire, tertiaire, quaternaire. Je vais vous donner un exemple très concret.

Quand je suis allé à Sherbrooke il y a quelques jours, j'ai fait deux annonces: un était le projet d'agrandissement de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, dans le cadre du rehaussement des institutions universitaires, et l'autre était l'attribution de l'appareil communément appelé Gamma Knife, à Sherbrooke, qui est ce qu'on traduit... L'Office de la langue française me demande d'utiliser le terme «scalpel gamma», mais j'ai un petit peu de difficultés, personnellement, à utiliser ce terme-là. En gros, il s'agit de permettre le traitement de lésions cérébrales, comme les tumeurs, sans chirurgie. Vous arrivez le matin, vous êtes traitée en externe, vous repartez chez vous le soir sans avoir besoin d'être soumise à une chirurgie majeure.

Alors, est-ce qu'on va avoir quatre Gamma Knife au Québec? Est-ce qu'on va avoir un Gamma Knife par faculté de médecine pour traiter environ 300 malades par année, à 7 millions... à 6 ou 7 millions pièce? Je pense que non. Alors, on a désigné Sherbrooke comme étant le lieu de réception de cette technologie-là et le lieu où les malades du Québec qui auront besoin d'être traités pour ce type de lésion là devront aller. Alors, ça, c'est pour les soins de niveau quaternaire.

Mais, pour répondre encore une fois, il faut dissocier tous les niveaux de soins et l'aspect régional et suprarégional. Il y a des mandats qui sont locaux, tous les hôpitaux doivent assurer un certain bassin de services, là, minimum. Il y a des mandats qui sont régionaux; c'est ce qu'on a fait à Québec, par exemple, c'est ce qui existe dans les autres régions où le centre hospitalier régional, par définition, en général, donne toutes les spécialités. Il y a des mandats qui sont suprarégionaux, où on coordonne les activités entre les régions; exemple, ce que je viens de décrire avec les lésions traitées par le scalpel gamma.

Je pense que c'est important. Il faut... Puis je pense que la population accepte bien le fait qu'on ne peut plus continuer à tout avoir partout, tout le temps. Il faut avoir une hiérarchisation puis une définition des soins. Et, moi, je suis très admiratif, puis ce n'est pas nous qui en avons tout le crédit, en passant, de ce qui s'est fait en termes de définition de mandats dans la ville de Québec, ici. Très en avance par rapport à ce qui existe ailleurs. Et je pense que beaucoup d'endroits pourraient s'en inspirer. Mais les réalités bien sûr varient beaucoup d'une région à l'autre.

Mme Harel: Par exemple, la néonatalogie à Rouyn-Noranda, vous la classez comment?

M. Couillard: Bien, la néonatalogie, c'est un dossier un peu compliqué. Il faut faire attention parce qu'il y a plus, je dirais, de subtilités puis de sous-dossiers dans ce dossier-là qu'il peut en apparaître initialement.

Alors, la néonatalogie, c'est un soin très spécialisé, effectivement. Il y avait de la néonatalogie à Rouyn-Noranda puis il y en a encore, puis on souhaite qu'il y en ait encore. Le problème qu'on a à Rouyn-Noranda, c'est le suivant: c'est la façon dont ce service va fonctionner dans un hôpital. Et là on touche directement la notion de hiérarchisation des soins. C'est que la majorité des médecins de la région, incluant les médecins de Rouyn-Noranda, voudraient que les pédiatres néonatalogistes remplissent un rôle de consultants pour des soins surspécialisés, alors qu'un groupe de médecins qui est minoritaire voudrait avoir un rôle incluant les soins primaires, etc., et agir de façon, là, je dirais, générale dans l'hôpital, sans avoir ce statut de consultant pour des situations très spécialisées.

Alors, c'est un concept qui est extrêmement important. La Régie régionale supporte ce concept-là. Les médecins, le CMDP de Rouyn-Noranda également supporte ce concept-là. La Régie régionale, je les ai rencontrés quand je suis allé à Val-d'Or, également sont derrière le CMDP de Rouyn-Noranda pour ça. On veut conserver le service de néonatalogie à Rouyn. On s'assure cependant qu'il va être fait dans une optique, encore une fois, de hiérarchisation des soins puis de définition claire des responsabilités. Entre-temps, il y a actuellement des corridors de services qui sont développés avec l'Hôpital Sainte-Justine pour qu'il n'y ait pas d'interruption de services.

Alors, vous voyez, c'est une dossier, là, qui met en jeu également des compétitions interprofessionnelles. Il y a toutes sortes d'éléments, là, dans ce dossier-là. Il faut être prudent, je pense, dans nos déclarations.

Fusion administrative d'établissements régionaux de santé (suite)

Mme Harel: Cette question de hiérarchisation des soins ramène... nous ramène à... Je ne sais pas comment l'appeler parce que, dans le fond, ce n'est pas vraiment une régionalisation que vous entreprenez, c'est un regroupement des établissements de première et de deuxième ligne. Vous remplacez les régies régionales par des agences. Ça peut être du bonnet blanc, blanc bonnet. Ça va porter un autre nom, agence plutôt que

régie. J'ai cherché dans le dictionnaire, d'ailleurs, la définition de l'un et de l'autre. Mais, tout compte fait, avec les missions que vous sembliez continuer d'accorder aux agences régies, ma foi, on ne s'éloigne pas tant de ce qu'on connaît maintenant.

Mais la grande, grande nouveauté, c'est le regroupement... l'intégration, plutôt, des établissements de première et deuxième ligne, hôpitaux et CLSC. On connaissait déjà des regroupements d'hôpitaux... de CLSC et de CHSLD, mais hôpitaux-CLSC, c'est ça, la vraie révolution. D'autant plus que les CLSC ont toujours été considérés comme le fleuron du système sociosanitaire québécois. Alors là vous nous avez dit ce matin: Ce seront des réseaux locaux qui vont intégrer dans un seul conseil d'administration, qui va devenir le seul employeur de l'ensemble de tous les personnels, qu'ils soient hospitaliers, du CLSC ou du CHSLD. C'est bien ça qu'il faut comprendre, hein?

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

M. Couillard: Je vais juste corriger. Vous avez dit que c'était nouveau, le CH et CLSC ensemble. Ce n'est pas nouveau, hein? J'étais à Dolbeau la semaine... pas à Dolbeau, à... où est-ce que j'étais? à Lac-Mégantic. Ils l'ont fait, là, CH-CLSC-CHSLD dans la même institution, avec un C.A. unifié. Ce n'est pas nouveau, là. Ce n'est pas une invention. C'est quelque chose qui se fait déjà. Alors, il ne faudrait pas donner l'impression aux gens...

Mme Harel: À petite échelle. Est-ce qu'on s'entend pour, justement, le... Oui, j'ai quelques collègues avec qui j'ai, justement, souvent discuté de ces expériences qui se mènent mais à petite échelle et sur un immense territoire québécois, dans les régions qui sont plus éloignées. Mais là, ce que je comprends, c'est que, dans la métropole comme dans la capitale nationale, comme dans l'ensemble des régions du Québec, vous voulez procéder non pas sur une base volontaire, mais sur une base, n'est-ce pas... obliger ces regroupements de première et deuxième ligne.

La question que je me pose, c'est: En regard de la mission des CLSC, est-ce qu'il n'y a pas finalement un certain danger que les établissements les plus puissants soient les grands gagnants? C'est ça, la question qui va se poser, là. Est-ce qu'il n'y a pas danger que... justement, comme vous le disiez tantôt, en rendant imputable sur les délais d'attente qui sont des délais d'attente de soins curatifs, est-ce qu'il n'y a pas un danger de déplacement? Est-ce que le danger, là, de — comment dit-on déjà, donc? — hospitalocentrisme, est-ce que le danger n'est pas encore plus grand du fait justement de faire en sorte de déséquilibrer les rapports entre la première et la deuxième ligne?

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

M. Couillard: Alors, théoriquement, ce danger existe, mais je dirais qu'au contraire la mission fondamentale des CLSC, et je partage votre appréciation sur le caractère unique puis important de cette institution dans notre réseau, c'est le contraire, à mon avis, c'est qu'on va s'assurer, par exemple, que les

actions prises par l'hôpital n'aient pas d'influence imprévue sur les CLSC. Ça marche des deux côtés, cette affaire-là, puis il y a des exemples multiples de ça.

Vous parliez d'unification. Laissez-moi vous donner un autre exemple pratique. Une des personnes qui m'a précédé dans le poste, la députée de Taillon, a fait l'unification, au Carrefour Jonquière, des missions suivantes dans une seule organisation: CLSC, CHSLD, CH, centre de réadaptation, centre d'alcoolisme et toxicomanie. Voilà des missions qui peuvent sembler extrêmement disparates, et, cependant, tout ça a été unifié à Jonquière, et il n'y a pas eu de révolution. La difficulté qu'on a à Jonquière, ce n'est pas ça, c'est la chicane avec Chicoutimi.

Mme Harel: ...dire que Jonquière veut avoir plus qu'un centre ambulatoire. Jonquière veut aussi maintenir l'urgence, les services d'urgence et, là-dessus, ils attendent une réponse du ministre. Ils sont toujours en demande là-dessus.

M. Couillard: On n'a jamais... D'abord, on a confirmé qu'il y aurait le centre ambulatoire. Il y a eu une tentative de Jonquière de revenir à la chirurgie avec l'hospitalisation. On a dit: Non, on veut confirmer ce mandat de chirurgie ambulatoire. Mais il y a des problèmes, là, de compétition. Ça va loin, hein, vous savez, cette question culturelle. Vous en êtes consciente, j'en suis certain, encore plus que moi. Vous en avez fait plusieurs années, de politique puis de visites dans cette région-là. Mais on veut... on tient à ce que ce mandat-là soit rempli.

● (16 h 10) ●

Un des problèmes qu'il y a, puis ce n'est pas le seul problème, parce que je suis conscient qu'il y a énormément d'autres aspects qui datent de plus longtemps dans ce dossier-là, un des problèmes, c'est qu'on a attribué le mandat de chirurgie ambulatoire à Jonquière mais qu'il n'est pas encore concrétisé, là. Alors, on espère qu'en ayant ce centre ambulatoire là puis en développant un peu plus de collaboration entre les deux centres on va être obligés... on va être capables de les amener à développer ça. Mais on n'a jamais donné quelque indication que ce soit qu'on voulait ne pas poursuivre ou maintenir les services d'urgence à Jonquière. Ça, à ma connaissance, ça n'a jamais été mentionné, là, les services d'urgence à Jonquière.

Mme Harel: Vous dites: La demande est toujours présente, elle est toujours en... La demande a été même refaite, je pense. Dernièrement, je lisais dans les journaux de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean...

M. Couillard: La demande de?

Mme Harel: Cette demande de réintroduire les services d'urgence est toujours...

M. Couillard: Mais l'urgence a toujours été là. Elle n'a jamais été...

Mme Harel: Ah! c'est la chirurgie avec hospitalisation.

M. Couillard: Ah! mais ça, ça, on a été clairs là-dessus. Il y a eu effectivement... Mais, vous savez, Mme la députée, ce qui est arrivé, c'est: en raison de l'incertitude prolongée, les gens de Jonquière, et je les comprends un peu, voyant leur mandat de chirurgie ambulatoire ne pas se concrétiser, ont dit: Bien, si c'est ça, d'abord, nous, on recommence à faire de la chirurgie avec hospitalisation — en gros, là, je caricature à volonté. Puis c'est ça qui est arrivé. On a dit: Non, vous allez avoir ce mandat de chirurgie ambulatoire. On va prioriser la construction de votre centre ambulatoire, vous allez la faire, la chirurgie ambulatoire.

Et ce qui va être difficile, puis vous en savez long là-dessus, étant donné votre implication avec les municipalités, c'est d'obtenir vraiment une intégration des deux centres hospitaliers. On veut vraiment que les responsabilités se... Je vous vois, là, frémir. Est-ce que vous pensez à des expériences antérieures dans vos visites dans la région ou...

Mme Harel: Écoutez, au moins, il y a une chose qui est certaine, c'est que, même après l'annonce du centre ambulatoire que vous avez faite, le comité réclamait à nouveau d'étudier la possibilité de maintenir la chirurgie avec hospitalisation. Alors...

M. Couillard: Moi, j'ai rencontré les gens de Jonquière à mon cabinet, ici, puis je leur ai donné très clairement l'indication qu'il n'y aurait pas de chirurgie avec hospitalisation à Jonquière.

Plans de pratique pour les médecins des hôpitaux universitaires

Mme Harel: Allons tout de suite au dossier sur les mégahôpitaux. Vous n'utilisez pas cette expression, cependant je vous indique qu'on la retrouve, cette expression de mégahôpitaux, à la page 133 du plan du Parti libéral, *Partenaires pour la santé*. Alors, il s'agit donc d'hôpitaux universitaires qu'on continuera, je pense, à appeler les mégahôpitaux. Est-ce que les plans cliniques sont prêts pour ces mégahôpitaux?

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

M. Couillard: Alors, ça va être intéressant de reprendre ce dossier-là parce que, effectivement, il est passionnant, puis je sens qu'on en a pour plusieurs minutes d'échange là-dessus.

C'est l'exemple même d'un dossier, puis je le dis encore une fois avec tout respect, là, d'un dossier qui a été mal fichu dès le départ. Au lieu de commencer avec un projet de valorisation de la médecine académique et universitaire, on s'est d'emblée dirigés vers un projet de construction, puis d'un édifice. Alors, ça, ça a été, dès le départ, je dirais, une erreur de concept. Alors, on a lancé les deux organisations, chacun de leur côté, dans des opérations, je dirais, de mise au point et de conceptualisation de projets, qui ont rapidement échappé à tout contrôle parce qu'on n'avait fixé aucune balise et aucun principe sous-jacent et en termes de mission académique et en termes d'organisation professionnelle. Alors, c'est pour ça qu'il y a eu tous ces scénarios.

Puis je pense que vous devrez convenir avec moi que le fait que votre gouvernement antérieur... ou que le gouvernement antérieur plutôt n'ait pris aucune décision concrète dans ce dossier-là témoigne de la difficulté qu'ils ont eue à adopter... à aborder ce projet-là. Parce que, jusqu'aux élections, il n'y avait aucune orientation précise qui avait été annoncée pour ces deux projets-là. Pourquoi? Parce que, effectivement, il manquait le concept de base.

Autre problème, et je l'ai indiqué plus tôt ce matin, alors qu'en 1999, initialement, on a contacté la Régie régionale pour obtenir leur avis, ils ont par la suite été écartés du processus jusqu'en novembre 2002.

Autre problème, le ministère de la Santé et des Services sociaux a été, lui, tenu à l'écart du processus. Et là je rends justice à mon prédécesseur qui a eu la vertu de clarifier deux choses: d'abord, la nécessité d'impliquer le ministère de la Santé et des Services sociaux, en novembre 2002, puis, pour la première fois après cinq ans après le début des travaux des deux sociétés d'implantation, rappeler aux gens qu'il faudrait peut-être parler du budget d'opération éventuellement. Alors, ça, ça n'avait pas été fait auparavant, et puis je pense que je lui en sais gré, là, d'avoir réintroduit cette notion-là. La Régie régionale, donc, n'a pas été consultée, de sorte qu'on n'a pas d'idée précise actuellement, pour ces deux projets-là, de l'impact sur l'offre de service, sur l'organisation des services sur l'île de Montréal.

Il y a eu des études très minimes également de faites sur les sites qui sont proposés pour la construction des nouveaux hôpitaux. Il y a eu quelques demandes de consultation brèves et très fugaces, je dirais, avec la Sécurité publique, mais elles ont été de très courts délais. Il n'y a jamais eu de demande formelle du ministère des Transports, de la ville de Montréal pour étudier les coûts précis en infrastructures routières, les conséquences approfondies... une étude approfondie des conséquences en sécurité publique. Tout ça reste à faire.

On me dira qu'il y a eu des études par des consultants. Puis on sait qu'il y en a eu, des consultants, je pense qu'il y a pour 50 millions... Pour les deux hôpitaux, il y a eu pour 50 millions de dollars de dépenses de consultants, là, dans ces deux projets-là, puis on n'a toujours pas l'ombre d'un coup de pelle dans un projet ou dans l'autre.

Alors, quelle est notre attitude? On a dit d'abord, de façon claire, qu'il fallait mettre un terme à l'incertitude parce que cette incertitude, M. le Président, a été très destructrice pour le milieu de la médecine académique à Montréal, autant à l'Université McGill qu'à l'Université de Montréal. Au CHUM, par exemple, c'est près de 30 % de l'effectif médical qui a quitté l'établissement au cours des dernières années, dans un accès de découragement total devant le non-aboutissement de ce dossier-là. Et, à McGill, effectivement, comme ils ont devancé le processus en fusionnant cinq hôpitaux, bien, ils se sont trouvés à supporter ces cinq sites fusionnés là tout le temps de l'incertitude, qui persiste actuellement.

Alors, nous, ce qu'on a dit d'abord, c'est qu'il fallait mettre fin à l'incertitude et en arriver à une orientation claire du gouvernement à ce sujet-là. Deuxièmement, il faut que ces projets soient, à leurs

bases mêmes, un projet de bonification et d'amélioration de la médecine académique, ce qui suppose non seulement une construction, mais également un plan d'organisation de soins et une organisation professionnelle adéquate, ce qui veut dire en termes clairs un plan de pratique pour les médecins qui travaillent dans ces hôpitaux universitaires là. Troisièmement, il faut fixer l'importance de la dépense publique qu'on veut engager dans ces projets-là, la limite de la dépense publique qu'on veut engager, autant en termes d'immobilisations qu'en termes de budget de fonctionnement, liberté étant donné bien sûr aux deux institutions de développer ou de dégager des sommes privées pour faire la suite des travaux.

Alors, on est actuellement en train d'établir ces balises-là. Les conversations ne sont pas tout à fait terminées mais progressent de façon, je dirais, très satisfaisante. Et je pense qu'on devrait être en mesure, au cours des prochaines semaines, là, assez rapidement, de faire la première phase de notre communication et de notre action dans ce sujet très important, qui est la communication précise des balises qu'on va fixer pour les projets, charge étant par la suite aux deux organisations de redévelopper et de repréciser leurs projets dans un échéancier assez court pour que ça corresponde aux balises qu'on aura établies.

Parallèlement à ça, l'aspect de sécurité publique. Parce que, quand même, il faut faire réaliser que, pour un site... Le site Glen, on est en plein milieu de l'échangeur Turcot puis de l'échangeur des voies rapides de l'ouest de Montréal. Dans l'autre site, il y a une voie ferrée qui passe directement en arrière du terrain. Il faudrait peut-être avoir une idée, là, responsable sur ce qui arriverait en cas de catastrophe puis de sécurité publique, là, s'il y avait un déversement toxique ou autres situations du genre. Puis c'est quand même assez surprenant que ça n'ait pas été fait de façon approfondie.

Alors, ceci étant fait, on va envoyer les groupes à leurs tables à dessin, à leurs tables de travail. Encore une fois, on n'éternisera pas le processus. On donnera des échéanciers précis, une mécanique d'examen des projets lorsque les projets seront présentés et une décision finale, je l'espère, dans des délais acceptables. Parce que ce qui a vraiment été très, très mauvais pour la médecine académique de tout le Québec, parce qu'il faut quand même voir que la médecine académique de Montréal est une locomotive pour l'ensemble de la médecine universitaire au Québec, ça a été l'indécision prolongée dans ce dossier-là. Puis je réalise que c'est un dossier difficile puis je ne blâme pas nécessairement, là, mon prédécesseur de n'avoir pas pu adopter une position définitive. Ce n'est pas évident. Je sais que c'était difficile de le faire, c'est pour ça qu'on a eu toutes sortes de concepts qui ont été flottés dans l'opinion publique puis dans les journaux.

Alors, encore une fois, les principes à la base, c'est une organisation améliorée de la médecine académique, une organisation professionnelle qui correspond au fait de remplir le mandat d'exercer de la médecine dans un cadre académique. Et, enfin, les mêmes principes de complémentarité, de hiérarchisation dont je faisais état tantôt doivent s'appliquer dans ces institutions-là, ce qui nécessite donc la mise à contribution de la Régie régionale. Et je pense que, cet

aspect-là des choses, on ne saurait le sous-estimer. Il y a également beaucoup d'autres aspects, mais je vois que vous me faites signe que mon temps est écoulé. Mais c'est un dossier qui me passionne depuis longtemps, alors j'aime en discuter.

Le point sur le projet de Centre universitaire de santé McGill

Le Président (M. Copeman): Inquiétez-vous pas, M. le ministre, parce que, compte tenu que cet échange est terminé, j'ai utilisé ma prérogative, je me suis inscrit et je veux enchaîner sur le projet des centres hospitaliers universitaires. Je vais en parler un peu plus du côté de celui du Centre de santé universitaire de McGill, que je connais beaucoup mieux que l'autre projet, dont, comme vous le savez, le terrain, dont le gouvernement du Québec est déjà propriétaire, est situé aux deux tiers dans mon comté, l'autre tiers, dans le comté de notre collègue le député de Westmount—Saint-Louis.

● (16 h 20) ●

Mais je n'aborde pas la question uniquement sous l'angle d'un cas de comté non plus — vous avez déjà eu des prédécesseurs... un ministre qui n'aimait pas trop parler des «cas-cas» de comté, comme il l'avait dit en Chambre. Mais ce n'est pas un cas de comté. Quant à moi, le Centre de santé universitaire de McGill est un projet très important non seulement pour le quartier, non seulement pour Montréal, mais également pour tout le Québec. Et, évidemment, également, pour la communauté anglophone.

On sait fort bien, M. le ministre, et on a tendance de parler de deux réseaux, un anglophone, un francophone, qui, comme vous le savez, n'est pas tout à fait exact. Malgré le fait que les hôpitaux affiliés aux facultés de médecine de McGill sont communément appelés des hôpitaux anglophones, la réalité est tout autre, on le sait bien. Il y a beaucoup, beaucoup de patients dont la langue d'usage est autre que l'anglais. Et il serait même, je pense, réductrice de ne parler que des hôpitaux anglophones ou d'un projet anglophone. Il s'agit d'un projet qui est important pour tout le Québec.

M. le ministre, j'étais dans une situation intéressante. J'ai commencé à être un sceptique... j'étais un sceptique du projet de McGill. Et, plus que j'ai appris sur le projet, plus que j'ai eu des contacts avec les gens qui travaillent dans la planification, plus que j'ai appris sur le projet, plus que j'ai vu qu'est-ce qui se passe ailleurs, je suis devenu un partisan du projet. On peut en discuter, de l'ampleur du projet, évidemment, mais, si on connaît un peu l'état du parc immobilier des hôpitaux affiliés à McGill, peut-être exception faite du Montréal Children's qui est, je pense... ou le General, les deux plus jeunes mais qui datent des années cinquante... Mais, quand on pense de l'Hôpital Royal Vic dont l'état n'est pas idéal, alors, on se comprend, je pense, même de tenter d'utiliser une bâtisse qui est presque centenaire et de l'adapter à des fins modernes de la pratique d'un médecin, de la médecine d'aujourd'hui est très difficile.

Je prends entre autres comme preuve... Malheureusement, j'ai été obligé, moi aussi, récemment, d'accompagner un membre de ma famille à l'urgence du Montréal General et, pendant une période de temps, un

vendredi après-midi, imaginez-vous, hein, très tranquille, à Montréal, l'urgence du Royal Victoria a été fermée parce qu'ils étaient inondés. Pas inondés de patients, mais une inondation. Parce qu'on connaît l'état du Royal Victoria. Malgré les investissements qui, au fur et à mesure, à travers des années, étaient importants, les bâtisses sont dans un état plus souvent que d'autres vétuste. Et, je pense, pour le bénéfice des patients, pour le bénéfice des gens qui pratiquent la médecine, il est important de procéder à des projets de renouveau des deux côtés des facultés de médecins.

Il y a une préoccupation même dans mon comté autour des coûts, autour de l'accès au site, l'achalandage, l'achalandage de trafic véhiculaire. Toutes ces préoccupations sont réelles et valides, mais, quand même, je suis personnellement convaincu que le Centre de santé universitaire de McGill doit être reconstruit. Moi, je suis pas mal certain que cette opinion est partagée par l'opposition officielle, compte tenu que c'est le gouvernement précédent qui a autorisé l'achat du terrain, autorisé les dépenses de planification. Et je souhaite ardemment... Mais je suis très content que vous avez établi une échéance qui est assez serrée pour procéder à l'évaluation et aux qualifications des projets. Et je vous permets peut-être de continuer ces réflexions pour le bénéfice de tous les membres de la commission. M. le ministre.

M. Couillard: Alors, merci, M. le Président, pour cet exposé enthousiaste sur un projet qui visiblement vous tient à coeur. Je suis content d'avoir l'aspect comté, il va falloir que j'en tiennne compte en plus, là. Vous dites qu'il y a deux tiers, un tiers. Donc, on va essayer de bâtir l'hôpital dans la bonne partie...

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, à la dernière phase, je pense que j'avais plus le stationnement que l'hôpital, mais...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): ...on ne ferait pas un État avec ça, M. le ministre.

M. Couillard: En tout cas, on en tiendra compte, je vous le promets.

Le Président (M. Copeman): Oui, bien, si on peut, si on peut.

M. Couillard: Maintenant, il y a un aspect et un principe, et je pense que ma consœur va trouver ce principe-là majeur et important, que je veux indiquer puis que j'ai indiqué de façon directe aux deux organisations, c'est le principe de synchronisme et de symétrie entre les deux projets. Ce n'est pas banal qui va commencer en premier en termes de conséquences à long terme sur la compétitivité d'un centre par rapport à l'autre et par rapport à l'étranger.

En termes politiques, en termes de réalité sociologique, en termes de notre population du Québec, il ne serait certainement pas acceptable qu'on ait d'un côté un projet très bien formé, extraordinaire, puis de l'autre côté, un projet qui est avorté en bout de chemin et qui

ne soit pas complet. Alors, on a établi dans nos critères, également, la notion de synchronisme et de symétrie entre les deux projets. Et ça, il faut que chacune des deux organisations en tienne compte. Parce que chacun actuellement chemine son petit bonhomme de chemin sans vraiment se préoccuper de ce qui arrive à l'autre: après moi le déluge, hein? Alors, ça, ça ne continuera pas, il va falloir que les deux organisations se parlent et se coordonnent et même aient des liens de complémentarité entre elles. Puis, ça, on va y tenir de façon marquée. Il n'y aura pas de maître de l'univers, là, ni d'un côté ni de l'autre, là. Je pense que ceux qui pensent avoir ce résultat-là en bout de ligne risquent d'être fort déçus.

Vous avez parlé de la désuétude des édifices, l'exemple que vous donnez est le meilleur, hein? Évidemment, il y a peu de gens qui discutent de la question de la désuétude de l'Hôpital Royal Victoria. Puis c'est une réaction de dominos, parce que attacher Royal Victoria à l'Hôpital neurologique, si l'Hôpital Royal Victoria n'est plus utilisable, bien, qu'est-ce qu'on fait? Le scénario alternatif de la rénovation des édifices, c'est un scénario, comme vous savez, qui est encore véhiculé par plusieurs personnes, y compris à l'intérieur de la communauté de McGill, je tiens à le dire, là. Ni d'un côté ni de l'autre, en partie à cause de la longue incertitude, il n'y a de consensus véritable sur la validité de ces projets-là. Mais, en tant que responsable de la prestation des services, ce qui m'inquiète un peu dans le scénario de rénovation, c'est l'impact au niveau des soins pendant une très, très longue période, avec des changements de pavillons, etc., des déménagements de patients. Je pense que ça risque d'être très complexe. Donc, la question de la désuétude est acquise.

L'autre chose qui est acquise, comme vous l'avez dit, c'est le fait que le terrain Glen ait déjà été acquis. Je souligne encore une fois que l'aspect d'infrastructures routières doit être précisé. Je rappelle que ce terrain-là doit être décontaminé et que les estimations de coûts de décontamination varient actuellement de 33 millions à 69 millions de dollars. Je rappelle également qu'il faut démanteler des rames de train puis des trains de banlieue qui sont sur le site actuellement. Alors, tout ça nécessite des précisions. Ce n'est pas des obstacles majeurs, là. Je ne suis pas en train de dresser une liste d'obstacles, mais je pense que, comme gouvernement responsable, on doit clarifier ces questions-là absolument.

Mais je voudrais encore une fois insister, en terminant mon intervention, sur l'aspect de synchronisme et de symétrie des deux projets. Ce n'est pas une course entre les deux: qui va arriver le premier au fil d'arrivée, qui va avoir le plus bel hôpital ou le plus gros hôpital. On veut qu'ils soient faits de façon parallèle, en collaboration et en complémentarité. Et ça, c'est excessivement important, y compris au niveau de la construction. Parce que réalisez-vous l'impact, sur le marché de la construction, de la construction simultanée de deux projets semblables? En termes très prosaïques: Y aura-t-il assez de grues à Montréal pour construire ça, puis de travailleurs de la construction en même temps? Alors, il faut que les gens se coordonnent. Mon impression, c'est que le marché de la construction va être capable de prévoir l'événement et de se préparer à ça en dégageant des capacités, là, supplémentaires.

Mais je ne voudrais pas, là... Ce que j'ai remarqué comme tendance pernicieuse dans ce dossier-là, c'est l'aspect de compétition entre les deux organisations et puis qu'un veut dominer l'autre, puis un veut arriver avant l'autre, puis, moi, je suis plus beau que lui, puis, moi, je suis plus fin que lui, etc. C'est deux institutions qui sont majeures pour toute la population du Québec, on veut que les deux institutions donnent des soins et des services à toute la population du Québec. On a deux facultés de médecine à l'île de Montréal, on veut que les deux soient rehaussées de façon symétrique. Et je pense qu'il est important que ce message soit bien, bien diffusé.

Et j'espère d'ailleurs... Évidemment, il y a des dossiers, Mme la députée, où clairement on va avoir de la difficulté à s'entendre à l'occasion. Mais je pense que... pour un dossier aussi important, je pense que je compte sur votre collaboration. C'est un dossier qui a été difficilement mené, je pense, par le gouvernement précédent. Il y a lieu ici d'avoir une attitude, je dirais, responsable, commune, là, pour l'élaboration de ces deux projets, qui ont une importance considérable pour l'avenir de la médecine au Québec.

Le Président (M. Copeman): Thank you, Mr. Minister, and I'm sure we'll have an occasion, privately, publicly, before this Committee and in other venues to further the discussion on these important projects for the population of Québec.

Je pense que c'est un bon moment pour une petite suspension avant qu'on reprend. On va suspendre jusqu'à...

Mme Harel: ...consentement pour suspendre.

Le Président (M. Copeman): Non, je ne pense pas, madame...

Mme Harel: Oui, je pense que oui.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, je pense que ce pouvoir relève au président. Alors...

Mme Harel: Le président peut décider seul de suspendre?

• (16 h 30) •

Le Président (M. Copeman): Oui, en commission. Je comprends que... Les règles en commission ne sont pas pareilles que, nécessairement, à l'Assemblée nationale. Je vais utiliser un des rares pouvoirs qui me sont accordés, et je suspends pendant cinq minutes.

(Suspension de la séance à 16 h 30)

(Reprise à 16 h 41)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission reprend ses travaux. Merci. Nous avons, malgré une discipline exemplaire et la collaboration de tout le monde, accusé un retard de 15 minutes. Alors, encore une fois, telle qu'était l'entente — puis je l'ai révérifiée — on devrait, en principe, reprendre ça

aujourd'hui, de 18 heures à 18 h 15. Ça va pour tout le monde? Très bien.

Alors, compte tenu que nous avons terminé avec un brillant échange entre le député de Notre-Dame-de-Grâce et le ministre de la Santé, je pense que la parole revient à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Financement des centres hospitaliers universitaires de Montréal, de McGill et de Québec

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Vous faites très bien ça, incidemment, M. le Président. Bon. Reprenons ce dossier des mégahôpitaux de Montréal. Mais peut-être, juste auparavant, j'aimerais interroger le ministre sur la question du financement actuel du Centre hospitalier universitaire de Montréal, du Centre hospitalier de Québec et de McGill, notamment en regard des nouveaux critères de financement qu'il a annoncés hier et de l'approche qu'il entend mettre de l'avant, je crois que c'est dès le 1er avril prochain, dès le 1er avril 2004, et de cette approche qui lui permettra de raffiner le calcul de la répartition des fonds entre les régions, et des incidences que cette approche peut avoir sur la situation budgétaire actuelle de ces hôpitaux universitaires.

Alors, ma question au ministre est la suivante: Est-ce qu'il considère que ces hôpitaux sont surfinancés, comme semblait le penser M. Denis Bédard, qui a donné son nom au rapport sur le rétablissement de l'équité du financement entre les établissements? Si c'est le cas — les considère-t-il surfinancés? — comment entend-il procéder, là, dans ce dossier? On retrouve dans tous les journaux aujourd'hui cette idée qu'il y aura une méthode nouvelle graduellement appliquée à partir d'avril 2004. Quel impact cela aura sur les hôpitaux universitaires? L'a-t-il étudié et peut-il nous en parler aujourd'hui?

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

M. Couillard: Alors, juste pour brosser un tableau de la situation actuelle, qui est quand même une amélioration par rapport à ce qu'on connaissait il y a quelques mois, le CUSM a un déficit actuellement de plus de 40 millions; l'hôpital de McGill et le CHUM, d'environ 28 millions, là. Les chiffres peuvent être variables, là, mais donc on fait face à des déficits considérables des deux côtés, plus au Centre hospitalier de l'Université McGill qu'au CHUM qui a, je dois dire, fait des efforts considérables de retour à l'équilibre au cours des derniers mois.

Ce qui m'amène également à mentionner deux aspects — je m'excuse de dévier un peu de la question, puis je reviendrai tantôt à votre question principale — sur les critères d'élaboration des projets dont on discutait tantôt. Ils devront également... Ils devront également — les chiffres précis: 43 millions pour McGill puis 28 millions pour le CHUM — les projets devront également contenir un engagement sur le budget d'opération et, d'ici à l'établissement ou à la concrétisation des projets, un plan crédible — j'insiste sur le mot «crédible» — d'un objectif de relancement budgétaire. Alors, on voit qu'il y a un hôpital qui a plus de difficultés que l'autre.

Pour ce qui est des déficits eux-mêmes, c'est la philosophie à laquelle je faisais allusion, je ne sais pas si c'était avec vous ou avec... Je deviens un peu confus dans le temps. Sur la question de la répartition du déficit — je pense qu'on en parlait ensemble ce matin — entre le déficit qui est du contrôle des administrateurs et celui qui ne l'est pas, bien, la même philosophie va s'appliquer. Puis l'autre jour j'avais une rencontre avec M. Iglesias, très fructueuse, et avec le Dr Roy qui est le D.G. du CHUM où, par exemple, on abordait cette question-là, et on parlait plus spécifiquement de la question de l'urgence et de voir pourquoi on avait tant de patients sur les civières, à l'urgence du CHUM, par rapport à d'autres hôpitaux correspondants. Et c'est là que certains éléments concernant le style de pratiques médicales sont venus jouer dans le dossier, des éléments qui sont particulièrement intéressants, je pense, à souligner.

Pour ce qui est de l'allocation des ressources, bien, vous savez que c'est une allocation qui est basée sur la population, avec des modulateurs dont j'ai parlé ce matin. Un de ces modulateurs est le fait qu'on pratique sur place des activités de niveau tertiaire ou quaternaire, donc des activités classifiées comme étant nationales. Alors, ça, ça va donner lieu à une bonification de la rémunération, de sorte qu'on ne devrait pas craindre, pour répondre à votre question, que les centres hospitaliers universitaires, s'ils s'en tiennent vraiment surtout aux activités de référence supra-régionale pour autre chose que leur population de contact, doivent être pénalisés. Je pense qu'il y a probablement des soins primaires ou secondaires, par exemple pour l'île de Montréal, qui pourraient actuellement être assurés à la Montérégie, exemple. Mais on veut absolument que les... on veut absolument que les activités tertiaires et quaternaires continuent d'être assurées par les centres universitaires, que celles-ci soient concrétisées par des corridors de services bien identifiés et concrétisées également par un financement. Ça, c'est un exemple.

Puis on parlait de l'Alberta tantôt. C'est un bon exemple qui marque... qui est un exemple, je dirais, de l'aspect positif de l'organisation albertaine. En Alberta, par exemple, l'enveloppe des soins nationaux ou suprarégionaux est une enveloppe ministérielle qui est attribuée à chaque université par rapport à ce qu'ils font réellement comme soins tertiaires ou quaternaires. Alors, vous voyez que c'est un élément où ils sont un peu en avance sur nous et où ils s'assurent que ces soins-là sont bien financés.

Je pense que c'est important toujours de maintenir cette orientation qu'un hôpital universitaire spécialisé ou ultraspécialisé doit surtout se consacrer à des activités de niveau tertiaire ou quaternaire, avec ce qu'il faut d'activités de base pour soutenir ces activités spécialisées là. Mais il ne faudrait pas avoir un vaste ensemble d'activités de niveau primaire ou secondaire dans un hôpital universitaire, alors que la tendance actuelle est d'assurer la formation des étudiants pour ces niveaux de soins là dans d'autres milieux, particulièrement les régions.

Alors, je pense que c'est important. Et je rappelle ici les missions fondamentales des centres hospitaliers universitaires, qui sont d'abord les soins aux

patients — c'est la première mission — l'enseignement, la recherche et, en plus, ce qui est encore plus actualisé, l'évaluation des technologies. Alors, ça, on veut faire en sorte que ces quatre missions cardinales qui ont été définies, je pense, par M. Rochon qui avait défini ces... M. Côté et M. Rochon qui ont défini ces vocations pour les centres hospitaliers universitaires, qu'elles puissent être accomplies et remplies.

Alors, par exemple, pour l'aspect évolution de technologies, je vous parlais tantôt du fameux scalpel gamma qu'on installe à Sherbrooke, bien, on a demandé à l'institution de procéder, conjointement avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, à la recherche évaluative ou à l'évaluation de la technologie lorsqu'elle sera introduite, de sorte qu'on a une bonne idée de l'impact réel et des coûts-bénéfices relatifs de ces techniques-là.

Mais, pour répondre à votre question, je ne pense pas — et ce n'est certainement pas le but, là — que les hôpitaux universitaires surspécialisés vont être pénalisés par le nouveau mode d'allocation des ressources parce que cet aspect de leur mission va être revu et pris en compte.

Les travaux de M. Bédard par ailleurs, auxquels vous faites allusion, sont extrêmement importants. Vous savez qu'ils se dirigent sur plusieurs phases, et je pense que, là également, ses travaux vont être inclus ou déjà impliqués dans notre allocation. Et le gouvernement précédent l'avait fait, d'ailleurs, l'an dernier; il y avait eu 50 millions de rehaussement pour le budget santé et services sociaux qui avaient été en partie attribués à la bonification pour les hôpitaux performants. J'en ai une notion claire parce que j'étais moi-même dans un établissement qui a bénéficié de ce rehaussement budgétaire là. Alors, on veut certainement continuer à étudier et à utiliser les concepts très intéressants et novateurs que M. Bédard est en train de nous fournir, et ses travaux se poursuivent.

● (16 h 50) ●

Donc, encore une fois, on ne doit pas craindre que les hôpitaux universitaires soient pénalisés par l'allocation des ressources, M. le Président.

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

Mme Harel: Le fait est que, en fonction du rapport Bédard, enfin, rapport à la méthode Bédard, qui est d'ailleurs le même Denis Bédard qui a fait le rapport dans le domaine municipal, alors... mais en fonction, donc, de ce rapport portant sur la méthode Bédard, les hôpitaux universitaires sont considérés comme sur-financés. Ce que je comprends de ce que vous nous dites aujourd'hui, c'est qu'on ne doit pas les considérer comme sur-financés dans la mesure où leurs activités tertiaires et quaternaires exigent ce financement différent des autres centres hospitaliers. Est-ce que c'est...

M. Couillard: Ce que vous dites est exact, mais, en plus, on va appliquer au déficit de ces hôpitaux-là la même logique générale que celle que je décrivais ce matin, c'est-à-dire de bien scinder dans leur déficit ce qui est clairement lié à leur mission, comme

vous venez de dire, tertiaire, quaternaire, également aux pressions du système qui sont non contrôlables par les gestionnaires, très bien distinguer cet aspect du déficit de l'autre aspect qui peut être lié à des pratiques de gestion qui sont questionnables ou des pratiques médicales, même, qui peuvent avoir un impact sur le fonctionnement de l'hôpital.

Mme Harel: En fait, la question qui reste posée, elle est la suivante: Est-ce que, dans la mesure où les activités primaires et secondaires s'en vont vers Charles-Lemoyne, par exemple, sur la Montérégie, y aura-t-il une partie des budgets du CHUM, du Centre hospitalier universitaire de Montréal, qui suivront vers Charles-Lemoyne?

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

M. Couillard: Je veux juste dire qu'on ne pense pas transférer les activités cliniques pour des patients montréalais à la Montérégie, là — je veux juste être bien clair là-dessus — mais il y a des patients de Montérégie qui vont actuellement chercher leurs soins primaires, secondaires à Montréal qui, on espère, pourront avoir des soins sur place. Il y a un peu plus de 100 lits probablement, ça représente un peu plus de 100 lits probablement, et bien sûr que les budgets vont suivre à ce moment-là. Ça va dans la philosophie d'équité régionale.

Mme Harel: Alors, le premier ministre Charest — est-ce que j'ai le droit?

Le Président (M. Copeman): Non.

Mme Harel: Non. D'accord. Mais vous disiez tellement souvent: Le premier ministre Landry... Enfin. Le premier ministre...

Le Président (M. Copeman): Vous le savez bien, Mme la députée, en tant qu'ancienne présidente de l'Assemblée nationale.

Mme Harel: Très bien.

Le Président (M. Copeman): Je ne peux pas croire que vous ne connaissez pas nos règles de fonctionnement.

Décision gouvernementale au sujet des nouveaux centres hospitaliers universitaires de Montréal

Mme Harel: Alors, le premier ministre avait annoncé, dans le journal la *Gazette*, qu'il y aurait une décision prise à l'égard des hôpitaux universitaires, des grands mégahôpitaux, pour juin. Vous avez dû prendre connaissance sûrement de ses déclarations. Sans doute était-ce trop optimiste. Je vous la lis, en fait: «The Premier said he expects to be in a better position to decide on the superhospitals in June.» Alors, le mois de juin est terminé, et vous nous dites que vous nous ferez connaître prochainement les balises que vous entendez appliquer dans ce dossier. Quand?

M. Couillard: Alors, effectivement...

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

M. Couillard: Je m'excuse, M. le Président, d'avoir commencé à parler avant votre permission. Effectivement, on a retardé un peu. La raison de ce retard est bien simple, c'est qu'on a découvert tous les éléments dont je viens de vous parler, on a pris conscience de ces éléments-là, particulièrement les éléments touchant les terrains — sécurité publique, transport — on s'est rendu compte du peu, finalement, de défrichage qu'il y avait eu à ce niveau-là, et ça nous a retardés un peu dans nos travaux. Je pense qu'on peut, de façon très, je dirais, presque certaine, penser que, d'ici la fin du mois de juillet, on aura eu une communication publique pour l'établissement des balises pour les projets en question, et cette annonce-là comportera — et je ne suis pas en mesure de l'annoncer aujourd'hui parce que ça reste à préciser — cette annonce-là également comportera un échéancier pour la mise au point définitive des projets, leur présentation, leur examen et leur autorisation.

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

**Participation du privé
au financement des nouveaux centres
hospitaliers universitaires de Montréal**

Mme Harel: Donc, balises et échéancier. La dernière décision du Conseil des ministres d'un gouvernement du Québec à cet égard date de décembre 2001, n'est-ce pas, et prévoyait que les nouveaux centres hospitaliers universitaires devaient être construits à l'intérieur d'un montant de 950 millions de dollars chacun, 1 milliard, en fait, grosso modo, et que ce montant devait être réparti à la fois, pour un peu moins que la moitié, par des fonds... pris en charge par des fonds publics, 300 millions entrepreneuriat public-privé, et 200 millions de levées de fonds privés. Est-ce que c'est toujours dans votre intention de faire appel à une participation du privé?

M. Couillard: Oui. D'abord, les balises vont comprendre l'établissement d'une enveloppe. La façon dont on va déterminer l'enveloppe est encore actuellement sujette à discussion. Ce qu'on pense plutôt faire, c'est limiter l'importance de la contribution de l'État dans les investissements — ça revient un peu à ce que vous avez dit tantôt — donner des indications claires en tant que limites des budgets d'opération et du nombre de lits. Je pense que ça, c'est des balises qui devront être essentielles.

Pour ce qui est du financement, effectivement, on veut que le secteur privé soit mis à contribution par les levées de fonds, et là, encore une fois, il y a un effort de symétrie puis de synchronisme qui est important parce qu'on sait très bien autour de la table que les capacités de levées de fonds varient d'une institution à l'autre. Alors, on désire que la levée de fonds soit faite de façon commune. Je sais que ça va heurter des traditions importantes, mais il va falloir qu'il y ait un effort commun de levées de fonds parce que le principe

de synchronisme et de symétrie auquel je faisais allusion est un principe incontournable. On ne pourra pas se permettre d'avoir un très beau projet d'un côté puis un projet moins beau de l'autre côté, puis on sait de quel côté on parle quand je dis ça. Alors, il va falloir être très prudent pour ça.

L'implication du privé peut également comporter des applications pour le mode de construction et tout, mais on n'en est pas là, ce sont des discussions qui ont lieu actuellement. Ce qu'on voudrait faire, nous, c'est baliser de façon formelle le montant maximum d'investissements publics, un; deuxièmement, les budgets d'opération; et, troisièmement, le nombre de lits d'hôpitaux, parce qu'on ne devrait pas, logiquement, suite à la construction de ces hôpitaux-là, se retrouver avec plus de lits d'hôpitaux aigus qu'on a actuellement. Corrigez-moi si vous pensez que ce n'est pas le cas, mais ce ne serait pas logique qu'on arrive à ce résultat-là, d'autant plus qu'on sait qu'il y a des activités de niveaux 1 et 2 qui peuvent être retournées à la Montérégie par exemple. Alors, ça, c'est un élément qu'on va vouloir surveiller.

Il faut faire attention de ne pas arriver... Puis je pense que c'est ça, la difficulté qu'a rencontrée mon prédécesseur — puis madame qui travaillait étroitement avec lui pourra probablement vous le confirmer — c'est cette découverte soudaine que la question des budgets d'opération n'avait pas été vraiment ficelée ou étudiée correctement par les organismes qui faisaient la promotion et le développement des projets. Alors, il n'est pas logique qu'on se retrouve en fin de course avec des budgets d'opération plus élevés que ce que prévoirait normalement la croissance normale des coûts ni un nombre de lits d'hôpitaux aigus plus élevé que ce qu'on a actuellement parce que c'est le contraire qu'on veut faire: on veut faire un recentrage puis une économie d'échelle.

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

**Vocation des hôpitaux Notre-Dame,
Saint-Luc, Hôtel-Dieu, Royal Victoria
et Montréal General Hospital**

Mme Harel: Il y a une troisième question également qui est extrêmement importante et c'est la question des vocations des hôpitaux Notre-Dame, Saint-Luc, Hôtel-Dieu, Royal Vic, General Hospital, et c'est sur cette question notamment que s'est buté un projet antérieur qui a été celui du déménagement de l'Hôpital Hôtel-Dieu à Rivière-des-Prairies. Je crois que la saga, si vous voulez, des hôpitaux montréalais commence bien avant les deux mandats du gouvernement précédent. Et je rappelle que ça va être essentiel d'avoir un plan de... une planification quant au sort de ces établissements. Est-ce que vous prévoyez pour fin juillet non pas nous annoncer ce qu'il en adviendra, mais l'échéancier, également pour fin juillet, de ce compte à rebours des vocations à venir pour ces établissements?

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

M. Couillard: Alors, dans les balises, on a effectivement demandé à chaque organisation de nous

indiquer de façon précise le devenir des bâtiments qui ne seront plus utilisés et les incidences en termes de coûts et de revenus de ces opérations-là qui seraient la disposition des bâtiments en question. D'autre part — j'y ai fait allusion publiquement et ça a été relevé dans un article de journal il y a quelques semaines — pour des raisons de santé publique également, il serait dangereux, à mon avis, pour la population montréalaise de ne pas avoir un site complémentaire de plus que le site majeur qui serait aménagé: en cas d'épidémie, par exemple, dans un hôpital, en cas de déversement toxique en ville, en cas d'attaque terroriste. Je ne veux pas donner des scénarios apocalyptiques, là, mais on ne peut pas se retrouver avec juste deux hôpitaux généraux à Montréal. Il faut qu'on ait dans chaque cas un autre site complémentaire, que j'appellerais complémentaire tout simplement, à charge pour chaque organisation de développer précisément sa vocation et le niveau de soins qui y seront pratiqués. Et le nombre de lits de ce soin complémentaire sera inclus dans le nombre de lits total qu'on doit retrouver. Je pense que c'est un principe sur lequel on doit s'entendre également. Et ce serait dangereux pour la santé publique de limiter le nombre de sites hospitaliers outre qu'une certaine limite à Montréal. Il faut être responsable à ce sujet-là.

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

Mme Harel: Merci, M. le Président. D'autant plus que chacun des cinq hôpitaux mentionnés accueille des patients à l'urgence, et donc c'est une question absolument incontournable de savoir combien il y aura d'urgences en opération alors que ces deux mégahôpitaux seraient en opération. Alors, là-dessus je crois qu'il y a des réponses extrêmement importantes qui devront être données à la population sur cette question.

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

• (17 heures) •

M. Couillard: Vous avez raison, et on va demander également que cet aspect soit pris en compte. On ne veut pas se retrouver avec deux salles d'urgence sur l'île de Montréal, hein? Il va falloir prévoir ça, mais je pense que ça, c'est dans les détails des projets, puis ce n'est pas un détail, je dirais, anodin, c'est un détail très important. Alors, on suivra ça de près.

Mme Harel: ...je crois que le ministre va certainement recevoir l'appui de l'opposition officielle. C'est une question qui est extrêmement importante, une question d'équilibre aussi dans les approches communautaires, n'est-ce pas, et elle est au coeur, si vous voulez, d'une paix sociale et d'une harmonie, si vous voulez, dans la réalisation de ces projets. Je crois que c'est essentiel.

M. Couillard: Merci. Je suis content d'avoir votre appui là-dessus parce que, effectivement, pour notre population, c'est très important d'avoir cet aspect-là. Évidemment, ce projet-là est encore à peaufiner. On va le discuter à l'intérieur du gouvernement, mais je pense bien qu'encre une fois fin juillet on devrait être capable, suite aux conversations gouvernementales, de

confirmer nos orientations et nos balises pour les deux projets. Et, je pense, ça sera un moment important pour les deux milieux puis j'espère qu'à partir de ce moment-là on ne regardera pas en arrière, mais qu'on regardera vers l'avant, dans le but d'avoir une vision d'avenir qui soit vraiment enthousiasmante pour la population et les équipes médicales de Montréal.

Élaboration et arbitrage des plans de pratique

Mme Harel: Bien évidemment, ça repose sur une vision de complémentarité dont le ministre a parlé tantôt. Et cette complémentarité va s'incarner dans des plans cliniques, n'est-ce pas? Ces plans vont être ou sont en voie d'élaboration au ministère?

M. Couillard: Non. On va confier... Et là c'est ça également qu'on veut faire. On veut remettre la responsabilité là où elle doit être: aux organisations qui développent les projets. Mais, dans les balises, cette complémentarité clinique va être inscrite comme un des objectifs à respecter pour que les projets soient recevables. Maintenant, ce qu'on veut dire par là, ce n'est pas fusionner les deux hôpitaux. On a été très clair là-dessus avec les deux organisations. Mais on veut que, pour certains services très spécialisés, on n'ait pas de duplication inutile quand même, puis une collaboration entre les deux milieux. Je pense qu'au niveau des médecins eux-mêmes c'est quelque chose qui est bien accepté maintenant. Il faut que ça imprègne également les cultures universitaires puis de direction des deux communautés. Il ne s'agit pas encore une fois de tout partager, là, je suis conscient des difficultés politiques qu'il y a pour ça, mais je pense que ce ne serait pas acceptable pour la population de voir dupliquer des services à très hauts prix, à très hauts coûts, alors que le bassin de population pourrait avantageusement être servi par une saine collaboration entre les deux institutions.

Et ça, je suis conscient que ce ne sera pas facile à faire. Il y a une longue histoire, il y a une longue histoire entre les deux institutions, mais, encore une fois, on ne peut pas passer à côté de cet aspect-là. Et, moi, ce que j'espère, c'est que ce sera encore une fois, outre, je dirais, les débats internes que ça risque de susciter, le début d'une nouvelle ère de collaboration entre les deux institutions. Parce que ce que M. le président disait est vrai: c'est un peu en raccourci de dire que la communauté médicale de McGill est une communauté anglophone. Moi, comme neurochirurgien, j'avais beaucoup de collègues à l'Hôpital neurologique qui étaient des francophones; ils travaillaient à l'Hôpital McGill, à l'Hôpital neurologique. Et ça existe également dans d'autres spécialités. Alors, il faudrait également aller un peu au-delà de ces étiquettes-là.

Mme Harel: Mais comment sera-t-il possible de déterminer un nombre de lits si on ne connaît pas les plans cliniques?

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

M. Couillard: Le nombre de lits, ce qu'on a comme balise, c'est qu'on veut que ce soit l'enveloppe

de lits qui est actuellement disponible. Et puis ça, ça a déjà été... Puis soustraire éventuellement le nombre de lits qui seraient transférés en Montérégie. Puis ça, ces enveloppes-là sont en cours, je dirais, de fixation et de communication aux deux organisations. Et ce n'est pas des surprises pour une ou l'autre. C'est des enveloppes qui ont déjà été discutées avec le précédent gouvernement. Il n'y aura pas vraiment de changements différents... de changements appréciables à cet effet-là, mais c'est quelque chose qui reste à préciser. Ce sera précisé, ce chiffre-là sera précisé dans l'annonce de fin juillet incluant... Parce que ce sera clairement dans les balises qu'on va mettre.

Mme Harel: Parce que l'arbitrage sur les plans cliniques... Il y aura un arbitrage. Le ministre a fait appel à la collaboration qui n'est pas dans les traditions séculaires, n'est-ce pas? C'est un euphémisme, pour ne pas en dire plus, mais il reste qu'il aura à arbitrer sur ces... Parce qu'il s'agit d'hôpitaux qui offrent des superspécialités, hein? C'est ça, la réalité. Alors, le ministre est conscient qu'il va devoir faire l'arbitrage, parce qu'il va confier à deux organisations l'élaboration des plans cliniques, c'est bien ça?

Le Président (M. Copeman): Alors, vos réflexions sur l'arbitrage, et, après ça, on doit clôturer sur cette portion du débat.

M. Couillard: Il faut que je réponde dans l'ordre que vous m'avez indiqué, M. le M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Non, pas du tout. Vous êtes libre de répondre comme vous voulez, M. le ministre, en autant que ce soit bref.

M. Couillard: Alors, je pense que le fait de donner des balises va aider beaucoup au développement de ces orientations cliniques là. Je pense qu'un des problèmes qu'on a eus, c'est qu'on a envoyé chaque organisation développer des projets sans balises — et ça, je n'en fais pas un blâme spécifique, là, c'est juste une constatation — de sorte qu'on a des projets, là, que je qualifierais parfois de gigantesques, qui ont été établis des deux côtés sans beaucoup de collaboration entre les deux.

L'arbitrage, je ne me fais pas d'illusions, Mme la députée, je sais que l'arbitrage va devoir être fait. Raison de plus pour impliquer la régie régionale dans les discussions, pour s'assurer des impacts sur la reddition des services, raison de plus pour avoir un mode d'évaluation des projets, lorsqu'ils seront présentés, qui soit objectif et qui consiste à évaluer les résultats en termes de complémentarité justement et d'organisation de soins. Mais je ne minimise pas les difficultés, j'en suis tout à fait conscient, mais c'est un chemin qu'on ne peut pas contourner. Il va falloir qu'on passe par ce chemin-là, et on y passera.

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

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Alors, M. le ministre, ma question touchera un sujet qui

inquiète beaucoup de citoyens dans le comté de Soulanges. Et je profite de l'occasion pour rappeler à tous mes collègues et à tous ceux qui nous écoutent que le merveilleux comté de Soulanges est situé en Montérégie, juste à côté du comté de Vaudreuil, dans le but de mieux faire connaître Soulanges évidemment.

Le Président (M. Copeman): Qui est un nouveau comté.

Mesures visant à contrer le virus du Nil occidental

Mme Charlebois: Qui est un nouveau comté merveilleux. Donc, M. le ministre, le sujet qui préoccupe les citoyens de Soulanges est le virus du Nil occidental. Est-ce que vous pourriez nous faire part de ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux fait pour contrer ce problème?

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

Mme Charlebois: ...je vais vous dire pourquoi.

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

M. Couillard: Alors, la première chose à faire, c'est de ne pas surdramatiser la situation. C'est une maladie sérieuse, l'infection au virus du Nil, qui peut avoir des complications graves, mais, pour donner un exemple qui est celui que j'utilisais l'autre jour à l'Assemblée nationale, on va être d'accord pour dire que, chaque été, il y a des millions de piqûres de moustiques qui se donnent au Québec — puis on sait comment ça peut être désagréable. L'an dernier, il y a eu 19 cas d'infection clinique, parce que la vaste majorité des infections ne sont pas symptomatiques, il n'y a aucun symptôme. Sur ces 19 cas, il y a un cas qui est probable, quatre sous investigation encore puis deux décès dans la région métropolitaine de Montréal, sur donc des millions de piqûres de moustiques. Alors, ce que je ne voudrais pas, c'est que, en conversant, en discutant de cette question-là, on suscite dans la population une inquiétude qui n'est pas justifiée en regard des données qu'on a actuellement.

Je rappelle que la transmission de cette maladie-là se fait par le moustique qui a piqué un oiseau infecté qui, lui-même, meurt de cette maladie. Donc, un des éléments essentiels est donc la surveillance des cadavres d'oiseaux — j'y reviendrai un peu plus tard. Les personnes à risque, c'est surtout les personnes de plus de 40 ans, pour des raisons qui sont encore, je pense, mal connues. Les cas d'infection chez les enfants sont très rares: de 1 % à 2 % des cas se déclarent chez les enfants.

Alors, ce qu'on fait actuellement, c'est, d'abord, on fait une surveillance pour les oiseaux et les moustiques. Alors, pour les oiseaux, vous savez qu'il y a un numéro à appeler, il est fréquemment donné à la population, en cas de découverte d'une carcasse d'oiseau dans un des territoires québécois. Et il y a certains types d'oiseaux qui sont plus susceptibles que les autres de transmettre la maladie. C'est, je pense, le groupe qu'on

appelle les corvidés: les corbeaux, corneilles, geais bleus, geais gris. C'est ce genre. Alors, ce n'est pas une petite mésange par terre qui va... ou chardonneret qui va nécessairement devoir être inquiétant, c'est surtout les oiseaux de ce type-là. Alors, ces oiseaux-là sont capturés. Il y a actuellement 78 stations de capture et d'examen d'oiseaux au Québec, dont 60 dans la région de Montréal au 18 mai.

Le critère... Vous savez que la méthode de prévention principale, c'est l'épandage de larvicides sur les zones aquatiques pour diminuer l'éclosion de moustiques. Jusqu'à maintenant, on n'a utilisé que soit un agent biologique, dans le premier épandage, soit, dans le deuxième épandage, un agent qui était biodégradable, qui n'a aucun effet prouvé sur la santé publique actuellement, dans certaines zones du Québec. La façon dont on a décidé où allait se faire l'épandage, parce que, derrière votre question, il y a l'inquiétude de certaines régions qui se demandent comment ça se fait que la région voisine a été épandue puis, moi, je ne l'ai pas été. Alors, il y a des critères qui sont utilisés pour ça: d'abord, la densité de population, s'il y a eu des cas humains l'année précédente ou pas, s'il y a des oiseaux infectés qui ont été identifiés en 2002 et bien sûr maintenant, au début 2003, parce que maintenant on a la capacité de faire le diagnostic chez nous.

Vous savez que, l'an dernier, on devait envoyer les spécimens à Winnipeg, et ça prenait des mois et des mois pour avoir le résultat. Il y a même des résultats qui sont sortis il y a quelque temps de patients qui avaient été infectés l'an dernier. Alors, maintenant on a développé, au Laboratoire national de santé publique, la capacité de faire le diagnostic rapide de la présence ou non du virus sur les carcasses d'oiseaux. De sorte que voilà les critères qu'on utilise.

● (17 h 10) ●

Il faut réaliser qu'il y a des coûts importants associés à l'épandage de larvicides, mais le but principal de l'opération bien sûr, ce n'est pas l'économie, c'est la protection de la santé publique. Et je pense que, compte tenu du fait qu'il s'agit d'une opération quand même assez large d'épandage, il faut avoir des critères précis pour le justifier. Et ces critères-là, je les ai résumés. On est constamment à l'affût, la Direction nationale de la santé publique vérifie constamment les déclarations d'oiseaux morts, fait des prélèvements pour les moustiques, vérifie s'il y a de l'infection, fait un suivi, je dirais, très, très approfondi. Comme je l'ai indiqué tantôt, on a prévu dans les nouveaux crédits en santé publique qu'il pourrait y avoir jusqu'à, je pense, 15 millions qui seraient utilisés à la lutte contre le virus du Nil, si nécessaire. Et ce qu'on va espérer tous ensemble, c'est que, cette année, on aura encore moins de cas que l'an dernier. Mais, si on n'a pas utilisé les sommes complètement qui étaient attribuables à la lutte contre le virus du Nil cette année, bien, elles seront utilisées à d'autres vocations de type prévention ou promotion de la santé.

Tout ça pour dire que, comme on a fait pour la pneumonie atypique, autant pour le virus du Nil et pour toutes les autres menaces de santé publique à venir, la Direction de santé publique du Québec, avec les directions régionales, a une action, je dirais, extrêmement serrée de surveillance. Et, je pense, comme

Québécois, on doit être fiers, là, de notre réseau de santé publique, qui fonctionne, je dirais, de façon remarquable, et il doit servir d'exemple dans beaucoup d'endroits au monde.

Alors, je tiens à rassurer la population, là, ceux qui n'ont pas été... qui n'ont pas reçu d'épandage, ce n'est pas parce qu'on pense qu'ils ne méritent pas d'être protégés contre le virus du Nil, c'est qu'on n'a pas de critères scientifiques qui nous permettent actuellement de justifier l'épandage.

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

Mme Charlebois: Bon. En guise de rectification, évidemment qu'il n'y a pas seulement Soulanges, là, qui est victime du VNO, M. le député de Vachon, mais il y en a à travers le Québec, et, effectivement, tout juste à côté de mon comté, il y a des municipalités qui ont eu accès à l'épandage.

Et une dernière question se situe au niveau... quand il y a épandage, est-ce que l'épandage se fait seulement sur les terrains publics ou tous les terrains, compris les terrains privés?

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

M. Couillard: Tous les terrains où il y a des zones d'eau stagnante, parce que c'est là que les larves de moustiques se développent. Et il y a même des terrains qui sont inaccessibles à pied, et, pour ceux-là, on doit procéder à un épandage par voie aérienne. L'épandage secondaire qui a été fait récemment avec le méthoprène, qui est un autre agent, qui est le premier agent qui a été utilisé, a été fait spécifiquement dans les puits dans les rues. Alors, vous avez peut-être vu des équipes, dans les zones qui ont eu de l'épandage, soulever les trous d'égout puis envoyer le produit parce qu'on sait que l'été il y a énormément de larves de moustiques qui se développent dans ces puits-là.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Charlebois: Oui. Alors, merci.

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

Critères de recours au privé pour certains services de santé

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Ma question... Vous nous avez parlé hier, dans votre discours ou vos notes préliminaires, et vous l'avez rappelé à maintes reprises, que vous vouliez introduire plus de flexibilité dans les prestations de services. Une des ces flexibilités-là, vous l'avez soulevé, ça a amené certains commentaires un peu de nos collègues de l'opposition, puis des commentaires quand même pertinents à certains niveaux. Au niveau, par exemple, de la... Bien, il faut l'admettre quand c'est pertinent, oui. J'ai dit «certains». Je veux quand même que ce soit spécifié. Mais, à l'égard de flexibilité, on a parlé, entre

autres, bon, de la régie régionale. Et, moi, j'aimerais, juste pour... Ça, c'est plutôt une invitation, ma question va suivre, que, si jamais vous voulez... On sait qu'on veut revoir le principe des régies régionales selon les secteurs, on n'a pas... ce n'est pas une abolition générale, ça va être selon l'adaptation du milieu. Moi, je peux vous dire qu'à Laval ce serait un endroit extraordinaire pour venir justement concentrer le tout.

Laval a bénéficié quand même... bon, une ville, une région. On a aussi le principe d'avoir un hôpital avec deux centres ou sous-centres, si je peux parler, le CHARL, entre autres, le Centre de réadaptation juif. Donc, ce serait un bel endroit pour justement concevoir le milieu pour faire en sorte que l'on puisse arriver à des services beaucoup plus... ou des prises de décision beaucoup plus directes, au-delà d'un principe de flexibilité.

Mais j'aimerais quand même que vous nous rappeliez un petit peu sur le recours au secteur privé. Je sais que ça a fait couler beaucoup d'encre dans la dernière période électorale; il y a des positions qui sont d'un extrême, il y en a d'autres qui sont sur un statu quo. J'aimerais juste que vous pourriez nous spécifier en premier lieu nos objectifs, respect des objectifs sociaux bien sûr, mais c'est quoi, les critères que vous avez l'intention d'établir pour justement lorsqu'il y aura recours au secteur privé.

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

M. Couillard: Alors, effectivement, la loi canadienne sur la santé, actuellement, permet la prestation de services privés à certaines conditions. On insiste cependant dans les principes de la loi canadienne qu'il y ait un financement complètement public du système. Alors, c'est la raison pour laquelle, au cours de la campagne, on a développé le concept du système privé lorsque nécessaire, étant utilisé par le système public, au service du système public et non pas agissant comme un élément de cannibalisation du système public en termes de vol de ressources en personnel et autres.

On a développé au cours des dernières semaines... je dirais qu'on a articulé quatre principes qui sont, je pense, des principes cardinaux, qui verraient à voir permettre... permise, pardon, l'utilisation du système privé dans les régions qui en feraient le choix. Je reviendrais sur cette question de choix tantôt pour le préambule de votre question. Alors, ces quatre principes sont les suivants.

D'abord, il ne devrait pas y avoir de coûts directs pour le patient ou l'utilisateur, premièrement.

Deuxièmement, il ne devrait pas y avoir d'auto-référence. Ça, c'est pour empêcher les problèmes de conflit d'intérêts. On ne voudrait pas qu'il y ait des patients qui soient dirigés vers les cliniques privées de façon, je dirais, là, pas tout à fait correcte sur le plan éthique. Le patient devrait être référé par son hôpital ou par son organisme régional si cet organisme n'est pas en mesure d'assurer le service dans le réseau public.

Troisièmement, le coût du service offert en privé devrait être égal ou moindre que le coût dans le système public. Ce n'est pas logique d'aller payer plus dans le privé que ce qui est fait dans le public. On dit que, par définition, le système privé coûte moins cher.

Je dois dire que ce n'est pas unanime. Il y a des endroits dans le monde où le système privé, en fait, coûte plus cher que le système public. Il faut être très prudent dans ce genre de présomption là ou de préjugé là.

Et quatrième principe qui est extrêmement important, c'est qu'il ne doit pas y avoir de capacité non utilisée dans le réseau public. Je vais vous donner un exemple. On a eu récemment l'exemple à l'Hôpital LaSalle. Il y avait deux salles et demie par semaine d'opération qui n'étaient pas utilisées, où il y avait tout le personnel infirmier, il y avait l'anesthésiste, il y aurait eu les patients, il manquait juste les chirurgiens. Alors, est-ce qu'il aurait été logique que cet hôpital-là confie à une clinique privée de la chirurgie alors qu'il y a deux salles d'opération qui sont disponibles? Alors, non. M. Levine a eu la sagesse d'utiliser ces salles d'opération là pour participer à son réseau de chirurgie à haut débit. Et c'est là l'exemple de la validité de ce principe-là, qu'il ne doit pas y avoir de capacité non utilisée dans le public.

Qu'est-ce que ça veut dire, ça? Ça veut dire qu'en pratique on est très loin du moment où on aura une capacité non utilisée dans le réseau public. Donc, je pense que le recours au privé va être exceptionnel et dans des chirurgies que je ne qualifierais pas de mineures, parce que toute chirurgie est importante pour la personne qui la subit, mais des chirurgies qui ne nécessitent pas d'importantes infrastructures, comme, par exemple — on parle souvent de cet exemple parce que c'est un bon exemple — la chirurgie de la cataracte. C'est une chirurgie qui se fait sous anesthésie locale, régionale, maintenant on n'a pas besoin d'être endormi. Alors, si on peut enlever des patients de chirurgie de cataracte de l'hôpital public pour aller les faire dans le privé, on laisse notre personnel dans l'hôpital public puis, dans ces salles d'opération là, là, on peut faire plus de chirurgies sous anesthésie générale ou des chirurgies plus importantes. Alors, dans un contexte comme ça, c'est quelque chose qui se justifie.

Mais il va falloir suivre de façon très attentive les quatre critères que j'ai mentionnés. Ce sera un peu nos quatre principes dorés, là, qui vont guider nos décisions quant à l'autorisation ou non de recourir au privé. Et on a communiqué ces critères-là, en passant, aux présidents-directeurs généraux de régies régionales lorsqu'on leur a attribué les sommes pour les listes d'attente.

Pour ce qui est du réseau unifié à Laval, je veux être bien clair que, nous, on ne forcera pas Laval ou toute autre région à faire comme ça. Si la population de Laval et les établissements de santé veulent faire ça... Et je considère qu'il y a des arguments effectivement qui militent en faveur de ce choix-là, à Laval particulièrement, mais il va falloir que le choix vienne du milieu lui-même, et on n'a pas l'intention, nous, de l'imposer sur place.

Le Président (M. Copeman): Ça va, M. le député? Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Crédits alloués aux services de maintien à domicile

Mme Harel: Oui. Alors, M. le Président, nous siégeons demain après-midi. Je comprends que, lors de

nos travaux demain, nous aurons une majeure avec la RAMQ, mais ce ne sera pas exclusivement la RAMQ. Cependant, je voudrais que nous puissions aborder un certain nombre de questions, notamment celle du maintien à domicile.

J'entendais le député de Nelligan parler des travaux en commission parlementaire auxquels il a participé durant les années précédentes. Il a sans doute reçu, au même titre que ses collègues de la députation libérale, une lettre qui a été transmise par la Coalition Solidarité Santé, laquelle lettre portait sur l'insuffisance dramatique des services à domicile au Québec et dans laquelle lettre, adressée à la députation libérale, on rappelait le silence complet et pour le moins troublant sur cette question du maintien à domicile qui, malgré l'urgence de la situation, rappelait-on, là... donc, silence complet pour le moins troublant depuis le 14 avril.

● (17 h 20) ●

Et là on rappelait certaines affirmations faites en commission parlementaire, au nom du Parti libéral, au cours de la dernière année, dans le dossier des services à domicile, notamment cette déclaration qui était faite par la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne à l'effet, le 19 mars 2002, que ce sous-financement des soins à domicile mettait en péril la santé et le bien-être de la population du Québec; déclaration également de l'actuel ministre des Affaires municipales à l'effet que les Québécois sont tannés d'entendre des promesses et d'attendre les réalisations. L'actuel premier ministre lui-même, le 27 mars 2002, disait: Est-ce qu'on va s'occuper des soins à domicile, oui ou non? demandait-il à l'Assemblée nationale. Et en commission parlementaire, en octobre dernier, le Parti libéral considérait qu'il manquait au moins 300 millions pour répondre aux besoins de la population. En campagne électorale, la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, dans une déclaration qui a été publiée dans le journal *La Voix populaire*, dont j'ai d'ailleurs copie mais qui est à son nom, alors je ne peux pas la déposer, donc dans cette déclaration la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne parlait de 625 millions.

Alors, la question au ministre, c'est: Son plan d'action est à l'effet d'injecter 40 millions dans le soutien à domicile. On est très, très loin de la coupe aux lèvres, n'est-ce pas? Le plan Faire les bons choix annoncé par le précédent ministre de la Santé et des Services sociaux était à l'effet d'injecter, de manière récurrente, 130 millions chaque année dans le maintien à domicile. Alors, je pense qu'il y a une grave erreur si on pense qu'en matière de santé la population va vous attendre un an. C'est impensable. La population, là, c'est maintenant qu'elle voulait des réponses et qu'elle s'attendait à des réponses dans ces questions, et que vous lui avez présenté d'ailleurs cette priorité comme étant absolue et ne devant pas connaître un report d'un an.

Intentions du gouvernement concernant la politique de soutien à domicile Chez soi: le premier choix

Alors, en matière de soutien à domicile, la question au ministre est la suivante: D'abord, qu'entend-il faire de plus, n'est-ce pas? Trouve-t-il suffisant le montant de 40 millions qu'il a injecté? Qu'entend-il faire

du plan... en fait, de la politique d'ensemble qui a été celle... Chez soi: le premier choix, là, qui a été rendue publique en février dernier? C'était une politique qui était très attendue, elle avait été l'objet d'une vaste consultation, elle a été extrêmement bien reçue. Est-ce que le ministre entend lui donner une suite?

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

Crédits alloués aux services de maintien à domicile (suite)

M. Couillard: Alors, M. le Président, tout ça revient à une chose, c'est qu'on s'entend tous autour de la table pour dire que le maintien des soins à domicile est prioritaire, et, je l'indiquais ce matin, c'est une façon très utile, très efficace pour désengorger nos urgences, améliorer nos listes d'attente. Je pense que la démonstration n'est plus à faire, tout le monde est d'accord là-dessus.

J'ai eu également l'occasion, il y a quelques temps, de rencontrer, il y a quelques jours, les gens de la Coalition Solidarité Santé, des gens très intéressants. Je dois dire qu'on avait prévu une demi-heure pour eux puis finalement, devant le niveau élevé de discussion, je les ai gardés avec moi une heure et quart, une heure et demie, et je pense qu'ils ont également été satisfaits de nos échanges. Bien sûr, on ne s'entendait pas sur toutes les orientations, mais je dirais que, comme aujourd'hui d'ailleurs, on a eu des échanges très productifs.

Il faut quand même voir où on part... d'où on part et jusqu'où on veut aller, je pense que c'est l'essence même de la question de ma consœur la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. On sait qu'on a actuellement les dépenses per capita en maintien à domicile les plus basses au Canada, au Québec: environ 65 \$ par habitant au Québec alors qu'au Manitoba c'est 125 \$ environ, pour une moyenne canadienne de 83 \$. Donc, on est bien loin même de la moyenne de ce qui se fait dans notre pays, là, dans les autres provinces pour les soins à domicile. Je rappelle également les constatations du Vérificateur général en 2001, qui blâmait à l'époque sévèrement le gouvernement pour son laxisme et son improvisation en disant, par exemple, que ni les CLSC ni les régies régionales ni les ministères ne sont en mesure de savoir si la clientèle est bien servie, ni, ces organismes-là, ne connaissent la situation des listes d'attente, et les budgets sont alloués par le ministère sans qu'on connaisse le nombre de clients, etc. Alors, tout ça est bien sûr à l'origine de la mise sur pied de cette politique à laquelle la députée faisait allusion, une politique qui effectivement a été bien accueillie dans les milieux et particulièrement par les gens de la Coalition Solidarité Santé.

Je rappelle encore une fois... Et puis ça, la population le comprend. Je diffère un peu d'opinion avec Mme la députée lorsqu'elle dit que la population ne nous attendra pas. Moi, les contacts que j'ai avec la population, directs ou indirects, me montrent que les gens comprennent très bien que, cette année, il faut stabiliser les finances publiques et que nos investissements importants vont débiter en 2004-2005. Je rappellerais cependant que, si on parle de hauteur d'investissement, on a cette année consacré dans nos

investissements nouveaux 50 millions en hébergement, récurrents, 50 millions récurrents en hébergement et en maintien à domicile, ce qui est équivalent à tout le rehaussement pour toute l'enveloppe santé et services sociaux de l'année précédente par le gouvernement qui nous a précédés. Alors, je pense que, pour une première année, là, ce n'est pas si mal, mais il y a matière bien sûr à amélioration.

Alors, quels sont nos engagements à ce niveau-là? C'est d'abord de rejoindre la moyenne canadienne, je pense que c'est le moins que nos concitoyens et concitoyennes s'attendent de notre part, et hausser les investissements en conséquence à partir de 2004-2005. Alors, ce sont nos engagements, on va les réaliser, il n'y a aucun doute là-dedans. Et je pense que d'avoir replacé la situation dans son contexte, là, est utile sur le plan historique. Quand on voit d'où on vient, on voit mieux où on va. Merci, M. le Président.

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

Mme Harel: Alors, d'où vient-on? Je crois que le ministre a bien raison de poser la question de savoir d'où l'on vient en ce domaine, là, du maintien à domicile. Et je rappelle que, depuis 1994-1995, le budget de maintien à domicile a doublé, est passé de 297 millions à 555 millions en 2002-2003, c'est-à-dire qu'on est passé de 300 millions, à peu près, à plus d'un demi-milliard, n'est-ce pas? Ce qui signifie que le point de départ de 1994 était extrêmement bas pour avoir doublé en ces années. On ne parle même pas de coûts de système, là, on parle de littéralement passer de 297 millions à 555 millions de dollars en matière de services de maintien à domicile.

Le ministre est obligé de reconnaître une chose: l'argent qu'il dépense cette année, c'est de l'argent que le gouvernement précédent a «gossé» au gouvernement libéral, n'est-ce pas, au gouvernement fédéral libéral, puisque ce 838 millions injecté cette année, plus le 809 millions de réserve qui était mis en place pour l'an prochain, a été utilisé dans le budget du ministre des Finances, et une partie de cet argent réservé à la santé a été utilisée à d'autres fins. Bon. Il faut donc reconnaître que l'effort se retrouve dans le plan Faire les bons choix annoncé en février suite à l'entente convenue avec le gouvernement fédéral. Et, dans ce plan, c'était 130 millions par année que le gouvernement précédent consacrait aux services de maintien à domicile, pour un total, l'objectif à atteindre, de 300 millions d'ici 2005.

Alors, moi, je veux bien qu'on pellette en avant, là, mais on est très, très loin du compte. On est loin du compte, là. On ne peut pas comparer la situation. Le gouvernement précédent va chercher l'équivalent de plus de deux milliards et demi dans la santé pour les trois prochaines années, s'assure pour cette année d'injecter 130 millions dans la santé, et puis...

Une voix: ...

Mme Harel: ...dans les soins à domicile, excusez-moi, 130 millions dans les services de maintien à domicile, et, ce qu'on nous dit, c'est que finalement 40 millions... que le gouvernement actuel réduit ça à

40 millions sans savoir combien il en sera l'an prochain. Alors, ce n'est pas suffisant. Ce sera combien, l'an prochain? C'est quoi, votre plan? Quel est votre objectif en matière de maintien à domicile? On peut bien reprocher celui du gouvernement précédent, mais il était de l'ordre de 300 millions d'ici 2005. Quel est le vôtre?

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

M. Couillard: Bien, d'abord, je suis désolé de revenir sur la question, mais on y fait allusion, de sorte que je suis obligé de donner la même remarque, les engagements du gouvernement précédent reposaient en grande partie sur de l'argent qui n'était pas présent, et pour au moins 50 %. Je pourrais encore faire mon addition de ce matin. Si vous voulez, lors de la prochaine réponse, je vais la faire, si on continue là-dessus, je vais la ressortir, ma feuille d'addition, puis je vais refaire mon addition, dollar par dollar, pour nous amener aux crédits actuels. Et vous allez bien voir qu'il était tout à fait mathématiquement impossible, dans les faits, de dépenser l'argent qui avait été engagé par le précédent gouvernement, à moins de prévoir virtuellement qu'on allait aller en crédits supplémentaires pour avoir l'argent, mais on conviendra que c'est une façon assez étrange de faire un budget puis de planifier des plans simulés.

● (17 h 30) ●

Le fait d'avoir fait l'augmentation de 50 millions cette année, ça correspond en fait, en réalité, aux augmentations des années précédentes qui ont été successivement de 34, 53, 26, 48, 49, 46 millions. Ça, c'est l'ordre de grandeur des investissements des années précédentes dans ce domaine des actions et des activités du ministère de la Santé et des Services sociaux. Donc, cette année, dans le cadre de notre opération de stabilisation financière, on a fait finalement un investissement supplémentaire équivalent à ce qui avait été fait dans les années précédentes.

Pour ce qui est de notre engagement, je le répète — puis la population nous a élus alors qu'on a clairement établi cet engagement-là — on veut rejoindre la moyenne canadienne et on va commencer à réinvestir dès l'année prochaine, et ce sera étalé sur l'ensemble de notre mandat, de sorte que mon objectif et l'engagement du gouvernement, c'est qu'en fin de mandat on ait au moins atteint la moyenne canadienne en investissements pour le maintien à domicile. Pourquoi? Pas par nécessité électorale, parce qu'on n'a pas le choix. Ça doit être une priorité majeure en santé et services sociaux, ce qu'on appelle les soins de proximité, c'est-à-dire le maintien à domicile, l'hébergement et les soins de première ligne. Et ça, je pense que tout le monde s'entend là-dessus. Donc, je rassure Mme la députée et la population: Oui, il y aura de l'investissement important en maintien à domicile. On va au moins rattraper la moyenne canadienne, et ce sera accompli à l'intérieur de notre mandat.

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

Mme Harel: M. le Président, la moyenne canadienne pour la rattraper, il faut injecter 300 millions. C'était là l'objectif énoncé par le ministre de la Santé, l'actuel député de Rousseau, injecter 300 millions

d'ici 2005. Là, vous parlez d'atteindre cet objectif de 300 millions d'ici la fin du mandat, c'est-à-dire 2007, donc deux ans de plus. D'autre part, le ministre semble toujours omettre deux éléments importants. Le premier, c'est qu'il y a eu entente entre les provinces et le gouvernement fédéral en février, qui aura permis d'injecter des fonds supplémentaires extrêmement importants. Ça, il en convient, n'est-ce pas? Il en convient au point où les crédits qu'on va adopter sont entièrement financés dans la hausse de la santé par ces fonds fédéraux importants, d'une part. Fonds fédéraux importants, puisqu'il s'agissait de 838 millions pour la présente année et d'une réserve de 809 millions pour l'an prochain, qui est utilisée dès cette année par l'actuel gouvernement. Donc, 1,6 milliard de fonds fédéraux prévus pour la santé qui sont utilisés dans le budget déposé par le ministre des Finances.

Mais, au-delà de ça, là, à bien des égards, le ministre de la Santé et des Services sociaux a une pensée construite très rationnelle, mais comment peut-il — peut-être pour des raisons partisanses, je n'en vois pas d'autres — peut-il écarter cette évidence qu'il y avait une réserve de 809 millions? Son gouvernement l'a utilisée! Alors, les choix qui sont faits dans le document *Pour faire les bons choix*, c'étaient les bons choix qu'il fallait continuer à faire. L'actuel gouvernement a choisi de ne pas les faire en matière de maintien à domicile, en matière de groupes de médecine familiale, en matière de soutien, de soins de longue durée, en matière de places nouvelles à créer en soins de longue durée, en matière d'efforts pour les populations vulnérables. Vous avez choisi de ne pas le faire. Dites-nous pas qu'il n'y avait pas l'argent pour le faire. Nous avions l'argent pour le faire. Vous nous dites: Il n'était pas là, l'argent. Bien, voyons! La réserve était là; vous, vous l'avez utilisée. Pourquoi est-ce qu'on n'aurait pas pu le faire, nous aussi? Dites-nous qu'on n'avait pas les bons choix mais dites-nous pas, comme vous le prétendez depuis des mois, qu'on n'avait pas l'argent pour le faire. Pourquoi on n'avait pas l'argent pour le faire? On aurait très bien pu prendre comme vous une partie seulement. Vous la prenez en totalité, la réserve; on aurait pu prendre une partie de la réserve pour le faire.

Alors, non. Discutons plutôt des choix que vous faites et qui sont des choix qui nous éloignent des choix à faire, parce que les choix à faire, tout le monde le sait, c'est les choix de la première ligne puis des services de proximité. Et on s'éloigne, avec ce que vous nous proposez dans les crédits cette année, de ces choix.

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

M. Couillard: Alors, je regrette beaucoup, M. le Président, mais je vais être obligé de recommencer, là. Le 809 millions de la réserve du gouvernement fédéral a été inclus dans le budget général du gouvernement du Québec cette année pour faire face à l'impasse budgétaire qui avait été laissée par le précédent gouvernement. Ce montant-là va être réinjecté l'an prochain dans l'allocation santé et services sociaux par le ministre des Finances. Donc, on n'y perd strictement rien.

Le deuxième aspect des montants fédéraux, c'est le 472 millions qui devait nous être versé advenant le

fait qu'il y ait des surplus fédéraux de 5 milliards ou plus. Vous savez que, récemment, le gouvernement fédéral a émis des doutes quant au fait de livrer la marchandise, et notre premier ministre est en train actuellement de livrer un combat vigoureux, avec ses collègues des autres provinces, pour s'assurer que l'argent va être au rendez-vous. Ça aussi va être réinjecté dans le budget l'an prochain.

Je suis obligé de recommencer la démonstration, puis je ne le fais pas de gaieté de coeur parce que c'est un peu plate de lire ces chiffres-là, mais je vais le faire quand même. Je rappelle qu'en santé et services sociaux il y avait une impasse budgétaire de 572 millions dont la moitié était imputée au ministère de la Santé et des Services sociaux; donc, on ne peut pas dire qu'on avait les moyens effectivement pour financer un engagement de 570 millions.

Je fais la liste des montants qui seront ajoutés à la dépense réelle de l'an dernier. Je vais la recommencer lentement pour qu'on prenne des notes, si nécessaire. Le développement annoncé, 240 millions; l'allocation additionnelle pour l'autisme, 8 millions; le fonctionnement des nouvelles installations, 45 millions; les ajustements salariaux — je passe les détails — 326 millions; le service de la dette, 37 millions; l'année bissextile, 30 millions; l'indexation des dépenses non salariales, 95 millions; le coût net cette année des engagements avec les fédérations médicales, 182 millions; le coût de systèmes spécifiques à la santé, 50 millions; la croissance des coûts de programmes de médicaments, 194 millions; la gestion de l'approvisionnement, 139 millions; et d'autres dossiers, 63 millions, pour 1 309 000 000 \$.

Alors, je regrette, la mathématique — ce n'est pas même être rationnel ou cartésien ou quoi que ce soit — c'est un élément mathématique, je dirais, assez clair: il s'agit d'une addition et d'une soustraction. Qu'on me dise à ce moment-là qu'on avait prévu remplir nos engagements à l'aide de crédits supplémentaires, si on commence à budgéter comme ça au gouvernement, il n'y a plus de fin, là. J'espère qu'il faut... j'espère pouvoir bénéficier éventuellement de crédits supplémentaires mais, en aucun cas, je ne le prévois dans mes opérations pour l'année. Si ces crédits supplémentaires se présentent, tant mieux, on les utilisera, puis les priorités que vous avez dites sont les bonnes priorités. Mais je regrette, là, j'ai un désaccord fondamental avec ma consœur sur le fait que, non, l'argent n'était pas là pour remplir les engagements qui avaient été faits, à moins de prévoir d'avance, par entente parallèle, qu'on irait en crédits supplémentaires ou à moins d'avoir prévu qu'on augmenterait les impôts ou les taxes pour aller combler la différence, ce qui n'est pas impossible, compte tenu qu'on se souvient qu'il y avait 100 \$ de plus pour l'immatriculation, entre autres, et d'autres choses qui étaient dans le budget récent.

Pour revenir aux investissements en services à domicile, il faut réaliser quelque chose ici, et je pense que les acteurs du milieu vont être conscients de ça: 250 millions de plus en services à domicile, ça équivaut à 7 000 postes de plus, 7 000 postes de plus. Elles sont où, les 7 000 personnes? Est-ce qu'elles sont là actuellement, les 7 000 personnes? Alors, de toute façon, le système ne sera pas capable d'absorber en une seule année un investissement de cette importance-là, et,

d'ailleurs, le gouvernement précédent l'avait étalé sur quelques années. On va faire la même chose, on va se rendre à l'objectif.

Si, effectivement — puis là, je n'ai pas le calcul sous les yeux puis on me le donnera au ministère — si, effectivement, la résultante financière de l'atteinte de la moyenne canadienne, ça équivaut à près de 300 millions — c'est possible que ce soit le cas, 280 ou quelque chose comme ça — bien oui, c'est notre objectif, puis on va l'accomplir de façon ciblée puis de façon à respecter les capacités d'absorption du réseau, parce qu'il faut être prudent dans ces gros investissements et de s'assurer que les gens sont là pour donner les services. Le meilleur exemple de ça, c'est les autistes, les enfants autistes. On peut bien donner des millions et des millions de dollars cette année mais, s'il n'y a pas d'éducateurs disponibles dans les régions, on est un peu mal pris. La même chose pour les orthophonistes dont on parlait tantôt.

Et, à ce sujet-là, j'ai des bonnes nouvelles au sujet des orthophonistes — je regrette que ma consœur de Beauce-Sud ne soit pas là — il y a actuellement, pour la Chaudière-Appalaches — on pourra peut-être lui transmettre la bonne nouvelle, là — il y a 18 orthophonistes en place: 10 en centres de réadaptation en déficience physique, huit en CLSC et en centres hospitaliers. Il y a quatre postes qui ont été affichés en fin de semaine dans cette région-là, et on est très optimistes à la régie régionale quant à la possibilité de combler les postes, et, avec les sommes supplémentaires qu'on a allouées pour la dysphasie, pour les enfants dysphasiques, on va être capables même d'ajouter d'autres postes. Il y a 40 étudiants qui finissent à l'Université de Montréal au printemps 2003, une vingtaine à l'Université McGill et également cinq à six qui viennent au Québec en provenance de l'Université d'Ottawa. Donc, je regrette que ma consœur ne soit plus là pour lui donner ces bonnes nouvelles, mais... et Laval commence une nouvelle cohorte, l'année prochaine, d'orthophonistes, de 20 personnes. Alors, je pense que l'horizon est clair pour la question des orthophonistes.

Mais je reviens à mes opérations d'algèbre élevé et de mathématiques différentielles et intégrales, là. Il n'y avait pas l'argent. Moi, je regrette, je gère ça comme à la maison: on a l'argent qu'on a puis on a l'argent à dépenser, puis on fait une addition puis on fait une soustraction, on voit combien il reste. Si on a le bonheur de recevoir des crédits supplémentaires, on les utilisera.

● (17 h 40) ●

Mme Harel: Est-ce que le ministre me permet une question sur ça?

Le Président (M. Copeman): Eh bien, écoutez, c'est le président qui vous permet ou pas. Le ministre...

Mme Harel: Bon, c'est vrai. Mais est-ce que le ministre consent...

Le Président (M. Copeman): Le 20 minutes est malheureusement dépassé. S'il y a un consentement unanime, je vais vous permettre une...

Mme Harel: Ce serait court.

Le Président (M. Copeman): Il y a un consentement? Consentement? Oui, allez-y. Une courte question.

Mme Harel: M. le ministre, dans les hypothèses que vous avez énoncées, il y en a une seule que vous avez écartée et qui est très simple: en cours d'année, il aurait tout autant été possible au gouvernement précédent d'utiliser une partie seulement de la réserve, alors que, vous, en début d'année, vous l'avez utilisée en totalité. Pourquoi toujours écarter cette hypothèse?

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

M. Couillard: Parce qu'il y avait un trou de 4,3 milliards dans le budget du Québec, M. le Président, puis il a fallu prendre l'argent pour combler ce trou-là.

Le Président (M. Copeman): Bon. M. le ministre, vous...

Mme Harel: ...mantra.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre... Je pense que j'ai entendu des propos antiparlementaires, là. Je ne suis pas sûr, là, mais...

Mme Harel: Mantra?

Le Président (M. Copeman): Un mantra, pardon. Non. O.K. J'avais cru comprendre un autre mot.

M. Couillard: C'est intéressant que vous ayez entendu d'autre chose.

Mme Harel: Qu'est-ce que c'était, l'autre chose?

Une voix: Je ne sais pas.

Mme Harel: Qu'est-ce que vous avez entendu?

Le Président (M. Copeman): Oui. M. le ministre, vous maîtrisez très, très bien notre règlement mais...

M. Couillard: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, mais je vous signale que, je sais que c'est par inadvertance, on ne peut pas référer à l'absence d'une collègue.

M. Couillard: ...important.

Le Président (M. Copeman): Alors, je suis maintenant prêt à céder la parole à M. le député de Laval-des-Rapides.

M. Paquet: Merci, M. le Président. Alors, je pense qu'effectivement on voit qu'il semble que, du côté de l'opposition, il y a un peu un problème à comprendre le concept de «contrainte budgétaire», dans le sens qu'on ne peut pas dépenser de l'argent qu'on n'a pas. On peut en certains cas emprunter pour faire des investissements clairs, et je vais revenir à la question d'investissements

dans un moment, mais il semble vraiment y avoir un problème de compréhension majeur sur la question du fait que... C'est facile en campagne électorale, et c'est ça qui désabuse la population, c'est lorsque des gens promettent des choses, arrivent avec un document budgétaire qui était, dans le fond, un programme non fondé, virtuel, la veille des élections, et on promet une série d'engagements qui ne sont basés sur aucun chiffre solide, sauf sur une impasse budgétaire qui est camouflée pendant un bon... pendant plusieurs mois. C'est ça qui désabuse la population.

Mme Harel: ...

M. Paquet: Bien...

Mme Harel: Pour moi, vous avez moins l'oreille sensible du côté droit que du côté gauche.

Le Président (M. Copeman): Pas du tout, madame. Madame! Mme la députée, j'ai siégé à ma gauche pendant neuf ans. Je pense que j'ai un équilibre parfait des deux oreilles. Ce qu'il y a entre les deux oreilles, c'est discutable, mais les deux oreilles fonctionnent très bien. Mais, malheureusement, j'ai été distrait par mon collègue le député de Nelligan. Alors, je n'ai pas capté. Si vous voulez faire un appel au règlement...

Mme Harel: ...

Le Président (M. Copeman): Est-ce que vous voulez faire un appel au règlement, Mme la députée?

Mme Harel: C'est le mot «camouflé», M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Bon. Est-ce que vous avez prononcé ce mot-là, M. le député?

M. Paquet: Si je l'ai prononcé, en tout cas, je le retire, là. Je n'ai pas... C'est vraiment, c'est un...

Le Président (M. Copeman): Parfait! C'est réglé. Voyez-vous comment c'est facile à régler, les...

M. Paquet: J'ai dit: Ce qui désabuse la population, c'est lorsque...

Le Président (M. Copeman): Allez! Continuez, M. le député.

M. Paquet: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Ça va tellement bien.

M. Paquet: Alors, je dis: Ce qui désabuse la population, c'est lorsqu'on fait des engagements, des pseudo-engagements qui ne sont basés sur aucune réalité concrète du point de vue budgétaire; il y a un problème. Et là, la population se dit: Bien, écoutez, on peut bien dire qu'on va augmenter de 300 millions, de 200 millions de plus ici, 100 millions là, mais si l'argent

n'est pas là, comment va-t-on le financer? La population comprend bien, lorsqu'elle administre un budget, qu'on ne peut pas tout faire en même temps, qu'il y a des choix à faire. Mais donc, on ne peut pas, au moins, dire des choses qu'on ne peut pas être capables de soutenir. Ça, c'est un manque de rigueur important et qui désabuse la population. Et donc, la population se pose des questions là-dessus.

Plan d'investissement dans les équipements médicaux

Mais revenons sur un exemple, un aspect important, je crois, qui concerne la question des équipements médicaux. J'ai parlé un peu plus tôt, ce matin, du problème parfois du manque de planification qu'il a pu y avoir dans le système. Et je ne blâme pas personne en particulier mais, peut-être, des fois, à un moment donné un peu, une des choses qui nous préoccupent, entre autres, en tant que président de la commission des finances publiques... les membres de ma commission, avec l'accord des deux côtés de la Chambre, on s'est entendus à étudier, à se donner un mandat d'initiative pour parler de transparence budgétaire. J'entends par là un des éléments importants qui est très non partisan, là, si on parle par exemple de dire... lorsqu'on parle d'investissements.

Alors, à un moment donné, présentement c'est très compliqué de se retrouver: qu'est-ce qui sont des investissements et qu'est-ce qui n'en sont pas, dans les budgets? Et à un point tel, par exemple, que, dans les dernières années, on en est venu qu'à compter — je prends un exemple en santé, mais il y en a d'autres exemples, là — où est-ce qu'on compte les manuels scolaires qu'on amortit sur 25 ans. Bon, il y a d'autres exemples comme ceux-là. Et là, à un moment donné, je pense, en termes de transparence budgétaire, c'est important pour la population et pour nous, comme parlementaires, pour exercer le contrôle des argents des contribuables, de nos commettants, de s'assurer que les choses sont aux bons endroits, qu'on s'y retrouve dans les documents budgétaires et qu'on puisse aider pour une meilleure planification, une meilleure gestion, un meilleur contrôle, une plus grande clarté pour la population, qu'on puisse définir c'est quoi, des investissements, qu'est-ce qui en est, qu'est-ce qui n'en est pas.

Et, concernant les équipements médicaux, justement, de façon particulière, on sait que, par exemple, il y a quelques années, il y avait eu un transfert du gouvernement fédéral, une somme de 600 millions de dollars qui avait été transférée de la part du gouvernement du Québec pour acheter, pour renouveler une partie des équipements médicaux. Ces sommes d'argent étaient restées, à ma grande surprise et à celle de mes électeurs, pendant un an, ce 600 millions de dollars là, un an, un an et demi, est resté pratiquement à dormir dans les coffres, dans des comptes à la banque, bien, en tout cas à Toronto. Je ne me souviens plus de la banque exacte mais à Toronto. Et, pendant ce temps-là, les sommes étaient disponibles, mais il n'y avait pas eu de planification pour acheter, pour commander et planifier l'utilisation de ces sommes pour renouveler de l'équipement médical et pour lequel il y a un besoin important.

Et, au même moment, pendant cette même période, on sait qu'il y avait des femmes, entre autres, qui souffraient malheureusement d'un cancer, qui avaient besoin d'un traitement de médecine nucléaire, et on les envoyait se faire soigner à Plattsburgh pour pouvoir combler les besoins qu'il y avait. Et, eux, pendant ce temps-là, avec, en bonne partie, des sommes qui étaient payées par les contribuables du Québec pour soigner ces gens-là — ça répondait évidemment à un besoin important — ils ont pu acheter, commander, acheter, calibrer et mettre en opération un appareil de médecine nucléaire à Plattsburgh.

Alors, il semble qu'au Québec ça prend beaucoup plus de temps. Il y a peut-être des raisons objectives, et je ne veux pas prêter d'intention... Et je voudrais juste citer un peu le rapport du Vérificateur général du Québec qui, en juin 2001, avait parlé de laxisme dans la gestion et dans l'application des normes qui... lorsqu'on parle de régir la qualité, la sécurité des appareils, de types de mammographies, échographes, imagerie par résonance magnétique. Et quelques citations. On parlait dans le rapport que «ce sont ces appareils de radiologie de base — radiographie et radioscopie — avec lesquels la plupart des examens diagnostiqués sont réalisés qui affichent la vétusté la plus prononcée». Une autre citation. Même, c'est encore pire. On dit: «Le ministère ne dispose pas d'inventaire détaillé du parc — de ses équipements, donc. Il connaît approximativement sa valeur mais n'est pas en mesure d'en évaluer la vétusté.»

Et donc, c'est un diagnostic très objectif de la situation où on pense qu'il serait peut-être utile d'avoir une meilleure planification. Je pense que ce serait utile pour le ministère, pour le gouvernement et pour les citoyens qui attendent des services d'avoir un peu un inventaire des appareils, des besoins pour pouvoir planifier un véritable plan d'investissement dans ces équipements, qui ne peut pas se faire sur un an — on en convient bien — à cause des contraintes budgétaires, à bien des égards. Mais on sait qu'il y a des besoins, et on aura besoin souvent de se retrouver aussi, où ça devra aller et comment on pourra le financer.

Mais est-ce que le ministère ou le gouvernement a planifié justement de faire cet inventaire-là de ces besoins et de planifier un peu comment, au cours des années à venir... parce qu'on comprend que ça ne peut pas se faire du jour au lendemain, mais qu'on puisse savoir où on s'en va avec ça et quels sont les besoins et comment on peut y remédier?

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, je vais donner une idée des sommes qui ont été investies pour les équipements. C'est des sommes importantes qui ont été investies dans les précédentes années. Mon but ici n'est pas de dire que le précédent gouvernement n'a pas investi assez. C'est juste pour montrer l'historique des investissements en équipements.

En 2000-2001, 331 millions; en 2001-2002, 30 millions; l'an dernier, 165 millions. Cette année, pour 2003-2004, il y a un montant global de 120 millions qui avait été consenti pour l'achat d'équipements médicaux, et ceci a été déjà priorisé dans des blocs pour le PTI, le

plan triennal d'immobilisation 2003-2004 — encore une fois, je n'ai pas modifié — suite aux recommandations ou priorisations précédentes, entre les urgences, la radio-oncologie, la dialyse, les soins à domicile, les installations de résonance magnétique. Tout ce qui a été prévu va être effectué selon les priorités qui avaient été faites par nos prédécesseurs.

Maintenant, ce qu'il faut dire sur le plan plus général... Puis vous touchez un point très important qui est le maintien du parc d'équipements. On évalue la valeur actuelle du parc d'équipements technologiques dans le réseau de la santé à environ 2 milliards de dollars. Si on regarde actuellement, l'investissement, c'est 120 millions de nouveaux équipements, 80 millions de maintien, donc on investit environ 200 millions. Donc, on a un plan qui nous amènerait normalement au renouvellement du parc technologique aux 10 ans, ce qui, je pense, est quelque chose de correct et de sensé, compte tenu des normes en vigueur dans l'industrie en général.

● (17 h 50) ●

Donc, si on est capables de continuer ce rythme-là — il faut réaliser qu'une grande partie des sommes ici nous provient du gouvernement fédéral, donc on espère que ces sommes vont continuer de nous être attribuées — si on continue avec ce rythme-là, on devrait être capables de maintenir un rythme de remplacement du parc technologique environ aux 10 ans.

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

Système de planification du renouvellement des équipements médicaux

M. Paquet: Merci, Mme la Présidente. Mais, justement, est-ce qu'on prévoit en somme de pouvoir se donner des outils... Je parle de planification parce que, dans le passé — puis là ce n'est pas juste l'ancien gouvernement, c'est tout le système parfois — il semblait qu'il y avait des délais qui étaient... qui semblaient relativement longs parfois. Par exemple, de dire: Bien, maintenant, voici les besoins qu'on a, voici ce qu'on doit planifier comme achat et, arrivés à l'étape de l'achat, la mise en place, etc. Est-ce qu'il y a moyen de se donner peut-être des outils de planification là-dessus, qui pourraient nous permettre de pouvoir mieux voir? Je sais que vous avez déjà des plans, etc., mais il y a peut-être des outils qui pourraient aider à accélérer, je pense, parfois, dans certains cas, avec les mêmes sommes, là, la mise en place de ces installations lorsque vient le temps, lorsque les sommes sont disponibles, lorsque vient le temps de les mettre... d'exécuter la réalisation de ces engagements?

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

M. Couillard: On a déjà une très bonne idée du parc d'équipements du Québec, là, qui nous permet de prendre les décisions appropriées. Je vais juste revenir... Je vais juste revenir sur la question du processus décisionnel, la rapidité, parce que, quand même, je pense qu'en toute justice il faut établir ici une comparaison qui est valide, là.

Si on dit qu'un hôpital à Plattsburgh a permis de dégager rapidement les fonds, dans un contexte privé, pour l'achat d'équipements, c'est quand même différent d'un système public universel aussi où il faut s'entendre sur des priorités régionales, ensuite il faut s'entendre sur des priorités nationales. Et ça, d'après moi, c'est essentiel de continuer et de conserver ce processus-là. Donc, notre système d'acquisition va toujours être plus lent, je pense, pour ces raisons, qu'un système entièrement privé. Par contre, on bénéficie des retombées positives d'avoir un système public.

De là à dire qu'on ne pourrait pas améliorer et accentuer ou accélérer le traitement des dossiers, autant pour les immobilisations que pour les équipements, je suis d'accord avec vous, il y a du progrès à faire à ce sujet-là. Et on a actuellement, je pense, des réflexions à ce sujet-là, particulièrement pour les immobilisations. Je trouve que c'est très long, hein — puis ceux qui ont été au gouvernement auparavant le savent — entre le moment où l'idée germe, sur place, du projet et sa réalisation, avec toutes les étapes qu'il faut traverser, c'est excessivement long. Puis on se retrouve finalement avec un effet d'entonnoir très important.

On me disait qu'actuellement il y a près de 1,7 milliard de projets d'immobilisations qui sont dans le système, actuellement. Alors, on a un processus d'entonnoir qui fait qu'on ne pourra jamais réaliser tous ces projets-là, il va falloir les sélectionner d'après des, je dirais, des normes puis des priorités régionales. D'où l'importance, encore une fois, des notions de complémentarité, de hiérarchisation puis d'organisation. On ne pourra pas passer à travers ça sans respecter ces principes-là.

Actuellement, la Corporation d'hébergement du Québec finalise l'inventaire, là, du parc immobilier et technologique, mais on dispose d'assez d'informations maintenant pour établir sa valeur globale puis prendre les décisions stratégiques qui correspondent aux besoins.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Laval-des-Rapides.

M. Paquet: D'accord. Je remercie le ministre pour les précisions qu'il a apportées. Je pense effectivement que l'exemple qui nous revient, c'est qu'on ne voudrait pas retrouver une situation où, si de l'argent était disponible, comme, par exemple, du fédéral, qu'il y a des besoins et des demandes, qu'on ne puisse pas... J'imagine que, si jamais — comme vous dites, un effet d'entonnoir — il y a des choses qui se font attendre, il ne devrait pas y avoir de raisons pour lesquelles 600 millions restent à Toronto ou ailleurs, même si c'est à Montréal, pour dire: Bien là on n'utilise pas ces sommes-là, si elles devenaient disponibles. Je crois que c'est dans ces situations-là que la population — à bon droit, je crois — ne comprendrait pas. Mais votre réponse, je pense, donne très clairement l'illustration que ce n'est pas votre intention et que, justement, vous voulez agir dans l'intérêt de la population. Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va? M. le député de Groulx.

M. Descoteaux: Merci, M. le Président.

Mme Harel: ...intervention sur le même sujet. Parce que je crois que, à la page 301 de notre livre des crédits...

Le Président (M. Copeman): En autant qu'on revient après, madame. Oui, en autant...

Mme Harel: Oui. À la page 301 de notre livre des crédits, ce dont il est question en termes d'investissements, ce sont des investissements en équipements médicaux, mais quand le député parle du fonds à Toronto, c'est tout à fait autre chose, là. C'est un fonds qui avait été mis en place par le ministre des Finances, M. Paul Martin. Et je crois qu'il y a une confusion, là, il y a une confusion.

Le Président (M. Copeman): Brièvement, M. le député de Laval-des-Rapides. Normalement, ce n'est pas un échange entre deux parlementaires, mais allez-y.

M. Paquet: Très brièvement. Merci, M. le Président. Je crois bien me rappeler, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, que ce fonds-là, qui avait été mis en place à ce moment-là par le ministre des Finances fédéral à l'époque, était justement destiné à pouvoir permettre de s'adresser aux problèmes d'équipements médicaux, entre autres, d'investissements à cet égard-là. Et ces sommes-là donc... De toute façon, est-ce que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve serait en train de soutenir ou de dire que, finalement, ces 600 millions, on n'en avait pas besoin pendant l'année et demie où c'était à Toronto? J'imagine que non.

Le Président (M. Copeman): Bon. Je vous demanderais, M. le député de Groulx, d'être le plus succinct possible.

M. Descoteaux: Merci, M. le Président. Ma question va être succincte, elle est d'ordre général aussi, ce qui va peut-être permettre au ministre de respirer, considérant les questions très pointues de notre collègue d'Hochelaga-Maisonneuve. Mais je la rassure tout de suite, ce n'est pas une question plantée.

Intentions du ministre concernant les groupes de médecine de famille

J'étais très heureux, M. le ministre, de vous entendre, en début d'après-midi, parler au niveau des soins et des patients, que, pour les patients, le choix du médecin était un droit absolu. C'est rafraîchissant, ces termes-là, parce que ça s'éloigne de ce qu'on a vécu dernièrement. C'est aussi un droit fondamental qu'on connaît bien, du moins de mon côté, au niveau de la pratique d'avocat; c'est aussi, le choix de son praticien, un choix absolu et un droit absolu.

Ma question, M. le ministre, est à l'effet que, depuis un bon bout de temps, on parle des groupes de médecine familiale. On peut lire dans *La Presse* aujourd'hui que, pour Montréal, c'est aboli, mais ça semble être une question qui relève plutôt — du moins dans l'article — que ça relève plutôt des dispensateurs de soins plutôt que des patients comme tels. J'aimerais avoir la vision du ministre sur ces groupes de médecine

familiale, dans le sens: Est-ce qu'ils remplissent ou est-ce qu'ils rencontrent effectivement ce droit du patient de choisir son praticien? Il me semble que, lorsque les services sont donnés ou dispensés par un groupe sur lequel le patient a peu à dire, peut-être qu'on s'éloigne du droit absolu auquel vous faisiez référence. J'aimerais avoir la vision du ministre sur ça.

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

M. Couillard: Je voudrais d'abord commenter l'article auquel mon collègue fait allusion. Le titre était tout à fait inadéquat, puis je me suis permis de donner cette impression-là au journaliste qui m'a assuré que ce n'était pas lui l'auteur du titre mais le titre du journal, parce que, si on lit le texte de l'article, ça n'a rien à voir avec le titre; il n'a jamais été question d'abolir les GMF à Montréal, c'est un scénario tout à fait farfelu, là. Non seulement on est contents qu'il y en ait à Montréal, on est allés en inaugurer un il y a quelques semaines à Verdun. Alors, ce serait bien illogique de dire maintenant qu'on va l'abolir. S'il y a des groupes de médecins qui veulent former des GMF à Montréal, bravo. La seule chose que j'ai dite et je répète, c'est que, pour des raisons qui restent à explorer de façon plus fine, les médecins de la région métropolitaine de Montréal semblent avoir moins d'intérêt pour adhérer à cette formule-là.

Alors, quel est l'objectif fondamental de la formule des groupes de médecine de famille — et ça, on y tient mordicus — c'est d'assurer l'inscription et le suivi continu des clientèles, et ça, c'est quelque chose qui est très, très, très important. Il y a actuellement d'autres projets à Montréal, d'ailleurs: il y en a deux d'implantés puis il y a un projet actuellement qui est en développement. Donc, rassurons-nous tous, là, il n'est pas question d'abolir quoi que ce soit en termes de GMF à Montréal; on est très contents que les médecins s'y intéressent et tant mieux s'il y en a plus.

Il y a d'autres situations à Montréal qui ont fait l'objet de mon attention, puis j'ai rencontré des médecins. Certainement un médecin que Mme la députée connaît très bien, le Dr Réjean Thomas, de la clinique L'Actuel, que j'ai rencontré au ministère, qui essaie de se trouver une formule, lui, qui ressemble aux GMF. Le problème qu'il a actuellement, c'est que ce qu'il fait... Pour expliquer aux collègues autour de la table, qui ne connaissent pas le Dr Thomas puis la clinique L'Actuel, c'est une clinique qui assure le suivi des malades infectés par le VIH, les toxicomanes en particulier, et également récemment des malades également atteints de maladie mentale. Alors, si on regarde les critères précis des groupes de médecine de famille, le Dr Thomas, il n'est pas capable de répondre de façon complète à ces critères-là, de sorte qu'il en est réduit à quêter littéralement, année après année, des subventions discrétionnaires un peu partout pour pouvoir rester en activité. Alors, ça, ce n'est pas correct.

On veut donc développer en milieu urbain des formules alternatives aux GMF, aux groupes de médecine de famille — il faudra que j'apprenne à ne pas parler en abréviations — donc qui permettent d'assurer le suivi continu des gens. Et je suis très conscient — et on en a parlé récemment au ministère — que, pour ce

type de clinique là — la clinique L'Actuel n'est pas la seule, il y en a deux ou trois autres que madame connaît certainement, Quartier latin, par exemple, ou d'autres cliniques semblables — on devrait être capables de développer des concepts qui sont propres à un milieu urbain à haute densité de population.

Pour ce qui est de la question relevant du choix du médecin, je pense que la formule du groupe de médecine de famille permet de respecter ce choix, puisque les patients, par définition, vont être suivis par le même médecin. Là où il peut y avoir un changement, c'est sur la période de garde lors des jours fériés ou en soirée ou pendant les vacances, là où il y a un remplacement. C'est une situation qui est commune, que tout le monde connaît dans tous les départements, dans tous les domaines de la médecine, puis les gens acceptent très bien... Moi, c'est toujours quelque chose qui m'a vraiment impressionné quand je parlais aux patients. Il y a beaucoup de médecins maintenant qui fonctionnent en groupe au Québec, autant les omnipraticiens que les spécialistes, puis il y a souvent une attitude de crainte que les médecins disent: Bien, mon patient, il ne voudra pas accepter que ce ne soit pas moi qui vienne le voir tous les jours, que je ne fasse pas le suivi. Les patients, maintenant, ils comprennent très, très bien cette réalité-là puis, quand on leur explique qu'on fonctionne en groupe, qu'on est une équipe, qu'on partage les responsabilités, ils sont très contents en fait de voir que les médecins se gardent un peu de temps libre également pour leurs familles, puis c'est quelque chose que la population comprend très bien.

● (18 heures) ●

Mais l'idée de suivi continu, c'est central, c'est essentiel, puis là ça nécessite forcément, par définition, que ce soit le même médecin. Mais, pour ce qui est du maintien des services à l'extérieur des journées et des heures normales, là je pense que tout le monde ne s'attend pas nécessairement à ce que ce soit toujours le même médecin. Même chose pour les accouchements, par exemple; il y a beaucoup de femmes qui sont suivies par des obstétriciens qui sont en groupe ou des omnipraticiens qui sont en groupe, souvent elles sont averties dès le début qu'elles peuvent être suivies par le médecin X mais que ça peut être le médecin Y qui va venir lorsque le moment de l'accouchement sera venu, dépendant des périodes de garde. Puis ça, encore une fois, notre population l'accepte très bien, ça.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Merci. Alors, on va terminer la journée comme on l'a commencé, avec la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci. Merci bien, M. le Président. Peut-être juste une remarque, M. le Président. Je suis certaine que c'est de bonne foi que le député de Laval-des-Rapides a abordé cette question de la réserve qui avait été mise en place par le ministre des Finances du gouvernement fédéral, pour l'usage des provinces, et, finalement... C'est certainement de bonne foi, je ne peux pas croire que ce soit pour d'autres raisons que celle de se demander comment il se faisait que cet argent avait été... n'avait pas été dépensé dans l'année. Parce que c'était justement de l'argent qui avait été mis en réserve.

La pire des choses qui puisse arriver, c'est justement de ne pas assurer, dans un réseau qui exige beaucoup plus de stabilité, de ne pas assurer, année après année, d'avoir les fonds nécessaires. Et il est bien évident que, si on se fie au gouvernement fédéral... Votre gouvernement actuel vit cette situation, le ministre de la Santé y a fait référence tantôt en parlant du combat mené par le premier ministre, actuellement, à l'occasion de ce retrait éventuel du gouvernement fédéral de son engagement de consacrer 2 milliards de plus, l'an prochain, à la santé et aux services sociaux. Il n'y a rien de pire qui puisse arriver que d'être à la merci de décisions qu'on ne contrôle pas dans un réseau où les dépenses, année après année, doivent être stables et récurrentes. À défaut de quoi, avez-vous idée des mises à pied que ça peut exiger... pas... en fait, occasionner? Alors, c'est de la bonne gestion. Vous qui vous intéressez à la gestion — M. le député de Laval-des-Rapides s'intéresse à la gestion, M. le Président, à titre de président de la commission, n'est-ce pas, des finances publiques — alors, vous qui vous intéressez à la gestion des finances publiques, vous devez certainement applaudir à cette saine gestion des finances publiques.

Moi, je voudrais ne pas terminer la journée sans poser la question au ministre concernant la revue...

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, excusez-moi, j'ai une question de règlement, de ma droite. M. le député de Laval-des-Rapides, quelle est votre question de règlement?

M. Paquet: Est-ce qu'il serait possible, juste en termes de précision, peut-être juste... on m'a interpellé juste pour... de bonne foi, là, tout à fait... très, très brièvement, quelques secondes.

Je suis d'accord avec vous... l'idée qu'il faut effectivement être capable d'assumer les dépenses plusieurs années puis planifier. Mais le fonds, à l'époque, qui avait été mis en place... et je pense que ce serait intéressant de vérifier, peut-être de faire déposer un document là-dessus, peut-être demain. Le fonds en question avait été mis en place justement pour établir des besoins très particuliers de cette année-là. Étant donné les besoins justement qu'il y avait d'équipements, c'était une somme non récurrente. Les besoins d'équipements, eux, évidemment, qu'il faut mettre en place sont des besoins qui auraient pu permettre de combler ces besoins-là.

Le Président (M. Copeman): Ce n'est pas une question de règlement, M. le député de Laval-des-Rapides. Alors, la parole est à vous, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Oui, mais ça reste intéressant.

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: La question se pose, et ce serait intéressant pour nous tous d'avoir réponse à la question du député.

Le Président (M. Copeman): Demain.

Subventions gouvernementales accordées au magazine *Médecine/Sciences*

Mme Harel: Bon, le magazine *Médecine/Sciences*, n'est-ce pas, c'est une équipe de scientifiques qui collabore au magazine *Médecine/Sciences*. C'est un magazine en langue française. En fait, c'est une revue médicale, là, en langue française, et il y aurait 60 revues médicales au Canada et seulement quatre revues en langue française.

Alors, c'est un magazine qui a bénéficié à chaque année d'un financement récurrent du ministère des Relations internationales, du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de l'Industrie et du Commerce. Pourquoi parler maintenant de ce magazine, qui vient d'être inscrit au prestigieux catalogue de la National Library of Medicine de Washington? Parce que c'est un magazine qui... c'est une revue, en fait, de très haut niveau, je crois, qui fait honneur au Québec et dont la publication peut être menacée par le retrait des subventions, qui semble ne plus être confirmé par le ministre du Développement économique et régional. Est-ce que le ministre de la Santé et des Services sociaux a été informé de cette situation?

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

M. Couillard: Je connais la revue. Je reconnais l'importance des publications scientifiques de haut niveau en français et de ce caractère important. Je n'étais pas au courant de ce problème-là jusqu'à ce que Mme la députée le soulève, là. Je l'en remercie, de me le faire remarquer.

Mme Harel: Alors, si le ministre y consent, je vais faire en sorte que la documentation que j'ai lui soit transmise pour qu'on puisse en reparler demain après-midi et qu'on puisse faire le point.

M. Couillard: Je viens d'avoir l'information qu'auparavant c'était financé à 160 000 \$ par année par le ministère de la Santé et Services sociaux. Ça a été transféré au ministère, à l'époque, de la Science et Technologie, qui est maintenant le ministère du Développement régional. Et, apparemment, la subvention a été interrompue, comme vous l'avez mentionné. Alors, bon, je vais voir qu'est-ce qu'il en est. On a transféré l'argent des ministères à cet autre ministère là. Alors, on va, écoutez, vérifier. Je regrette beaucoup s'il y a des conséquences négatives pour cette revue qui est très importante. Puis j'essaierais de trouver des solutions, là.

Mme Harel: Alors, on m'indique que c'est une grande revue de langue française mais qui est aussi accréditée par les chercheurs en France, également. Et ce serait terriblement décevant, je crois, que cette revue, faute de fonds suffisants, cesse d'exister. Alors, on y reviendra, si le ministre me permet. Quelques minutes encore, M. le Président, n'est-ce pas?

Le Président (M. Copeman): Oui, absolument, jusqu'à précisément 18 h 15, Mme la députée.

Comptabilisation de la vente de sang par Héma-Québec aux établissements de santé

Mme Harel: Bon. Alors, peut-être cela sera-t-il un peu court, mais on pourra poursuivre demain si cela s'avère nécessaire. J'aimerais connaître la position du ministre en regard de la vente de sang de l'organisme Héma-Québec dans les établissements de santé. Est-ce que ce sera à même les crédits généraux? Alors, comment envisage-t-il la gestion, là, de ce dossier du sang?

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

M. Couillard: Alors, il s'agit de crédits qui sont actuellement déplacés. Vous savez que le gouvernement précédent avait régionalisé l'approvisionnement en sang vers les établissements, c'est une bonne décision. L'opération, cette année, on fait de la facturation virtuelle pour voir quel est l'impact sur les établissements. Moi, il y a un élément qui me préoccupe, que je vais vouloir surveiller, c'est, d'une part, la question de l'opérationnalité de cette facturation-là, tout en réalisant que c'est les mêmes sommes, là, qui se déplacent dans le réseau. Mais je ne voudrais pas qu'on introduise un biais, auquel je ne sais pas si mon prédécesseur avait songé, de, par exemple, si on introduisait ça de façon non ciblée dans le budget d'opération d'un hôpital, de voir un hôpital tenter d'éviter de faire des procédures qui pourraient potentiellement nécessiter des transfusions de façon à améliorer sa situation financière. Je pense que ça, c'est un biais auquel j'ai songé et auquel on m'a sensibilisé.

Alors, je pense qu'une fois passée cette période de facturation virtuelle, ce qu'il va falloir faire, si on continue dans la même voie, et je pense qu'il n'y a pas de raison de modifier cette politique, qui, à mon avis, était justifiée, c'est de s'assurer que la partie du budget qui est liée à l'achat de produits sanguins soit isolée et protégée dans le budget d'opération de l'établissement. Je pense que c'est l'ajout qu'il faudrait faire ici pour la rendre, je dirais, plus sécuritaire. Parce qu'on peut facilement imaginer qu'un établissement, par exemple, qui fait de la chirurgie vasculaire, la chirurgie des vaisseaux sanguins, qui soit en déficit une année ou près du déficit, trouve tentant le fait d'arrêter d'acheter du sang puis dise à ses chirurgiens vasculaires: Bien, on arrête de faire ce type de chirurgies ici. Et ça, ce serait assez désappointant comme résultat.

Mme Harel: D'autant plus qu'il y a des établissements, notamment...

M. Couillard: C'est... ce n'est pas un achat. Il ne faut quand même pas rappeler ça du marché au coin de la rue, là. C'est quand même des processus d'acquisition puis de transfert d'argent. Mais le but de ça — je m'excuse, madame, de vous avoir interrompue — puis je pense que c'est le but que vous poursuiviez, c'est de rapprocher cette opération-là du niveau régional. Je pense que c'est justifié comme...

Mme Harel: Donc, il n'y a pas l'objectif de faire des économies dans ce dossier-là?

M. Couillard: C'est rendre le système plus efficace, plus fluide. Puis, au contraire, l'effet pervers que je vous ai mentionné tantôt, on va le surveiller de près.

● (18 h 10) ●

Mme Harel: Je pense que vous avez bien raison, parce qu'il y a des établissements, par exemple, qui reçoivent des polytraumatisés qui nécessitent énormément de transfusions, et c'est très, très coûteux, finalement, le sang. Je voyais qu'il y a 39 millions de plus dans les crédits, cette année, que par rapport à l'an dernier. Et donc, c'est presque 400 millions de dollars, je crois, là. C'est l'ordre de grandeur, je pense, hein, 400 millions de dollars?

M. Couillard: Une seconde, là, j'avais rangé mes papiers, croyant à une conclusion précoce de nos travaux. Mais je m'excuse, je vais le ressortir. Il y a une augmentation du coût de l'approvisionnement en sang d'Héma-Québec... Ah! ah! On me le trouve de façon très efficace et au bon moment. Cette année, c'est 39 millions de plus que ça coûte, les produits sanguins. Effectivement, c'est très cher, hein? Puis, pourtant, moi, je peux vous le dire d'expérience, on a recours de moins en moins souvent aux transfusions dans le milieu hospitalier. D'abord, il y a moins de traumatisés, il y a beaucoup moins de chirurgies où on doit transfuser les gens qu'auparavant, parce qu'on a d'autres techniques maintenant, comme l'autotransfusion, etc. Alors, le fait qu'on transfuse moins et en même temps ça coûte plus cher, qu'est-ce que ça veut dire, logiquement, c'est que les produits coûtent plus cher qu'avant. Et une des raisons de ça, c'est tout l'aspect de sécurité puis du «testing» des produits. Maintenant, on doit tester également pour le virus du Nil, par exemple, on vient d'introduire un nouveau test. Chaque fois, ça coûte de l'argent. D'un autre côté, si on ne le fait pas, on se retrouve avec des catastrophes comme l'hépatite C. Alors, on n'a pas beaucoup le choix. Effectivement, ça coûte plus cher d'année en année.

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

Mme Harel: Très bien. Alors, M. le Président, écoutez, je crois que nous pouvons terminer ici nos travaux. Nous aurons l'occasion de les reprendre demain. Je vous fais congé de... trois minutes?

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: Bon, très bien. Alors, je crois que nous allons...

Le Président (M. Copeman): On le mérite, n'est-ce pas?

Mme Harel: Oui, tout à fait. Nous avons bien travaillé.

Le Président (M. Copeman): Alors, en remerciant tous mes collègues, je vous rappelle simplement l'organisation des travaux pour demain. Nous commençons à 9 h 30, avec les éléments 3 et 4 du programme 2, c'est-à-dire le Soutien aux organismes communautaires

et le très poétique Activités connexes, qui sont les éléments 3 et 4 du programme 2. On va suspendre à 11 h 30, demain. Il faut suspendre à ce moment-là précis parce qu'il y a une autre commission qui prend la place; et on reprend à 14 heures avec, j'imagine, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, pour le dernier bloc de 4 heures sur, entre autres — entre autres — le programme 4, qui est la RAMQ. C'est bien ça, hein, qu'on comprend? M. le député de Nelligan, oui?

M. Williams: ...question. Ça reste six heures exactes?

Le Président (M. Copeman): Demain soir?

M. Williams: Demain, il y a six heures qui restent?

Le Président (M. Copeman): Exact.

M. Williams: O.K.

Le Président (M. Copeman): Deux heures le matin, une suspension; on reprend à 14 heures, on termine les quatre heures; et on termine le tout à 18 heures, avec les votes sur les 4 programmes.

Je vous remercie beaucoup de votre collaboration et j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à 19 h 30, demain matin.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): 9 heures! Deux fois de suite, j'ai dit ça! 9 h 30, demain matin.

(Fin de la séance à 18 h 13)

